



LA ENFERMERA PRIMARIA EN LA ATENCIÓN
DEL NIÑO CON PROCESO ONCOLÓGICO
EN LA UNIDAD 4ª PLANTA INFANTIL
DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA B

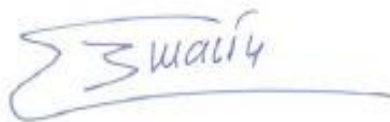
Máster en Gestión de Cuidados
de Enfermería (UPNA)

Leyre Ibero Pemán
Tutora: Mercedes Ferro Montiu
Pamplona, Junio 2012

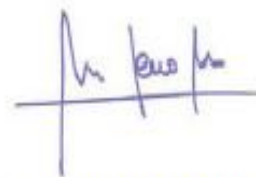
Dña. BLANCA MARÍN FERNÁNDEZ, Profesora Titular de Universidad del Área de enfermería en el Departamento de Ciencias de la Salud de la Universidad Pública de Navarra y Dña. Mercedes Ferro Montiu.

HACEN CONSTAR que el trabajo de investigación que presenta Dña. Leire Ibero Peman con el título: *La enfermera primaria en la atención del niño con proceso oncológico en la unidad 4ª planta infantil del Complejo Hospitalario de Navarra-B*, ha sido realizado bajo su dirección, reuniendo las condiciones necesarias para su presentación y posterior defensa en sesión pública ante el tribunal constituido para la evaluación de los Trabajos Fin de Máster, del Máster Universitario en Gestión de cuidados de enfermería.

Pamplona, 4 de junio de 2012



Fdo. Dra. Blanca Marín Fernández



Fdo. Mercedes Ferro Montiu

ÍNDICE

	Pág.
1. INTRODUCCIÓN	4-5
2. MODELO DE ENFERMERÍA PRIMARIA	6-10
2.1 Generalidades	
2.2 Definición	
2.3 Rol de la enfermera primaria	
2.4 Repercusión en la calidad de los cuidados	
3. JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO	11-14
4. PROYECTO DE GESTIÓN	15-53
4.1 Objetivos	
4.2 Ámbito del proyecto	
4.3 Población pediátrica oncológica	
4.4 Aspectos estratégicos del proyecto	
4.4.1 Análisis DAFO	
4.4.2 Perfil de la enfermera primaria	
4.4.3 Estrategias de implementación	
4.4.4 Evaluación	
4.4.5 Presupuesto	
5. CONCLUSIONES	54
6. BIBLIOGRAFÍA	55-57
7. ANEXOS	58-74

1. INTRODUCCIÓN

Hoy en día en los hospitales, observamos que la organización de los servicios de enfermería en la práctica, difiere mucho de responder a un modelo centrado en el paciente y su necesidad de cuidados. Los profesionales sanitarios siguen desempeñando "su trabajo" dentro de un modelo biomédico, donde dejan de lado su verdadero cometido dentro de la organización: el cuidado integral del paciente.

Con frecuencia, los profesionales de enfermería centran su trabajo en el cumplimiento de múltiples tareas rutinarias, en administrar el tratamiento pautado, en realizar técnicas de enfermería sin dar prioridad al paciente y su necesidad de cuidados.

Por ello mi proyecto fin de máster va encaminado a mostrar otro modo de trabajar, exponiendo una filosofía de cuidados de enfermería en el que el paciente y su familia son el eje central y donde la continuidad de cuidados y la atención personalizada están aseguradas. Así mismo, garantizamos también la utilización de metodología enfermera, introduciendo en la práctica diaria los diagnósticos de enfermería (NANDA), las intervenciones enfermeras (NIC) y los indicadores de resultados (NOC).

Varios estudios afirman que la atención personalizada e integral es una de las expectativas que exigen los usuarios. Por ello, a través de la asignación de la enfermera primaria, el paciente en vez de ser un cúmulo de tareas, constituye el eje central de la atención de enfermería, garantizando unos cuidados de calidad. Esta forma de asistencia no es una herramienta nueva, aunque sí novedosa en nuestro sistema de salud. Desde hace varios años se viene implantando en Hospitales del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) donde ha tenido una buena aceptación y una valoración positiva del usuario.

Así pues, el modelo organizativo de enfermera primaria se define como la asignación en un hospital de una enfermera para cada paciente, la cual planea, brinda y vigila la atención como responsable durante las 24 horas, desde que ingresa hasta que egresa (McCloskey, Blegen y Gardner, 1991).

Refleja una forma de organización del cuidado enfermero, centrando la práctica enfermera en el paciente, fomentando las relaciones personales y la humanización en el cuidado para que éste pueda tomar el control y responsabilizarse de su salud, como indica Pontin D.

La enfermera primaria realiza la valoración al ingreso y desarrolla el plan de cuidados que debe perseguirse, incluyendo el apartado de docencia y el informe de continuidad de cuidados al alta, que comparte con la enfermera colaboradora. Tendrá autonomía y autoridad para dirigir el cuidado de sus pacientes y para realizar la planificación, ejecución y evaluación del mismo.

Debido al impacto que hoy en día tienen las enfermedades oncológicas pediátricas y la necesidad de cuidados personalizados que precisan estos pacientes, sería interesante implementar el modelo de enfermera primaria en la unidad de hospitalización cuarta planta infantil de pediatría en el antiguo Hospital Virgen del Camino, perteneciente al actual Complejo Hospitalario de Navarra B (CHN-B).



2. MODELO DE ENFERMERÍA PRIMARIA

2.1 GENERALIDADES:

A finales de los años 60 y principios de los 70, la enfermera primaria se instauró en algunos hospitales por personal profesional de enfermería descontento con las asistencias fragmentadas y por la falta de contacto directo que tenían con el paciente. El modelo de enfermería que funcionaba era la enfermera de equipo y la enfermera funcional, proyectados hacia las tareas y las funciones discretas con una atención enfermera lejos del cuidado holístico del paciente. Esto llevó a las enfermeras a estar de acuerdo con las quejas que emitían los pacientes, llegando a plantear como solución el modelo de enfermería primaria, cuya precursora fue Marie Manthey.

En la década de 1980, la enfermera Marie Manthey desarrolla un modelo nuevo para la atención de enfermería con los pacientes críticos, pediátricos y en clínica quirúrgica. Manthey define a la enfermera primaria como un sistema deliberado por enfermeras que facilita la práctica de la enfermería profesional a pesar de la naturaleza burocrática de los hospitales como muestra el artículo "La asignación de Enfermería Primaria; una forma de gestionar los cuidados en Atención Especializada". Este modelo se considera el primer modelo profesional formal en la enfermería hospitalaria atendiendo a la filosofía de que los pacientes, y no las tareas, deben de ser el centro de las enfermeras asistenciales. Su finalidad es pues, proporcionar al paciente y a su familia una atención continuada, coordinada y completa.

El modelo de enfermera primaria es una forma de organizar el cuidado enfermero, centrando la práctica en el paciente, potenciando las relaciones personales y la humanización del cuidado para que de esta forma pueda tomar el control y responsabilizarse de su salud, teniendo en cuenta, las necesidades, hábitos, creencias y valores de la persona y de su entorno en sus circunstancias.

La enfermera primaria se caracteriza por considerarse una enfermera cualificada que presta cuidados enfermeros totales a un número de entre 4-6 pacientes. Es la responsable y la referencia esencial para el paciente-familia. El número de pacientes asignados varía según la duración de la hospitalización, la complejidad de la asistencia, el número de personal médico y sanitario implicado en el cuidado del paciente, la disponibilidad de los sistemas de apoyo y el turno de trabajo. El personal del turno de día recibe una asignación del mayor número de pacientes, el personal de tardes tiene un número menor y los de turno de noche son principalmente delegados o colaboradores dado su reducido contacto con los pacientes y familiares.

Su función será pues tutelar y gestionar al paciente, orientándole y formándole en todo lo relativo al tratamiento. Es muy importante la entrevista personalizada que fomentará la educación programada y a demanda, garantizando cuidados de calidad. Como áreas de responsabilidad se puede destacar funciones de tratamiento, educación para la salud, soporte psicológico o rehabilitación terapéutica.

La enfermera primaria es la responsable del cuidado de estos pacientes durante las 24 horas del día y a lo largo del tiempo de hospitalización. También tiene como misión la realización de la entrevista al ingreso y el desarrollo del plan de cuidados que debe perseguirse, incluyendo el apartado de docencia y el plan de cuidados al alta, que compartirá con la enfermera colaboradora. Cada enfermera requiere un doble rol: puede ser primaria de unos pacientes y asociada o colaboradora para otros. La enfermera colaboradora o asociada cuida al paciente ciñéndose al plan de cuidados desarrollado por la enfermera primaria mientras esta no se encuentre trabajando. Esta debe contactar con la enfermera primaria en relación con posibles cambios en el plan de cuidados.

La enfermera primaria tiene autonomía y autoridad para dirigir el cuidado de sus pacientes lo que hace que aumente su satisfacción personal. Además con esta modalidad se da a conocer, repercutiendo favorablemente en la sociedad, ganando así reconocimiento profesional. Otro factor que incrementa la satisfacción de la enfermera es que puede identificar el resultado de su intervención en el paciente. Al existir responsabilidad, existe un compromiso y ello facilita la continuidad en la asistencia.

Lamentablemente, este sistema restringe las aptitudes de una enfermera a un número limitado de pacientes. El resto de pacientes no pueden beneficiarse de ella y si un paciente está cuidado por una enfermera menos capacitada, el paciente puede evolucionar peor que cuando está cuidado por muchos profesionales diferentes y por lo menos en este último supuesto algunos de estos pueden satisfacer sus necesidades. También existe el problema de que la enfermera colaboradora puede cambiar el plan de cuidados sin exponer sus motivos con la enfermera primaria. Por ello, es fundamental que la enfermera primaria comunique sus planes a la enfermera delegada o colaboradora verbalmente y por escrito como he comentado anteriormente. El éxito de la enfermera primaria parece depender de la calidad del personal de enfermería y del soporte administrativo.

Aunque el modelo de enfermera primaria se diseñó para los hospitales, se adopta también a la enfermería domiciliaria, la enfermería en residencias de personas mayores y otros modelos de prestación de asistencia sanitaria.

Según Kront, la enfermería primaria es un concepto, una idea, no una serie rígida de reglas grabadas en piedra, por ello debemos tener en cuenta que la introducción de este modelo ha de ser flexible, primando la calidad del cuidado y la calidad de vida de los profesionales. Si no conseguiremos el rechazo de los profesionales y como consecuencia el fracaso.

Esta forma de asistencia no es una herramienta nueva, aunque sí novedosa en nuestro sistema de salud. Desde hace algunos años se viene implantando en Hospitales del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) donde ha tenido una buena aceptación y una valoración positiva del usuario.

Para finalizar añadir un factor muy importante y es que hay que tener claro que con este modelo no se acrecienta el trabajo enfermero, en cambio si mejora el compromiso en la atención que proporcionamos al paciente, el reconocimiento profesional y el crecimiento del equipo.

2.2 DEFINICIÓN:

El modelo de enfermera primaria se define pues como el modelo organizativo de asignación en un hospital de una enfermera primaria para cada paciente, quien planea, brinda y vigila la atención como responsable durante las 24 horas desde que ingresa hasta que egresa (Mc Closkey, Blegen y Gardner, 1991).

Es un sistema de organización caracterizado por la atribución a una enfermera de la responsabilidad de la planificación y seguimiento del cuidado sobre un grupo reducido de pacientes durante toda la estancia hospitalaria. Realiza la valoración del paciente, identifica sus diagnósticos de enfermería y diseña el plan de cuidados individualizado.

Este modelo tiene como base los principios humanistas, dirigidos a la individualización, integralidad y participación de los pacientes y sus familias en el cuidado.

Marie Manthey



2.3 ROL DE LA ENFERMERA PRIMARIA:

PERSONALIZACIÓN DE LOS CUIDADOS

- Cuidados individualizados
- Evaluación integral
- Utilización de metodología enfermera
- Diseño del plan de cuidados
 - Diagnósticos enfermeros
 - Planifica intervenciones
 - Evalúa resultados

ENSEÑANZAS Y AUTOCUIDADOS

- Valora e identifica las necesidades de cuidado del paciente y familia
- Participación activa en el proceso de la enfermedad
- Garantiza la continuidad en el cuidado
- Colabora en el autocuidado
- Educa al paciente y familia

COMUNICACIÓN Y COORDINACIÓN

- Potencia las relaciones personales y la humanización en el cuidado
- Comunicación con la familia y el paciente
- Pone de manifiesto al equipo el plan de cuidados
- Referente para la comunicación entre primaria y especializada
- Coordinación con el resto de profesionales implicados

LIDER DE CUIDADOS

- Autoridad y autonomía
- Responsabilidad
- Compromiso
- Registra el plan de cuidados
- Crea el informe de continuidad de cuidados al alta
- Vela porque el paciente reciba los cuidados necesarios

COLABORADORA DE OTRAS ENFERMERAS PRIMARIAS

2.4 REPERCUSIÓN EN LA CALIDAD DE LOS CUIDADOS

Para terminar y a modo de recapitulación, hare hincapié en la repercusión que tiene la enfermera primaria en la calidad de los cuidados y cómo influye en la calidad total prestada por la organización sanitaria.

La prestación de unos cuidados integrales e individualizados centrados en el paciente hace que la calidad de estos se incrementen notablemente. Con este modelo de atención garantizamos una mejora en la continuidad de cuidados aumentando la satisfacción tanto del personal como del paciente y familia.

Esta asignación de pacientes reduce el número de personas que intervienen en la cadena de ejecución de las tareas y el número de errores resultantes. El paciente, tiene la seguridad de que tiene una enfermera disponible y que esta debe de atender a menos pacientes de los que debería atender a través de otros sistemas de asignación. Valoran a la enfermera primaria como una persona cercana, a la que conocen por su nombre, formada y experta en su trabajo dispuesta a resolver las dudas, en definitiva su enfermera de confianza.

En diferentes estudios que describen la calidad percibida, medida en términos de satisfacción con los cuidados enfermeros, el resultado obtenido es positivo, asociándose la asignación de la enfermera primaria a una mayor calidad de cuidados, confirmándose la utilidad y relevancia de la misma como se puede observar en el artículo “Análisis y evaluación de la enfermera referente del paciente en hemodiálisis”.

Por otro lado, las investigaciones indican que los pacientes sufren menos complicaciones y su estancia hospitalaria es más breve cuando reciben los cuidados enfermeros a partir de una enfermera primaria. Por tanto, hay una tendencia a una mejora en la continuidad y coordinación de la asistencia y una mayor satisfacción del paciente, de la enfermera y de los profesionales de salud.

Como se puede comprobar, la prestación de un cuidado personalizado respetando en todo momento los valores y creencias del paciente hace que la calidad total de la organización se incremente. Asimismo podemos destacar otros factores que influyen también en la calidad de la organización como son la seguridad, el confort, la atención directa que a través de la enfermera primaria se garantizan.

3. JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO

La organización de los servicios de enfermería en la práctica, difiere mucho de lo que debería de ser en la realidad repercutiendo en la calidad de los cuidados prestados. El modelo de práctica clínica que predomina hoy en día es un modelo biomédico en el que el paciente y su necesidad de cuidados permanecen en segundo plano.

Los profesionales de enfermería por lo general, han sido los encargados de realizar tareas delegadas y de colaboración dejando atrás su verdadero rol: la prestación de cuidados a la persona que los necesita. Como consecuencia, los pacientes durante su estancia en las unidades de hospitalización reciben atención médica pero no reciben la calidad de atención de enfermería que podían tener. Los problemas de colaboración han sido abordados y resueltos, sin embargo no se han detectado problemas enfermeros.

Esta situación, también ha dado lugar a que los profesionales de enfermería no estén lo suficientemente valorados por la sociedad en general. El profesional de enfermería tiene cierta dificultad para hacerse visible e identificable como profesional con competencias propias dentro de la organización sanitaria centrada en un modelo biomédico como hace referencia el artículo de Charo García “Invisibilidad y visibilidad de los cuidados”.

La práctica enfermera debe centrarse en el cuidado de la persona, que en continua interacción con su entorno, vive experiencias de salud (Kérouac, 1996). Los cuidados son la razón de ser de la profesión, a donde se tiene que dirigir y comprende pues un cuidado personalizado, adaptado al paciente, específico, individual y contextual (Benner, 1984); o lo que es lo mismo una prestación integral centrada en el paciente.

En mi opinión, creo que es necesario realizar un cambio en la organización. Se debe establecer un modelo donde la enfermera afronte al paciente de forma global centrandolo la actividad en la persona-paciente y no solamente en la enfermedad-enfermo. De esta forma se conseguirá una reorientación de los cuidados enfermeros teniendo como meta la personalización de los cuidados y la continuidad asistencial.

Para lograrlo, será fundamental la gestión de cuidados la cual es una parte de la gestión clínica que tiene por objeto la adecuación de la oferta de cuidados de enfermería a las necesidades y demandas de los pacientes. Su objeto son las relaciones que se producen entre los profesionales de enfermería y sus pacientes.

La gestión de cuidados abarca los tres niveles de decisiones que competen a la gestión clínica:

- Terapia individual: Se trata de elaborar un plan de cuidados individual dirigido a conseguir objetivos en el mayor nivel posible de autocuidados del paciente, bien actuando sobre el mismo o sobre alguna persona significativa de su red de apoyo. Este plan de cuidados se diseña pensando en el momento del alta del paciente y a partir de los problemas identificados por la enfermera responsable de su cuidado y del plan terapéutico decidido por el médico.
- Gestión asistencial: Incluyen las decisiones destinadas a facilitar la efectividad de los cuidados y la adecuada utilización de los recursos. El trabajo entre el personal de enfermería puede distribuirse asignando a cada enfermera la máxima responsabilidad sobre un pequeño grupo de pacientes o los pacientes pueden asignarse a equipos de trabajo.
- Gestión de la unidad: En este nivel se incluyen las decisiones relacionadas con la gestión de recursos y que por tanto tienen un impacto más directo sobre los costes de los cuidados. La oferta de servicios de enfermería de la unidad puede hacerse con más o menos enfermeras y auxiliares y ese más o menos repercute sobre la eficiencia. Las unidades de enfermería o en su caso las unidades clínicas deberán desarrollar respecto a los cuidados de enfermería las guías de actuación que garanticen la mejora de la eficacia, efectividad y eficiencia.
 - Mejora de la eficacia: Las unidades deben centrarse en aquellos procesos que tienen una alta necesidad de cuidados de enfermería, es decir, aquellos tipos de pacientes, cuyo resultado final depende en gran medida de la atención de enfermería prestada. Para estos procesos deben elaborarse a partir de planes de cuidados estandarizados planes individualizados que orienten la intervención de enfermera, a través de un conjunto homogéneo de acciones de cuidados, hacia la resolución de los problemas reales o potenciales. Los problemas que se identifiquen en el plan de cuidados deben anunciarse en términos de diagnósticos de enfermería según la taxonomía NANDA.
 - Mejora de la efectividad: Las unidades de enfermería deberán plantearse actuaciones de mejora centradas en los procesos o en la parte de los mismos más significativas por su contribución a los resultados de las unidades y a la satisfacción de los pacientes.
 - Mejora de la eficiencia: La gestión de cuidados implica la asunción de responsabilidades sobre los recursos que se utilizan; para ello es necesario disponer de información que permita relacionar producto y coste e identificar en que márgenes es posible tomar decisiones para la mejora de la eficiencia.

REFLEXIONES EN LA PRÁCTICA DIARIA:

Si se aplica toda la teoría anteriormente descrita a la práctica diaria en la Unidad cuarta planta infantil la cual va a ser mi ámbito del proyecto y centrándonos en el niño con proceso oncológico la razón de ser del mismo, se observa como ocurre una situación muy similar donde las enfermeras no desarrollan su verdadero potencial.

Actualmente, la organización se encuentra bajo un modelo biomédico donde enfermería debido a las tareas delegadas y de colaboración que desempeña pierde su razón de ser y su verdadero valor que es el cuidado integral. La práctica enfermera como dice Kérouac, es mucho más que el cumplimiento de múltiples tareas, engloba la creación de un cuidado individualizado, la utilización de uno mismo en tanto que instrumento terapéutico (Peplau, 1952; Watson, 1988) y la integración de habilidades específicas.

Con frecuencia, la práctica diaria se centra en el cumplimiento de múltiples tareas rutinarias, en administrar el tratamiento pautado, en realizar técnicas sin dar prioridad al niño y a sus necesidades. Estos niños al igual que sus familias precisan apoyo, educación y que se potencien los autocuidados, sin embargo, muchas veces no se est  all  para cubrirles estas necesidades que son la principal responsabilidad del colectivo enfermero. Los profesionales de enfermería tienen un papel fundamental y una labor imprescindible en la atención del niño, por ello no solo no se puede dejar de lado nuestro rol, sino que merece la pena invertir los esfuerzos necesarios para reivindicarlo.

La población pediátrica oncológica al igual que sus familias se encuentran en una situación muy dura, pasando largas temporadas hospitalizados y bajo el diagnóstico de una enfermedad que crea mucha incertidumbre. Ellos necesitan a los profesionales de enfermería para poder afrontar esta nueva situación, para adaptarse a su nuevo estado de salud, por eso, hay que estar ahí, a su lado, haciendo las cosas más llevaderas e intentando que vivan la enfermedad de la mejor forma posible, personalizando los cuidados y estableciendo una relación terapéutica que nos permita conocer la repercusión que tiene la enfermedad en sus vidas y en la de sus familias.

Las profesionales de enfermería tienen que garantizar un cuidado específico, individual y contextual (Benner, 1984). Para ello será necesario trabajar con un modelo de cuidados, con metodología enfermera, hasta ahora no utilizada. Apoyarse en planes de cuidados sistematizados, adaptados a las necesidades y características de cada niño que se encuentre hospitalizado, disminuyendo a su vez la variabilidad en la práctica clínica.

Por ello mi propuesta es exponer una nueva organización de cuidados a través de la figura de la enfermera primaria expuesta anteriormente, que colabore a mejorar los cuidados de los niños que sufren un proceso oncológico.

La enfermera primaria se enfoca sobre las necesidades del paciente y la continuidad en la atención prestando mayor calidad en el cuidado. En el artículo “personalización enfermera y calidad percibida del cuidado en el ámbito hospitalario” concluye que la organización de las unidades de hospitalización con el modelo de asignación de enfermería primaria, se asocia a una mayor calidad percibida de los cuidados enfermeros.

Por otro lado, con el modelo de enfermera primaria se garantiza una mejor identificación de la responsabilidad enfermera en su área de competencia que son los cuidados alcanzando los profesionales de enfermería mayor nivel de autonomía.

La situación de cambio que se presenta hoy en día, puede ser una oportunidad para saltar del modelo biomédico y establecer las bases de una correcta práctica enfermera. Hay que conseguir que el sistema de trabajo actual sea sustituido por otro centrado en la personalización y en la continuidad de los cuidados. La personalización de los cuidados es una de las expectativas que aparecen con mayor frecuencia en los estudios de satisfacción de los pacientes como expone el artículo “Metodología participativa como estrategia para la personalización de los cuidados”. Se debe disponer de una enfermera que sea referente o primaria durante todo el proceso asistencial, con quien se pueda establecer un vínculo estable, una relación terapéutica que favorezca la continuidad de los cuidados.



4. PROYECTO DE GESTIÓN:

4.1 OBJETIVOS:

GENERALES

- Proponer una nueva organización de cuidados de enfermería a través del modelo de enfermera primaria, que favorezca la mejora de los cuidados de la población oncológica pediátrica en la Unidad de hospitalización cuarta planta infantil del CHN B.

ESPECÍFICOS

- Exponer la figura de la enfermera primaria en la unidad de hospitalización de la unidad cuarta infantil.
- Exponer la implantación de la enfermera primaria en la unidad de hospitalización de la unidad cuarta infantil.

4.2 ÁMBITO DEL PROYECTO:

COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA

La unidad de hospitalización 4ª infantil se ubica en el antiguo Hospital Virgen del Camino en el edificio materno-infantil perteneciente al Complejo Hospitalario de Navarra B (CHN-B).

Debido al impacto que tuvo la creación del Complejo Hospitalario de Navarra hablaré de su formación hasta llegar a ser lo que es hoy en día.

Antes de crearse el CHN, existía un conjunto de unidades y servicios asistenciales, en ocasiones duplicados en distintos centros, cuya masa crítica, problemas de ubicación, y sistemas organizativos impedían, en ocasiones, afrontar con eficiencia y agilidad los constantes cambios y adaptaciones que la evolución de la sanidad y de la propia sociedad demandaban.

Entre las preocupaciones reflejadas en el "Plan de Salud de Navarra 2006-2012" vigente en esta comunidad, se propuso debatir la utilidad de nuevas formas de gestión. La finalidad era definir y desarrollar un modelo de organización funcional a través de la integración de los hospitales, de manera que se unificase los recursos humanos, financieros y tecnológicos con el fin de alcanzar la máxima eficacia y calidad en el cuidado del paciente y la mejor utilización y rentabilidad desde el punto de vista de las inversiones y la tecnología. Ello implicaba, igualmente, una mejor utilización de los equipos de dirección, planificación estratégica, información, control del gasto, cartera de servicios, etc.

Por todo esto, en el Boletín Oficial de Navarra de 23 de abril de 2010 se publica el Decreto Foral 19/2010, de 12 de abril donde se crea una estructura sanitaria asistencial única, denominada Complejo Hospitalario de Navarra, que engloba los diferentes recursos pertenecientes al Área de Pamplona, con independencia de su ubicación. En el Decreto Foral se establece, asimismo, su estructura directiva y las bases de su funcionamiento. Este decreto foral entra en vigor 2 meses después de su publicación, el 24 de junio de 2010.

Dicho complejo está ubicado en Pamplona, calle Irunlarrea número 3, y se integran los recursos humanos y materiales correspondientes a los siguientes centros asistenciales del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea:

- Hospital de Navarra.
- Hospital Virgen del Camino incluidos los siete centros de Atención a la Mujer.
- Clínica Ubarmin.
- Centro de Especialidades Príncipe de Viana.
- Centro Sanitario Doctor San Martín.
- Ambulatorio Tafalla.
- Actividad asistencial de especializada del centro Sanitario Conde Oliveto.
- Otras consultas de Asistencia Especializada.

Se adaptan las denominaciones de los servicios, secciones y unidades que integran el Complejo Hospitalario de Navarra de la siguiente manera:

- Complejo Hospitalario de Navarra–A (CHN-A): para Hospital de Navarra.
- Complejo Hospitalario de Navarra–B (CHN-B): para Hospital Virgen del Camino.
- Complejo Hospitalario de Navarra–C (CHN-C): adscrito a la Subdirección de Coordinación de Asistencia Ambulatoria.
- Complejo Hospitalario de Navarra –D (CHN-D): para Clínica Ubarmin Área de Pamplona.

El CHN es una organización enmarcada en el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, a través de la dirección de Asistencia Especializada y bajo gestión y administración directa del Gobierno de Navarra.

El CHN es un hospital público, cuya misión es la prestación de asistencia sanitaria especializada a los ciudadanos de la Comunidad Foral de Navarra y de otras Comunidades Autónomas en los servicios de referencia, y con carácter universal en la atención urgente. Así mismo contribuye a la docencia pregrado, postgrado, la formación especializada y la investigación.

Todas sus actividades están orientadas a satisfacer las necesidades y expectativas de la población, con criterios de equidad y máxima eficacia, apoyándose para ello en el compromiso activo e implicación de todo su equipo de profesionales.

Para ello, el CHN orienta su actividad a la búsqueda de la mejora del nivel de salud de la población asistida y la satisfacción de sus usuarios, aplicando un sistema de gestión adecuado a tales objetivos.

Los fines a los que orienta su actividad son los siguientes:

- Mejorar la eficiencia desde el punto de vista asistencial.
- Adecuar la organización de las diferentes unidades asistenciales a los objetivos de mejora de la calidad y de la eficacia, impulsando cuantos procesos participativos sean necesarios y aconsejables.
- En el marco del citado esquema organizativo, se considera de especial relevancia el desarrollo del concepto e implantación de las áreas y unidades clínicas.
- Establecer el nuevo centro hospitalario como referencia asistencial de la Región Sanitaria y modelo del nuevo sistema organizativo.
- La valoración organizativa contemplará la totalidad de las actuaciones del área, servicio y/o unidad, incluyendo la asistencia continuada y urgente.
- Adecuar la masa crítica asistencial de las unidades y servicios, de modo que se garantice la idoneidad en materia de especialización y subespecialización.
- Proporcionar los elementos formativos y técnicos necesarios para la divulgación e implantación de modelos basados en criterios de gestión clínica.
- Homogeneizar los procesos y protocolos asistenciales.
- Optimizar los recursos asistenciales y no asistenciales, incluidas las estructuras de dirección, control e información.
- Desarrollar e implantar los sistemas de información y registros necesarios.
- Facilitar el establecimiento de mecanismos de coordinación eficaces en el caso de las unidades multidisciplinares e impulsar alianzas estratégicas entre niveles y centros en función de criterios de racionalidad, calidad y demanda.

- Garantizar la cobertura de la prestación sanitaria en toda la Región Sanitaria con criterios de homogeneidad y optimización de recursos.
- Adecuar los horarios de funcionamiento de las diferentes unidades orientándolos a las necesidades de los ciudadanos y a un aprovechamiento racional de las instalaciones.
- Potenciar una cultura investigadora entre los profesionales sanitarios que permita la utilización de la totalidad de los recursos.

POBLACIÓN DIANA:

Navarra cuenta con una superficie de 10.391 km² y está dividida en 272 municipios. Alcanzó en 2011 los 642051 habitantes, por lo tanto aumentó en 5127 habitantes más respecto a enero del 2010.

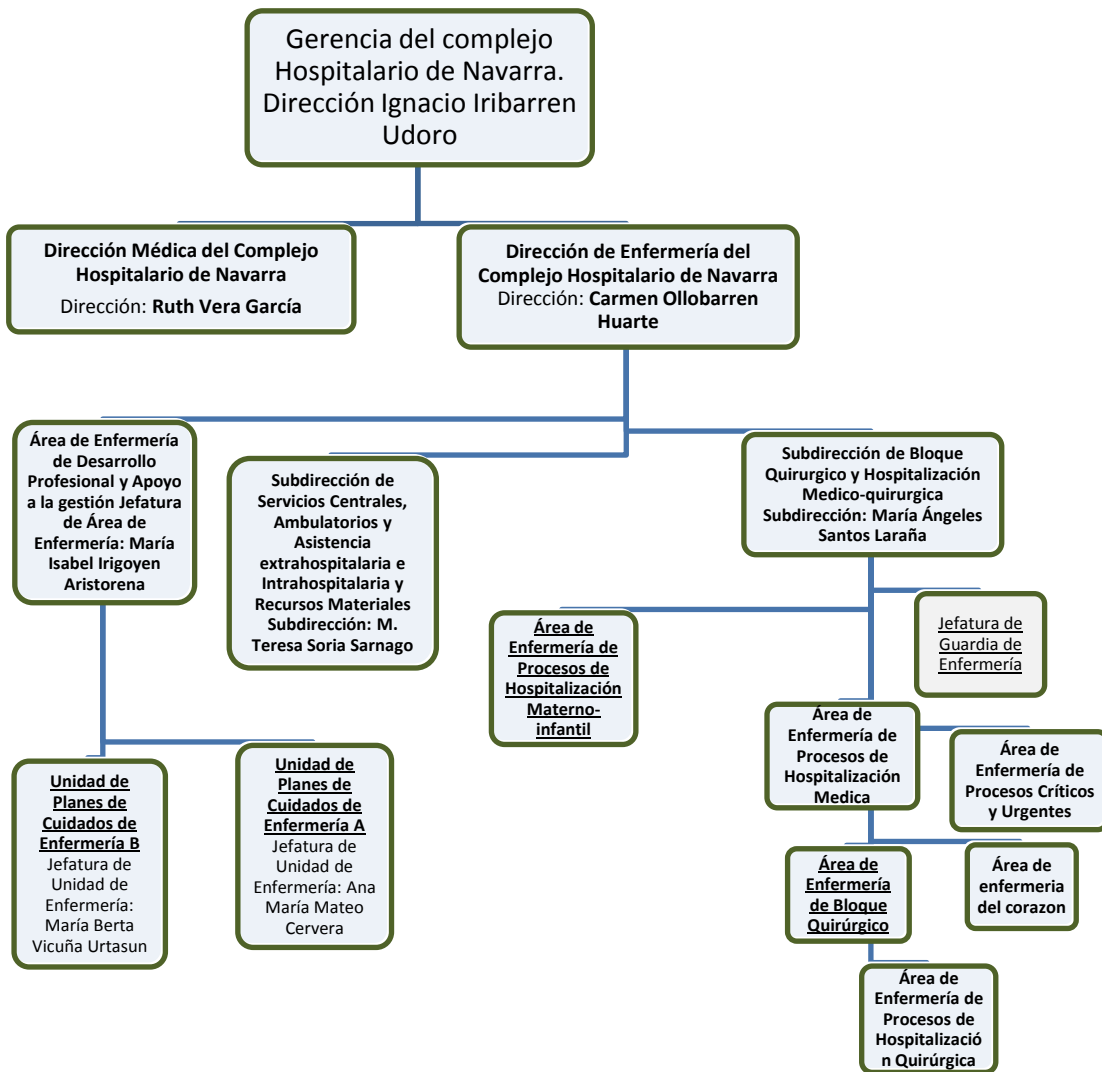
Con respecto a la edad pediátrica podemos decir que se mueve en torno a estos valores (Datos del Padrón Municipal de Habitantes a fecha 01-01-2011):

	Total	Hombres	Mujeres
Total	642.051	320.656	321.395
De 0 a 1 Años	13.754	7.069	6.685
De 2 a 4 Años	21.165	10.868	10.297
De 5 a 9 Años	33.352	17.023	16.329
De 10 a 14 Años	30.819	15.789	15.030

Si tomamos como muestra la población perteneciente al Área de salud de Pamplona:

	Total	Hombres	Mujeres
Total	479.411	238.165	241.246
De 0 a 1 Años	10.408	5.381	5.027
De 2 a 4 Años	16.036	8.246	7.790
De 5 a 9 Años	25.702	13.089	12.613
De 10 a 14 Años	23.192	11.847	11.345

ORGANIGRAMA DEL CHN:



MODELO ORGANIZATIVO DE ENFERMERÍA:

Según la orden foral 38/2011, de 4 de mayo, se establece un modelo organizativo de la enfermería unificado funcionalmente y estructuralmente orientado a satisfacer las necesidades y expectativas de los pacientes del CHN. Esta orden establece la estructura orgánica de la Dirección de Enfermería que se muestra en el organigrama anteriormente citado.

Para situar correctamente a la Unidad 4 infantil conviene señalar los vínculos a las que se adscribe.

- Dirección de enfermería
- Subdirección de enfermería (Bloque Quirúrgico y Hospitalización Médico-Quirúrgica).
- Jefatura de Área de Enfermería (Área de Procesos de Hospitalización materno-infantiles).
- Jefe de Unidad de Enfermería (Unidad de enfermería 4ª planta Infantil).

Dirección de enfermería:

La dirección de enfermería se encuentra bajo la dependencia del Gerente del Complejo Hospitalario de Navarra.

Líneas estratégicas:

- Colaboración proactiva en la puesta en marcha y desarrollo del CHN
- Organización y gestión de enfermería
- Gran impulso al desarrollo profesional
- Iniciar la cartera de servicios
- Políticas de RRHH
- Seguridad clínica y garantía de calidad
- Contribuir a la sostenibilidad del SNS-O (Línea de organización y gestión. Prioridad 15. Plan de salud 2006-2012)

Visión:

- Grupo profesional cualificado
- Reconocido internamente en sus competencias
- Que comparta los valores y principios de la organización
- Proactivo en el desarrollo de las estructuras clínicas
- Implicado en el logro de objetivos

- Capaz de hacer visible su contribución con los resultados
- Con espíritu innovador
- Motivado por el desarrollo profesional
- Comprometido con el respeto y derechos del paciente

Según el Decreto Foral 19/2010, del 12 de abril en su Artículo 21, las funciones del Director de Enfermería son las siguientes:

- Dirigir, coordinar, impulsar y evaluar el funcionamiento de las unidades de enfermería y de las actividades del personal integrado en las mismas.
- Promocionar y evaluar la calidad de las actividades de atención, docencia e investigación desarrolladas por el personal de enfermería.
- Fijar y administrar procedimientos de coordinación de la actividad asistencial de enfermería de las diferentes unidades.
- Coordinar las necesidades y disponibilidades del personal de enfermería.
- Coordinar la actuación de los responsables de enfermería de las diferentes Áreas Clínicas y Unidades Clínicas, asegurando unidad de criterios en los aspectos de gestión de personal, docencia y formación.
- Cualesquiera otras funciones que le sean encomendadas por el Gerente del Complejo Hospitalario.

Subdirectores de enfermería:

Se encuentran bajo la dependencia del Director de Enfermería. Se encargan de la dirección, coordinación y planificación de las labores y cuidados propios de la enfermería, a través de las Jefaturas de Área, de las Jefaturas de Unidad de Enfermería y de las Jefaturas de Guardia de Enfermería que se adscriban.

Las funciones que desempeña son:

- Dirigir, coordinar, impulsar y evaluar el funcionamiento de las unidades de enfermería que tienen adscritas.
- Promocionar y evaluar la calidad de las actividades de atención desarrolladas por el personal de enfermería.
- Coordinar las necesidades y disponibilidades del personal.
- Organizar la actuación de los responsables de enfermería en las diferentes Áreas Clínicas y Unidades Clínicas, asegurando unidad de criterios en los aspectos de gestión de personal, docencia y formación.
- Cualesquiera otras funciones que le sean recomendadas por la directora de enfermería.

La Unidad cuarta infantil se encuentra bajo subdirección de Bloque Quirúrgico y Hospitalización Médico-Quirúrgica.

Jefatura de Área de Enfermería:

Bajo la dependencia del Subdirector, corresponde a los Jefes de Área de enfermería la coordinación de las Unidades de enfermería que se le adscriban.

Las funciones que desempeñan son:

- Evaluar el funcionamiento de las Unidades de enfermería de su Área y del personal integrado en las mismas.
- Promocionar y evaluar la calidad de las actividades de atención sanitaria, desarrolladas por el personal de enfermería.
- Coordinar la actuación de los Jefes de Unidad de enfermería que integran el Área de su responsabilidad asegurando unidad de criterios en los aspectos más relevantes de la atención del paciente.
- Colaborar con la Dirección de Enfermería y con la Subdirección correspondiente en la formalización y evaluación anual de objetivos.
- Asumir aquellas otras funciones que, expresamente, le sean encomendadas por el Director de Enfermería o Subdirector de Enfermería correspondiente.

La Unidad cuarta infantil se encuentra bajo el Área de Procesos de Hospitalización materno-infantil.

Jefes de Unidad de Enfermería:

Son los responsables del funcionamiento de la unidad y la coordinación de los recursos adscritos a la misma.

Las funciones que ejerce son:

- Evaluar el funcionamiento de la unidad y de la actividad del personal integrado en la misma.
- Promocionar y evaluar la calidad de las actividades de atención sanitaria desarrolladas por el personal de enfermería.
- Coordinar al personal de enfermería asegurando unidad de criterios en los aspectos más relevantes del cuidado y de la atención del paciente.

- Colaborar con la Dirección en la formalización y evaluación anual de objetivos.
- Asumir aquellas otras funciones que, expresamente, le sean encomendadas por la Dirección de enfermería o por la Subdirección o Área correspondiente.

La Unidad cuarta infantil se encuentra bajo la Unidad de enfermería de Planta 4ª Infantil.

UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN 4ª PLANTA INFANTIL

La Unidad de hospitalización pediátrica, como se ha comentado anteriormente se encuentra ubicada en el antiguo Hospital Virgen del Camino en el edificio materno-infantil en la cuarta planta. En esta, los niños hospitalizados tienen una edad comprendida entre los 18 meses y los 15 años.

Las especialidades con las que cuenta son:

- Pediatría: patología general y especialidades (oncología pediátrica, digestivo, neurología...)
- Cirugía pediátrica y especialidades quirúrgicas

DISTRIBUCIÓN FÍSICA DE LA UNIDAD:

La unidad de pediatría cuenta con 34 camas asignadas, aunque en épocas puntuales como puede ser invierno, donde aumentan los ingresos, puede alcanzar un número mayor de ocupación. No existe un número determinado de camas por especialidad ya que dependerá de la demanda de estas.

Las habitaciones se dividen en dos pasillos que se sitúan a los dos lados del control de enfermería. En un pasillo se encuentran las habitaciones de la 402- 414 y en el otro pasillo se encuentran las habitaciones 415, 417- 423. Las habitaciones son dobles (407-409-411-412-413-414-422-423) y triples (402-403-404-405-406-417-418-419-420-421) existiendo una habitación individual 415. La habitación 408 actualmente se encuentra cerrada por obras.

- El primer pasillo suele estar ocupado por:
 - Niños que se encuentran en observación (hab. 402). Dichos niños no cuentan como pacientes ingresados
 - Niños con enfermedades infecto contagiosas
- El segundo pasillo suele estar ocupado por:
 - Niños con procesos oncológicos(hab. 420-424)
 - Niños intervenidos quirúrgicamente o con procesos no infecciosos
 - Niños que requieren estar aislados (hab. 415)

La unidad de pediatría consta de:

- Control de enfermería. En él se encuentra el cuarto de la supervisora de la unidad, un baño, la farmacia, cuarto de fregadera y frigorífico y un espacio amplio donde se prepara medicación, se cuenta el parte y está dotado de ordenadores.
- Cuarto de bombas de infusión
- Lencería y almacén
- Office
- Comedor para padres y madres de niños ingresados tanto en la cuarta como en la quinta planta infantil
- Despacho maestras
- Baños (niños, duchas y privado)
- Despacho de cirugía pediátrica
- Despacho del Jefe de servicio de cirugía pediátrica
- Sala de reconocimiento donde se encuentra el carro de paradas, carro curas
- Despacho de pediatría
- Cuarto sucio

Externo a la unidad:

- Secretaría que incluye un despacho de neurología pediátrica
- Escuela
- Seminario pediatría

MODELO ORGANIZATIVO

El modelo organizativo está basado en un sistema matricial. Está formado por estructuras verticales como horizontales consiguiendo un entramado con líneas de autoridad y de experiencia con parte rígida y parte flexible. El organigrama jerárquico será necesario por líneas de trabajo.

El modelo que hay en la cuarta planta infantil es por enfermera / paciente. Cada enfermera tendrá asignados los pacientes por especialidades: oncología, pediatría o cirugía según el turno. También por las mañanas existe la enfermera que se denomina corretornos que llevará la observación (habitación 402) y se asignará pacientes de las diferentes especialidades para ayudar a sus compañeras.

→ Turno enfermeras/ pacientes a su cargo

Semana	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
1		Mañana	Tarde	Noche			
2	Mañana	Mañana	Tarde	Tarde	Noche		
3			Mañana	Mañana	Tarde	Noche	
4	Tarde		Mañana	Tarde	Tarde		
5	Mañana	Tarde			Mañana	Tarde	Tarde
6	Noche			Mañana	Mañana		Noche
7			Mañana	Tarde	Tarde		
8	Mañana	Mañana	Noche			Mañana	Mañana
9	Noche		Mañana	Mañana	Mañana		
10	Tarde	Noche				Tarde	Tarde
11		Tarde	Tarde	Noche			
12	Mañana	Mañana	Noche			Mañana	Mañana
13	Tarde	Tarde		Mañana	Noche		
14	Mañana	Noche			Mañana	Mañana	Mañana
15						Noche	Noche

	Cirugía
	Pediatría
	Oncología
	Corretornos

→ El personal de enfermería por turno es el siguiente:

	Mañana	Tarde	Noche
Lunes	5	3	2
Martes	4	3	2
Miércoles	4	3	2
Jueves	4	3	2
Viernes	4	3	2
Sábado	3	2	2
Domingo	3	2	2

La dinámica de trabajo en la planta está bien estructurada. Todo el personal tiene que seguir unas normas de actuación para poder realizar un trabajo de calidad.

RECURSOS HUMANOS:

→ Personal de enfermería:

- Jefa de unidad: Es la profesional responsable de organizar y coordinar al equipo de enfermería. Ejerce una dirección sobre los trabajadores con el fin de desarrollar el máximo potencial de estos. Asume la representación de la unidad respecto a la dirección y al resto de unidades del hospital. Su turno de trabajo es fijo de mañanas de lunes a viernes.
- 15 DUEs mas 3 con jornada reducida. Son las encargadas de la atención de enfermería al paciente. Tienen turno rotatorio menos una enfermera que trabaja sábados y domingos de noches.
- 14 auxiliares de enfermería. Son las profesionales que ayudan y colaboran en los cuidados básicos al paciente, como la higiene y la alimentación. Tienen turno rotatorio menos una auxiliar de enfermería que trabaja sábados y domingos de noches como ocurre con las enfermeras. Las auxiliares tienen el turno rotado que se repite cada 13 semanas.

→ Personal médico:

- Pediatría: Hay dos pediatras en la planta que trabajan en turno de mañana de lunes a viernes. Durante el resto del día hay pediatra de guardia.
- Oncología pediátrica: Los niños que sufren en un proceso oncológico están a cargo de los pediatras de hemato-oncología que tienen su despacho en la quinta planta, al igual que el hospital del día. Estos pediatras trabajan en turno de mañana de lunes a viernes y están localizados durante el resto de día.
- Cirugía pediátrica: No hay cirujano pediátrico fijo, dependerá a quien le toque pasar la planta.
- Otras especialidades: si se da el caso que se tiene niños ingresados de otras especialidades (digestivo, neurología, nefrología...) se encargaran los pediatras de esa especialidad de su atención.

→ Administrativa: Trabaja en turno de mañana de lunes a viernes

→ Personal de Limpieza: 2 limpiadoras en turno de mañana

→ Maestras: Trabajan en turno de mañana de lunes a viernes

→ Celador: Se localiza a través del busca

→ Adano: Asociación de ayuda a Niños con Cáncer de Navarra

ACTIVIDAD:

Durante el año 2011 y según los datos que he recogido de los objetivos de la Unidad hubo un total de 2478 ingresos con una estancia media de 2,9 días. El número de estancias fueron de 7167 y el índice de ocupación del 51,7. En el 2010 el número total de ingresos fueron de 2497 con un número de estancias de 7905. El coste estimado por estancia/día ha disminuido siendo en 2010 de 9,32 €/estancia a 8,90 €/estancia en el 2011.

Con respecto a los niños oncológicos durante el año 2011 se diagnosticaron 21 nuevos casos siendo el tumor predominante el cerebral. En los tres primeros meses del año 2012 se han diagnosticado 7 casos nuevos (datos obtenidos del Hospital de día de Oncología Pediátrica).

ONCOLOGÍA INFANTIL:

La atención de los niños con procesos oncológicos a los cuales se dirige este trabajo, se realiza desde el momento del diagnóstico de cáncer, donde el oncólogo tendrá el papel inicial de planificar el tratamiento e integrar en él a los especialistas que puedan requerirse (cirugía, radioterapia, y especialidades pediátricas concretas).

El niño, a lo largo de su enfermedad, va a tener que estar ingresado en diversas ocasiones empezando en el momento del diagnóstico y en los períodos en que su situación clínica lo requiera. Se intentará que la mayor parte del tratamiento, se realice de forma ambulatoria en el Hospital de día de Oncología con el fin de evitar ingresos al paciente. De esta forma, no solo disminuye el coste del tratamiento sino que éste es mejor soportado por el niño y por sus padres.

Las actividades más frecuentes que se realizan en estos pacientes son:

- Administración de tratamiento farmacológico.
 - Manejo, preparación y administración de quimioterapia.
- Cuidado del niño gravemente enfermo, inmunodeprimido o en fase terminal.
- Extracción de analíticas y muestras.
- Tratamiento del dolor.
- Vigilancia y seguimiento.

4.3 POBLACIÓN PEDIÁTRICA ONCOLÓGICA:

Para centrar un poco la patología, se comienza definiendo la enfermedad para terminar hablando de la necesidad de cuidados integrales que requieren estos niños.

GENERALIDADES

El cáncer es una de las enfermedades más temidas en la actualidad. Se caracteriza por la alteración de los mecanismos normales de reproducción, crecimiento y diferenciación celular, representando la segunda causa de muerte después de los accidentes infantiles en la edad pediátrica.

En los países desarrollados, las enfermedades neoplásicas pediátricas han ido adquiriendo mayor importancia debido a que en las últimas décadas se han producido importantes avances en la prevención, detección, diagnóstico y tratamiento.

Según su etiología, podemos decir que existen ciertos factores predisponentes entre los que se encuentran malformaciones congénitas, trastornos del sistema inmunológico, radiaciones, contacto con agentes predisponentes...

Por otro lado, los cánceres más frecuentes en la infancia suelen tener localizaciones anatómicas profundas, como el sistema nervioso, médula ósea o tejido músculo-esquelético, que nos puede hacer pensar en factores relacionados con el huésped.

Esta enfermedad deriva principalmente de tejidos embrionarios con una alta capacidad proliferativa, lo que hace que por un lado sean muy agresivos y al diagnóstico se encuentren en etapas avanzadas, pero por otro lado sean altamente sensibles a quimioterapia y radioterapia haciendo posible un alto porcentaje de curación. Como expone M. D. Ruiz-González en el libro "Enfermería Pediátrica", la conducta de intentar un control a corto plazo de la enfermedad y el tratamiento paliativo de un proceso inevitablemente mortal, ha sido remplazada por protocolos dirigidos hacia la curación.

La incidencia del cáncer varía en función de la edad, sexo, raza y localización geográfica. Según datos del registro Nacional de Tumores Infantiles (RNTI) cada año se diagnostican en España entre 900 y 950 niños (0-14 años). Otros 500 nuevos diagnósticos se producen en niños de edades comprendidas entre los 15 y los 19 años.

En niños de 0 a 14 años el tipo de tumor más frecuente es la Leucemia Linfoblástica Aguda seguido de tumores del Sistema Nervioso Central y de los Linfomas. En niños mayores de 14 años la enfermedad de Hodgkin, tumores óseos (osteosarcomas) y los tumores germinales son las patologías más frecuentes.

En la actualidad, se ha alcanzado un índice de curación del 75%. Estas cifras varían según la patología llegando a ser del 91-99% en el caso de la Enfermedad de Hodgkin y tumores renales, frente al 65-75% en el caso de los Tumores del Sistema Nervioso Central.

NECESIDAD DE CUIDADOS INTEGRALES

Reflejada la epidemiología y la situación oncológica en nuestro país, nos centraremos en la necesidad de cuidados que requieren estos pacientes.

Es indudable que el diagnóstico del cáncer y su posterior tratamiento genera gran temor y ansiedad tanto al niño que lo padece como a sus familiares y allegados. La primera hospitalización del niño resulta muy dura. La vida de este se modifica bruscamente, sufriendo la separación del entorno familiar, así como la interrupción de sus actividades cotidianas. Además siente miedo, temor a lo desconocido, no sabe a lo que se enfrenta lo que le provoca una gran incertidumbre tanto a él como a su familia. A todo esto se le unen los efectos secundarios de la medicación, de la enfermedad, de las pruebas, el dolor...

La enfermedad oncológica y la subsiguiente hospitalización, da lugar a problemas de carácter psicológico, conductual y educativo a los que hay que hacer frente. Como se observa, las necesidades del niño con proceso oncológico son muy amplias, por ello, será necesario abarcarlo desde un equipo multidisciplinar: médicos, enfermeras, auxiliares, psicólogos, trabajadores sociales, maestras, dietistas, voluntarios... cada uno con su labor dentro del equipo. Estos profesionales tratarán al niño desde un punto de vista integral. Se proponen no solo su curación, sino también conseguir una óptima calidad de vida en todas las etapas de la enfermedad, reforzando a la vez la relación del personal sanitario con el paciente y su familia.

La enfermera juega un papel esencial en la atención del niño y sus familias, siendo un pilar fundamental en este equipo multidisciplinar. Son los profesionales sanitarios que más cerca se encuentran de los niños y familiares compartiendo así momentos más íntimos y personales. Actúan como intermediarios entre el niño-familia y el resto de componentes del equipo multidisciplinar. La enfermera debe de estar capacitada para tratar a estos niños, conocer la enfermedad que padecen, el tratamiento requerido, los efectos secundarios de estos; tendrá que ser capaz de comprender los sentimientos y

el impacto de la enfermedad, proporcionando apoyo y bienestar tanto físico como emocional a todo el núcleo familiar.

Los cuidados prestados han de enfocarse para que el proceso se supere con las mínimas lesiones. Hay que crear un ambiente que favorezca el normal desarrollo del paciente en la medida de lo posible, favoreciendo la comunicación que será primordial. Por ello, hay que trabajar para conseguir que expresen sus sentimientos y demanden la ayuda necesaria. Además se debe tener en cuenta que cada niño y su familia son diferentes, con necesidades bien distintas que atender.

La bibliografía muestra como las enfermeras, para garantizar un cuidado de calidad deben de realizar una valoración exhaustiva de las necesidades básicas de salud que se encuentran afectadas por el proceso de enfermedad que sufre. Tienen que promover una atención personalizada, adaptada a sus necesidades con el fin de conseguir la mayor calidad de vida posible.

En un estudio realizado por Pilar González titulado “Experiencias y necesidades percibidas por los niños y adolescentes con cáncer y sus familias” hace hincapié en esta cuestión. Muestra como las madres solicitan información más específica, detallada y adaptada a cada familia durante el proceso de enfermedad del hijo. Por otro lado, se demanda mayor sensibilidad para la comunicación y el trato de algunos profesionales de enfermería y se detecta la necesidad de que todos los profesionales que atienden a los niños conozcan los efectos secundarios del tratamiento y estén capacitados para dar respuesta rápida y eficaz. Todos los miembros de la familia requieren ayuda tanto a nivel psicológico como social.

Como he recogido anteriormente, hay que conocer las demandas del niño y de su familia para garantizar unos cuidados de calidad y obtener una buena adaptación a la enfermedad. En varios estudios realizados a pacientes con procesos oncológicos como hace referencia el artículo “Cuidados continuos. Una necesidad del paciente oncológico” lo que más demandan los pacientes son:

- Cuidados profesionales de calidad
- Cuidado centrado en la persona
- Cuidado integral

Asimismo, además del personal sanitario que trabaja con el paciente e influye en la consecución del cumplimiento de estas necesidades, la organización y la gestión del servicio influirán también en la satisfacción de las demandas de estos. Tanto la organización como la gestión del servicio afectan directamente a la atención del paciente y su necesidad de cuidados continuos y de calidad.

De este modo el modelo de atención prestada habrá que orientarlo a introducir cambios en la organización para garantizar las demandas de los pacientes y alcanzar un nivel óptimo en la asistencia, llegando a ser centros dedicados al cuidado integral del niño afectado con un proceso oncológico y su familia.



4.4 ASPECTOS ESTRATÉGICOS DEL PROYECTO

Proponer un cambio organizativo sustancial para la atención de niños con procesos oncológicos, adaptando a la unidad 4ª planta del CHN-B el modelo de enfermera primaria, supone llevar a cabo un importante número de acciones encaminadas a conseguir el éxito en su implantación y a minimizar los efectos adversos que un proyecto de estas características puede conllevar.

Por ello conviene hacer hincapié en lo que se ha identificado y a continuación se recoge como “aspectos estratégicos” del proyecto que son los siguientes:

- Análisis Dafo
- Perfil de la enfermera primara
- Estrategia de implementación
- Evaluación de la implementación
- Presupuesto

4.4.1 ANÁLISIS DAFO

Una vez realizada la recogida de datos, se valora la situación real del entorno tanto interno como externo de la organización, con el fin de idear la estrategia de futuro y sin perder como referencia la visión del Hospital. Para ello se confecciona una matriz que contiene los siguientes elementos:

→ Análisis interno:

- Puntos débiles o debilidades
- Puntos fuertes o fortalezas

→ Análisis externo:

- Amenazas o riesgos
- Oportunidades

Para que este proyecto se lleve a cabo conviene explotar cada fortaleza, aprovechar cada oportunidad, detener y superar cada debilidad y defendernos de las amenazas que aparezcan en nuestro entorno.

Para determinar cada grupo de elementos estratégicos, reflexionaremos sobre estas cuestiones:

- *¿Cuáles son los aspectos negativos actuales de la organización enfermera que pueden considerarse limitadores para alcanzar nuestra visión o misión futura?*

El personal de la unidad de hospitalización cuarta infantil desconoce la figura de la enfermera primaria lo que podría ser un problema. Por ello hay que garantizar conocimientos tanto a la enfermera como al personal sanitario que trabaja en la unidad, mostrando los beneficios que puede aportar este modelo de enfermería en el quehacer profesional.

Debido a que la unidad alberga diferentes especialidades de pediatría, el personal de enfermería según turno tendrá asignados pacientes de las diferentes especialidades (cirugía, pediatría y oncología) lo que va a dar lugar a que no haya personal específico para los niños con procesos oncológicos. Esto también es un aspecto negativo a tener en cuenta. Va a resultar más complicado introducir un cambio debido a todo el personal que está implicado. Además puede causar rechazo el que solamente se quiera implantar el modelo de enfermera primaria para un grupo de pacientes específicos y no para todas las patologías pediátricas.

Por otro lado destacaremos que las enfermeras de la unidad no trabajan con metodología enfermera lo que hace que haya una práctica enfermera poco normalizada facilitando la variabilidad en la práctica clínica. Por ello hay que introducir los cambios necesarios para que todo el personal se coordine y trabaje en la misma dirección. La introducción de la enfermera primaria va a posibilitar que disminuya la variabilidad y que se trabaje con metodología enfermera común dando lugar a una mejora en la calidad de los cuidados.

Para terminar, comentaremos que el personal sanitario con el que cuenta la unidad tiene edad avanzada lo que dificultará el cambio. En general estas enfermeras no han tenido formación sobre metodología enfermera y serán más reacias a trabajar con ello.

- *¿Cuáles son los aspectos positivos actuales de la organización enfermera que pueden considerarse favorecedores para alcanzar la visión o misión futura del hospital?*

La experiencia que tiene el personal sanitario es muy amplia. Este factor puede ser muy útil para alcanzar el objetivo. Por ello, será conveniente conocer su opinión, sus puntos de vista así como sus ideas respecto a la organización. El personal con experiencia puede percibir acciones de mejora que quizá no se hayan tenido en cuenta y que puede facilitar la consecución del plan.

La calidad que tienen los profesionales que integran el servicio es muy alta beneficiando así a nuestro proyecto. Es un equipo que realiza un buen trabajo, ayuda, coopera y pone todo de su parte para realizar una buena labor. En mi opinión y mostrando los beneficios que conlleva la enfermera primaria no resultará muy complicado introducir el cambio.

Debido a la motivación que presentan los profesionales sanitarios de la unidad tendrán capacidad para adaptarse al nuevo modelo de enfermera primaria. Hay que hacer ver que con la plantilla que cuenta la unidad se puede cubrir las necesidades y que el trabajo no se incrementará pero si mejorará la calidad de este.

Para terminar, destacar una gran ventaja y es que tenemos soporte informático (programa Irati) que nos puede facilitar mucho la tarea. El programa Irati organiza el trabajo de enfermería, facilita el registro de sus actividades, permite visualizar los cuidados dispensados al paciente y por último es una fuente de información para evaluar la calidad y eficacia de estos cuidados. Es un aspecto muy importante ya que se podrá colgar el protocolo de la enfermera primaria, la hoja de valoración al ingreso y contribuir a la consecución de las tareas.

- *¿Cuáles son los riesgos que interaccionan desde el exterior de la organización enfermera y que, por tanto, pueden limitar la consecución de la visión o misión futura del hospital?*

Hoy en día como bien se sabe, existe una situación de crisis económica donde los recortes están a la orden del día. Esto va a provocar una dificultad muy grande para implementar el proyecto y un rechazo a todo lo que signifique cambio. Por ello se mostrará todas las cualidades que abarca la enfermera primaria para que no se perciba como un gasto innecesario sino como una buena oportunidad para mejorar la calidad de los cuidados demanda muy valorada por el paciente.

Por otro lado como ya se ha comentado con anterioridad, la enfermería se encuentra bajo un modelo biomédico que lleva implantado muchos años y que será muy difícil modificar. Hay que lograr que los profesionales de enfermería ganen reconocimiento ante la sociedad apreciando más su labor. Las enfermeras tienen una función muy importante en el cuidado del paciente y hay que lograr que se fomente la continuidad de los cuidados.

- *¿Cuáles son los elementos externos que pueden explotarse por la organización enfermera para conseguir mejoras en consonancia con el contenido de la visión o misión futura del hospital?*

Para responder a este punto tenemos tres cuestiones que nos avalarían el proyecto. El Plan de Salud de Navarra 2006-2012 que indica que los profesionales sanitarios deben de centrarse en el ciudadano y en la mejora de la calidad en su atención; este factor justificaría la implementación de la enfermera primaria. La sensibilidad de la dirección a favor de la mejora de los cuidados que también beneficiaría mucho la introducción del cambio. Y para terminar, la experiencia positiva en otros hospitales con el modelo de enfermera primaria lo que da argumentos para la introducción de la propuesta planteada.

- Matriz DAFO:

<p>Debilidades</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Desconocimiento por parte de enfermería de las funciones de la enfermera primaria ○ Falta designación de personal específico para oncología ○ Variabilidad en la práctica clínica ○ Personal sanitario con edad avanzada 	<p>Amenazas</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Situación de crisis económica ○ Enfermería enfocada a un Modelo biomédico ○ Falta de reconocimiento de la enfermería
<p>Fortalezas</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Experiencia del personal sanitario ○ Calidad profesional del personal tanto humana como técnica ○ Motivación ○ Capacidad para adaptarse a los cambios ○ Existencia programa Irati (soporte informático) ○ Plantilla suficiente para las necesidades asistenciales 	<p>Oportunidades</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Plan de Salud de Navarra 2006-2012 ○ Sensibilidad de la dirección a favor de la mejora de los cuidados ○ Experiencias externas positivas con este modelo de atención

4.4.2 PERFIL DE LA ENFERMERA PRIMARIA

Objetivos de la Enfermera Primaria:

→ Objetivo General:

- Personalizar la atención de los cuidados de enfermería proporcionando cuidados individualizados, integrales y de calidad tanto al paciente que sufre un proceso oncológico como a la familia, facilitando a su vez la continuidad asistencial.

→ Objetivos Específicos:

- Considerar al paciente como el eje central.
- Mejorar la calidad de vida del paciente y familia aumentando su satisfacción.
- Mejorar la calidad de los cuidados.
- Garantizar la realización del plan de cuidados con metodología enfermera común.
- Fomentar la participación del paciente y familia.
- Impulsar la coordinación entre atención primaria y especializada.
- Mejorar la satisfacción de los profesionales de enfermería.

Paciente tipo de la enfermera primaria:

Niño con proceso oncológico que ingresa en la Unidad cuarta planta infantil. La hospitalización deberá de preverse mayor de tres días.

Profesionales que intervienen:

→ Jefa de Unidad:

La función de la Jefa de Unidad es fundamental. Dicha figura reorienta su actividad habitual hacia los pacientes. Tiene como labor la organización y gestión de los cuidados de enfermería, así como de los recursos humanos y materiales necesarios. Colabora en la asignación de los diferentes pacientes a las enfermeras que serán primarias. También es la profesional que supervisa los cuidados ofrecidos al niño con proceso oncológico.

→ Enfermera Colaboradora:

La enfermera colaboradora tiene como función la ejecución del plan de cuidados realizado por la enfermera primaria, además de las funciones del rol de colaboración. En ningún caso la enfermera colaboradora puede modificar el plan de cuidados aplicado al paciente. Si considera que es necesaria la modificación de este, tendrá que informarlo en el evolutivo para que la enfermera primaria lo valore y actúe de la manera conveniente modificando si lo precisa el plan de cuidados establecido.

→ Auxiliares de Enfermería:

El personal auxiliar de enfermería de la unidad participa en la aplicación del plan de cuidados realizado por la enfermera primaria, en aquellas actuaciones que pertenezcan a su ámbito de competencias.

Requisitos para ser Enfermera Primaria:

No todo el personal de enfermería que trabaja en la unidad 4ª planta infantil va a poder ser enfermera primaria.

Para ser enfermera primaria se requiere una experiencia mínima de un año en la Unidad cuarta planta infantil para conseguir familiarizarse con el funcionamiento y sistema de atención de la unidad. Es imprescindible tener un adecuado nivel de conocimientos para garantizar cuidados de calidad. De esta forma las enfermeras que lleven menos de un año en la unidad serán enfermeras colaboradoras.

La enfermera primaria tiene que realizar un turno de trabajo de mañana y de tarde de forma continuada. Por ello la enfermera que trabaja de noches los días festivos no es enfermera primaria de ningún paciente debido a que no va a poder garantizar ningún seguimiento en el paciente ni garantizar la continuidad en los cuidados.

Adjudicación de pacientes:

Los criterios para la adjudicación paciente/enfermera primaria deben cumplir dos condiciones: han de ser sencillos y conocidos por todo el personal de la unidad.

Para que el niño con proceso oncológico tenga asignado una enfermera primaria la estancia hospitalaria tiene que preverse mayor de tres días como he dicho anteriormente.

La valoración inicial del niño con proceso oncológico se realiza antes de las 24 horas tras el ingreso en hospitalización. Puede ocurrir que el paciente tenga necesidades urgentes que satisfacer y haya que solucionarlas cuanto antes, por eso la enfermera que realiza el ingreso tiene que detectarlas y actuar en consecuencia si se va a demorar la valoración por parte de la enfermera primaria.

Si el paciente ingresa en el turno de mañana o en el turno de tarde la enfermera primaria del paciente en cuestión es aquella que está a cargo de los pacientes con procesos oncológicos en el momento del ingreso del paciente. De esta forma se garantiza que se asigne al niño la profesional de enfermería que más tiempo va a pasar con él durante su estancia hospitalaria.

Por el contrario si el ingreso se realiza por la noche la enfermera que se encuentra en el turno no será enfermera primaria sino colaboradora.

Otro factor a tener en cuenta es que puede coincidir que en un turno haya excesivo número de ingresos a lo que la Jefa de Unidad tiene la labor de tomar cartas en el asunto y reasignar al paciente para que la enfermera no asuma una gran carga de trabajo.

Si se da el caso de que el paciente continua ingresado y la enfermera ha dejado de tener asignados los niños con proceso oncológico, esta continua siendo la enfermera primaria de aquel paciente que se le asignó en un primer momento cumpliendo su función en la atención integral del paciente.

Funciones de la Enfermera Primaria:

→ Ingreso y acogida al paciente y familia

La enfermera primaria junto con la auxiliar de enfermería son las encargadas de recibir al paciente y llevarle a su correspondiente habitación.

Anteriormente la enfermera primaria revisa la Historia Clínica del paciente para conocer el caso y saber a qué se enfrenta. La Historia Clínica aporta información sobre la salud física del niño y detalla acontecimientos de la problemática actual del paciente.

La enfermera primaria se presenta tanto al niño como a la familia y da a conocer su figura mostrándose como la encargada de planificar y realizar el seguimiento de sus cuidados. Tiene la responsabilidad desde el ingreso, pasando por el proceso de hospitalización hasta el alta hospitalaria. Si se da el caso que el paciente ingresa por la noche, la enfermera que se encuentre trabajando será colaboradora, por lo que la

valoración de las necesidades y la entrevista la realizará la correspondiente enfermera primaria al día siguiente como he citado con anterioridad.

Además de la hoja informativa que se da a todo paciente que ingresa en la unidad se proporciona un tríptico donde están plasmadas las funciones de la enfermera primaria.

Para terminar se resolverán todas las dudas que se les plantee tanto al niño como a la familia, disminuyendo en la medida de la posible la ansiedad que genera la hospitalización y la enfermedad en sí.

→ Entrevista inicial y valoración de necesidades

Después de efectuar la acogida al niño y familia la enfermera primaria se encarga de realizar la entrevista inicial y la valoración del niño a través del modelo de las 14 necesidades de Virginia Henderson, fundamentado en las necesidades humanas. Dicha valoración se realiza desde el programa informático Irati facilitando la labor de enfermería.

Esta primera etapa, es una parte decisiva e imprescindible para planificar unos cuidados adecuados. Está orientada a la recogida de todos los datos necesarios para determinar si los comportamientos llevados a cabo por el niño y su familia son adecuados y suficientes para satisfacer todas y cada una de las 14 necesidades fundamentales que contempla el modelo y que como recordaremos son:

Necesidades de Virginia Henderson

1. Respiración/oxigenación
2. Alimentación/hidratación
3. Eliminación
4. Moverse y mantener la postura
5. Reposo/sueño
6. Vestirse y desvestirse
7. Termorregulación
8. Higiene corporal y protección de la piel
9. Seguridad
10. Comunicación
11. Creencias y valores.
12. Realización personal
13. Participación en actividades recreativas
14. Aprendizaje y conocimiento



La obtención de los datos empieza desde el primer contacto con el niño y continúa hasta el alta en los cuidados. El niño y sus padres son fuentes excelentes de información, por lo que es fundamental que la enfermera primaria a través de la entrevista obtenga la mayor cantidad de datos posibles. Esta recogida de datos, se puede hacer de forma directa (paciente) o de forma indirecta (familia). Los datos recogidos se validan, organizan y registran. En el anexo I se puede observar una ficha de valoración del Hospital Virgen de las Nieves donde se evalúan las 14 necesidades de V.Henderson.

Centrándonos en el niño oncológico los datos que con frecuencia suelen presentar son:

- Datos objetivos: fiebre, náuseas, vómitos, epistaxis, estomatitis, alopecia, diarrea, leucopenia, anemia, hemorragia, pérdida o aumento de peso...
- Datos subjetivos: dolor específico e inespecífico, inapetencia, somnolencia, cambio en la personalidad, estreñimiento...

Será muy importante valorar determinados factores en el niño ya que de ellos depende la actuación de la enfermera primaria:

- Edad y sexo
- Funcionamiento de la familia frente a la enfermedad
- Estudios del niño
- Redes de apoyo
- Evolución psicosocial
- Patología oncológica de base
- Complicaciones de la enfermedad o tratamiento
- Tratamiento
- Evaluación del dolor
- Examen físico
- Accesos venos

Además de recoger datos y valorar los diferentes factores, la enfermera primaria al igual que las enfermeras colaboradoras tienen como función primordial la observación continua tanto del niño como de su familia. Hay que prestar atención a los cambios en el comportamiento y detectar cualquier anomalía que se produzca para actuar frente a ella con la mayor brevedad.

Para terminar la valoración de las necesidades, la enfermera primaria efectúa también las escalas de valoración incluidas en el Irati. Dichas escalas miden parámetros importantes que hay que considerar como son, el dolor que presenta el niño, el nivel de autonomía y la detección de riesgos. Las escalas que se encuentran en este momento en el Irati y que son de gran interés para el personal de enfermería son la escala de valoración del dolor del niño, la escala de Braden que valora el riesgo de úlceras por presión a través de 6 parámetros y el índice de Barthel que mide 10 parámetros para valorar las actividades básicas de la vida diaria.

Además de estas escalas será conveniente incluir algunas más como son el cuestionario de Zarit y la escala de Goldberg para evaluar a los cuidadores, en este caso los padres del niño con proceso oncológico.

→ Identificación de diagnósticos

Una vez que se realiza la valoración del paciente y se recoge todos los datos necesarios, la enfermera primaria identifica los problemas y diagnósticos de enfermería a través de la taxonomía NANDA.

En esta etapa la enfermera primaria realiza el diagnóstico de la situación para identificar los problemas que se pueden resolver mediante los cuidados enfermeros diagnosticando los problemas interdependientes o de colaboración y los diagnósticos propios de enfermería. De esta manera la enfermera primaria puede planificar, ejecutar y evaluar las acciones de enfermería dirigidas a reducir, eliminar o prevenir las alteraciones de la salud del niño y de su familia.

Las categorías diagnósticas de la NANDA no son sólo una etiqueta a la que cada uno le da el significado oportuno sino que cada categoría conlleva una definición y una serie de características que la definen y de factores relacionados que van a indicar la presencia o ausencia de la misma.

Los diagnósticos de enfermería permiten a la enfermera primaria identificar las alteraciones de salud del niño de forma sistemática, proporcionando un lenguaje enfermero común para expresar problemas o situaciones de salud del usuario. Además ayudan al colectivo profesional a identificar y validar la dimensión independiente y confirmar la dimensión interdependiente.

Los diagnósticos habituales que se dan en los niños oncológicos son los siguientes:

- Desequilibrio nutricional
- Riesgo de motilidad gastrointestinal disfuncional
- Alteración de la mucosa oral
- Alteración de la integridad cutánea

- Alteración sueño/descanso
- Déficit actividades recreativas
- Intolerancia a la actividad
- Deterioro interacción social
- Trastorno imagen corporal
- Ansiedad
- Temor
- Afrontamiento familiar comprometido
- Conocimientos deficientes

→ Diseño del plan de cuidados

Una vez identificados los problemas y diagnósticos de enfermería, se realiza la planificación de las actividades de enfermería encaminadas a prevenir, controlar, reducir o eliminar los problemas anteriormente detectados a través del plan de cuidados individualizado y específico para cada niño que sufre un proceso oncológico.

Al planificar los cuidados, hay que tener presente que el niño requiere tener satisfechas sus necesidades fisiológicas básicas y un medio seguro que le ayude a desarrollarse psicológicamente.

Para realizar el diseño del plan de cuidados se tiene que tener en cuenta determinadas actuaciones:

- Identificación de prioridades de actuación
- Establecimiento de Objetivos
- Determinación de los resultados a conseguir (NOC)
- Determinación de las intervenciones de enfermería (NIC)

El plan de cuidados individualizado lo realiza la enfermera primaria desde el programa Irati, donde se facilitará una aplicación para conseguir la sencillez y accesibilidad al mismo. En dicha aplicación estarán incorporados los diagnósticos (NANDA) así como los resultados (NOC) y las intervenciones (NIC). Esta aplicación según los diagnósticos identificados, desplegará una serie de intervenciones y resultados que solo será cuestión de clicar en ellos para que se incorporen al plan de cuidados del paciente. En el anexo II incorporo un documento del Hospital Virgen de las Nieves que puede servir de modelo para plasmar los diagnósticos de enfermería, las actividades y los resultados que queremos lograr.

Es importante recordar que el plan de cuidados sirve para organizar los datos obtenidos, está dirigido hacia los objetivos, permite involucrar al niño y su familia, potencia la coherencia en la asistencia, sirve como una herramienta de comunicación entre el equipo de salud y estimula al niño y familia hacia la resolución de los problemas o necesidades planteados.

La puesta en práctica del plan de cuidados comprende las habilidades y conocimientos necesarios para la ejecución de los cuidados que deben de ser individuales, integrales y continuos.

Con respecto a las actividades relacionadas con el rol autónomo la enfermera primaria va a ser quien las planifique cómo se han de llevar a cabo. También programa y efectúa una evaluación continua de las mismas realizando los cambios necesarios si la situación lo requiriese. Todas las actividades realizadas en el paciente tienen que constar en la historia de enfermería así como los resultados obtenidos. En el anexo III se puede observar los cuidados de enfermería que se dan habitualmente en la Unidad clasificados por necesidades.

→ Educación para la salud

El pilar esencial de este apartado va a ser la comunicación. La comunicación implica compartir información, ideas, sentimientos... La necesidad de comunicación es crucial en la atención de estos niños y su familia por ello es importante promoverla desde el momento del diagnóstico, con el objetivo de favorecer una relación de confianza. De esta forma se facilita la adaptación del paciente y familia a la situación que padecen.

Esta comunicación se centra en una información veraz, completa y progresiva sobre la enfermedad, su evolución y los efectos del tratamiento entre otros. Aspectos como la empatía y la asertividad son primordiales para conseguir que tanto el niño como los familiares expresen sus sentimientos y preocupaciones dando una respuesta adecuada y clara a los mismos.

La enfermera primaria tiene como labor que tanto el niño como la familia afronten el proceso de enfermedad, por ello es responsabilidad suya que se genere una buena adaptación a la enfermedad, potenciando la adquisición de conocimientos sobre la patología, el tratamiento, los efectos secundarios de la medicación... consiguiendo así cierta sensación de control y mayor colaboración del niño y de su familia. La información suministrada debe de ser clara, honesta, pertinente y adaptada al niño y a su familia. Es importante primero evaluar lo que el niño sabe y luego responder en términos fáciles lo que el niño quiere saber.

En relación con el proceso oncológico la magnitud de la información obliga a ofrecerla de forma gradual para conseguir una buena asimilación. Los padres retienen pocos datos a causa de su estado psicológico por lo que necesitan información clara y repetida. La enfermera primaria debe reforzar la información dada por el personal médico aclarando dudas y preguntas.

Por otro lado con frecuencia se observa que tanto la familia como el paciente adquieren ideas equivocadas debido a la gran facilidad de acceso que se tiene actualmente a la información. El deber de la enfermera primaria es pues corregir estas ideas erróneas que poseen e informarles sobre los detalles de la enfermedad, hospitalización y otros.

La enfermera primaria tiene la misión de garantizar que el paciente y familia obtengan toda la información que demanden. Además conviene indagar qué es lo que necesitan saber y si precisan más explicaciones. La comunicación y la trasmisión de la información tienen que estar aseguradas.

Para terminar comentaré que la participación del paciente como de la familia en su propia salud es un pilar esencial para favorecer los autocuidados. La enfermera primaria con la colaboración de los demás profesionales sanitarios promueve la educación sanitaria con el objetivo de capacitar en la provisión de los cuidados, en la adquisición de nuevas habilidades y en la detección de signos-síntomas de alerta. El aprendizaje por parte de los padres de los procedimientos que debe seguir en el cuidado de su hijo son primordiales para conseguir un desarrollo saludable del niño con proceso oncológico.

La enfermera primaria tiene como función fomentar la educación programada y a demanda, garantizando unos cuidados de calidad e intentando obtener el mayor grado de independencia en el autocuidado.

A modo de recapitulación citaremos los objetivos que incumben a la enfermera primaria:

- Reducir la ansiedad y la negación
- Reducir el temor y la depresión
- Favorecer la expresión de sentimientos
- Favorecer la adherencia al tratamiento
- Favorecer la comunicación
- Educar al paciente y familia de las complicaciones que pueden surgir y como detectarlas
- Favorecer los autocuidados
- Favorecer la adaptación.

→ Informe de continuidad de cuidados al alta

El informe de continuidad de cuidados al alta es un registro que tiene como objetivo servir de soporte documental a la continuidad de los cuidados en aquellos pacientes que una vez dados de alta en los centros de atención especializada, precisan de atención continuada de cuidados por parte de la familia y/o profesionales de atención primaria. Es el documento apropiado para recoger aquella información necesaria para la planificación de cuidados en el ámbito extrahospitalario, acorde con el estado de salud y las necesidades del paciente, cuidador y/o familia, en el momento del alta.

La finalidad de este apartado es comunicar los resultados finales de la estancia hospitalaria a través del alta de enfermería. Se realiza a través de la Historia Clínica Informatizada (HCI) favoreciendo la coordinación con atención primaria y especializada.

Cabe citar el problema que con frecuencia se va a encontrar la enfermera primaria al realizar el informe de continuidad de cuidados al alta. Como bien se sabe el alta del paciente lo da el médico y puede ocurrir que cuando lo entregue, la enfermera primaria no esté trabajando. Por ello es conveniente comunicarse con el personal médico para conocer cuando tiene previsto dar el alta del niño y preverla así con antelación. De esta forma se puede planificar el alta de enfermería y preparar el borrador, consiguiendo que si se da el caso que la enfermera primaria no está presente en el momento del alta, la enfermera que está a cargo del paciente podrá redactar el informe de acuerdo con el plan prefijado por la enfermera primaria.

Se considera importante que en la HCI conste el nombre de la enfermera primaria para que facilite la comunicación entre la enfermera primaria y los profesionales implicados para evitar así la fragmentación de cuidados.

El informe de continuidad de cuidados a través de la HCI se remite a la enfermera responsable de su Centro de Salud, donde se le informa de la estancia hospitalaria así como de cuidados y necesidades que precisa tanto el niño como la familia.

En el anexo IV se puede observar un modelo de informe de continuidad de cuidados al alta obtenido del Protocolo del Servicio de Continuidad de Cuidados de Enfermería entre Ámbitos Asistenciales del Servicio Canario de Salud.

4.4.3 ESTRATEGIAS DE IMPLEMENTACIÓN

Presentación y aprobación del proyecto a la dirección:

Para implementar un proyecto en un hospital hay que tener en consideración diferentes factores. El primer punto que ha de tenerse en cuenta va a ser la presentación y aprobación del proyecto a la dirección del CHN.

Para ello se consensua una cita con la dirección de enfermería en primer lugar y si dan el visto bueno con la dirección del CHN en segundo lugar.

En ella se exponen las razones por las cuales se quiere implantar el modelo de enfermera primaria en la atención del niño oncológico. Se muestran las ventajas que puede acarrear este modelo, dándoles motivos para que se perciba como un cambio beneficioso para la organización favoreciendo así la satisfacción del paciente y familia.

Además de esto se facilita a la dirección la metodología de puesta en marcha planteada, así como el presupuesto estimado.

Creación del grupo puesta en marcha y seguimiento:

Una vez aceptado el proyecto se crea el grupo de puesta en marcha y seguimiento del proyecto. Cada componente del grupo tiene asignadas una serie de responsabilidades previamente pactadas.

Este grupo estará compuesto por:

- Jefa de área de Enfermería de Desarrollo Profesional y Apoyo a la gestión
- Jefa de la Unidad de Planes de Cuidados de Enfermería
- Jefa de Área de Enfermería de Procesos de Hospitalización Materno-infantil
- Jefa de la Unidad 4ª planta infantil
- Enfermeras asistenciales de la unidad 4ª planta infantil

Para implantar el proyecto se debe evitar que el personal sanitario lo vea como algo impuesto, por eso hay que conseguir la participación de todo el personal implicado colaborando todos ellos en la mejora del servicio.

Para garantizar el éxito hay que lograr que los profesionales enfermeros se crean el proyecto. Es necesario mostrar a todas las personas implicadas que se requiere mucho esfuerzo, colaboración y compromiso de todos ellos para garantizar la ejecución del plan, siendo esencial un personal motivado.

El planteamiento tiene que ser realista garantizando la coherencia ya que si no se consigue el fracaso. Hay que tener en cuenta que siempre va haber resistencias al cambio que hay que vencer, además de prever las dificultades que van a estar presentes para luchar contra ellas.

Por otro lado es muy importante que el liderazgo del grupo de trabajo sea adecuado y que haya compromiso de este, siendo esencial una buena comunicación como pilar fundamental para que el proyecto se consiga implementar.

Las funciones que desarrollan el grupo de trabajo son diversas:

- Revisión de la evidencia científica disponible.
- Asignación de responsabilidades.
- Creación del protocolo de la enfermera primaria donde se plasman las funciones de la misma, se realiza la organización de cuidados así como los criterios de adjudicación enfermera-paciente. Dicho protocolo tendrá que ser validado.
- Definición de recursos necesarios para la implantación: recursos informáticos, folletos, horas de formación...
- Difusión entre los profesionales sanitarios
- Valoración de las necesidades de formación
- Organización del plan de Formación
- Diseño del cronograma y estrategia de implantación
- Dotación presupuestaria
- Creación de encuestas e indicadores para la evaluación y control.

Consideraciones a tener en cuenta:

→ Formación del personal:

La formación del personal va a ser esencial en la consecución del plan. Para ello se comienza realizando una valoración de las necesidades de formación requeridas, para que más tarde se diseñe el plan de formación adecuado para satisfacer las necesidades.

Todo el personal de la Unidad y en especial los profesionales de enfermería van a requerir formación para conseguir que el proyecto se implante con criterios de calidad. Dicha formación debe de verse como un instrumento de motivación.

En primer lugar se pondrá en conocimiento de todo el personal involucrado la planificación, ejecución y control de la implementación de la enfermera primaria, planteando los procedimientos a seguir. Se realiza un plan de comunicación a todo el personal transmitiendo cómo, cuándo y para qué se va a realizar el cambio.

Para ello se deberá informar a los diferentes colectivos afectados como son:

- Personal de enfermería
- Pediatras
- Cirujanos infantiles
- Maestros
- Trabajadores sociales
- Psicólogos
- Dietistas
- Anestesiastas
- ADANO

Por otro lado, se pactará con el personal sanitario las fechas donde se llevaran a cabo las reuniones de formación realizando además el cronograma de formación. En principio se realizará una reunión a la semana con una duración de dos horas donde se impartirá clase teórica y clase práctica. El lugar de las sesiones va a ser en la unidad cuarta infantil con una duración de dos meses. Dichas sesiones son impartidas por personal formado en cuidados de enfermería tanto de la red sanitaria como fuera de esta.

Los puntos a considerar en la formación son:

- Objetivos del proyecto
- Cuidados precisados en oncología infantil
- Comunicación
- Funciones que debe de desempeñar la enfermera primaria
- Formación en metodología de cuidados
- Valoración de enfermería
- Taxonomías NANDA NIC NOC
- Admisión del paciente
- Registros de enfermería
- Informe de continuidad de cuidados al alta

Para terminar se dará difusión de la reunión mediante copia del acta al personal no asistente. En este acta quedan reflejados, el tema tratado, los ponentes, el día, la hora, el lugar, los participantes y se adjunta también el contenido de la misma y los resultados.

→ Irati:

Como he comentado en varios apartados para facilitar la puesta en marcha y para ayudar a las enfermeras primarias a realizar el plan de cuidados individualizado tienen que incorporarse en el programa Irati diferentes elementos.

Las enfermeras que trabajan en la unidad de planes de cuidados tienen una labor muy importante ya que serán las encargadas de dar forma al plan de cuidados.

En primer lugar se crea un espacio para realizar la valoración del paciente a través de las 14 necesidades de Virginia Henderson.

En segundo lugar se despliega un menú donde se pueden seleccionar los diagnósticos de enfermería y desde allí seleccionar las actividades que queremos realizar y los resultados que queremos conseguir.

Tanto las actividades realizadas como los resultados alcanzados quedarán plasmados en el plan de cuidados individualizado de cada niño.

→ Creación de tríptico informativo:

Ya que el modelo de enfermera primaria es un modelo de organización nuevo en nuestra comunidad se realizarán trípticos informativos donde se muestre la figura de la enfermera primaria.

Se crearán 1000 ejemplares que se repartirán a cada paciente que ingrese en la planta y a los diferentes colectivos del CHN para que conozcan las funciones de la enfermera primaria. También se distribuirán a los centros de salud para que ellos también conozcan la figura de la enfermera primaria.

→ Implementación:

Para implementar el modelo de enfermera primaria se crea un grupo responsable donde deben de encontrarse miembros del grupo de diseño, ya que son los profesionales más motivados y que poseen mayor conocimiento del modelo de enfermera primaria.

La fecha de inicio de la implantación de la prueba piloto se anunciará oficialmente para conseguir que todo el personal sanitario esté al tanto del comienzo de la misma.

Se realizará una prueba piloto con una duración de tres meses. En dicha prueba todas las enfermeras que lleven más de un año trabajando en la unidad habrán tenido que ser enfermeras primarias de algún paciente para que todo el personal de enfermería pueda evaluar la nueva figura implantada.

Durante los tres meses de pilotaje se irán solucionando todos los problemas que vayan surgiendo a la vez que se irá evaluando la implementación del plan. Para ello también se elaborará un plan de seguimiento y de evaluación del proceso.

Cada semana se realizará una pequeña reunión con el personal de enfermería donde expondrán sus experiencias con el nuevo modelo implementado.

En el anexo V incorporo el cronograma de implementación que se llevará a cabo.

4.4.4 EVALUACIÓN

La evaluación de la implantación de la enfermera primaria se realiza al finalizar el periodo de pilotaje a través de encuestas al paciente/ familia y profesionales y a través de indicadores de estructura, proceso y resultado:

Encuestas a los pacientes/ familia para valorar la calidad percibida

A través de la encuesta al niño y familia se valora el grado de satisfacción en relación con el modelo de la enfermera primaria. De esta manera, podremos observar si esta figura tiene utilidad y relevancia.

Se puede observar un ejemplo de encuesta obtenida del artículo de L.Sáez Rodríguez “análisis y evaluación de la enfermera referente del paciente en hemodiálisis” que se adjunta en el anexo VI.

Esta encuesta se entrega a todos los pacientes y familias que han recibido atención de una enfermera primaria. Antes de rellenarla se explica a los encuestados los objetivos de la misma, el modo de cumplimentación y se les informa también de que es una encuesta totalmente anónima.

Dicha encuesta se realiza después de la prueba piloto dejando un plazo de dos semanas para cumplimentarla.

Gracias a la encuesta se podrá planear mejoras y tomar las medidas correctoras oportunas.

Encuestas a los profesionales de enfermería:

Por otro lado será de gran interés conocer las opiniones y discrepancias de las enfermeras que han sido primarias durante el periodo de implantación. Sus opiniones y puntos de vista van a ser esenciales al igual que el grado de satisfacción que tengan con el nuevo modelo de enfermera primaria.

Esta encuesta se pasará a todos profesionales de enfermería que aun no siendo enfermera primaria de ningún paciente hayan estado durante el periodo de pilotaje.

En dicha encuesta se evalúa aspectos como la mejora de la relación enfermera-paciente, continuidad de cuidados, cargas de trabajo, satisfacción del personal...

Indicadores de calidad:

Definir los indicadores nos va a permitir conocer el grado de consecución del mismo.

→ Indicadores de estructura:

- Ordenadores disponibles para uso del personal de enfermería
La informática va a ser una herramienta facilitadora para trabajar con metodología enfermera.
 - Fórmula: $\frac{\text{n}^\circ \text{ de ordenadores para uso enfermero}}{\text{n}^\circ \text{ total de ordenadores de la unidad}} \times 100$.
 - Estándar 80%

- Dotación de recursos bibliográficos
Para la utilización de un sistema con lenguaje enfermero se precisara libros de consulta.
 - Fórmula: $\frac{\text{n}^\circ \text{ de volúmenes NANDA, NIC, NOC}}{\text{n}^\circ \text{ total de enfermeras de la unidad por turno}} \times 100$.
 - Estándar 50%

- Cursos realizados sobre metodología enfermera
Esencial para planificar cuidados de calidad e individualizados.
 - Fórmula: $\frac{\text{n}^\circ \text{ de cursos realizados sobre metodología enfermera}}{\text{n}^\circ \text{ total de cursos realizados}} \times 100$.
 - Estándar 50%

→ Indicadores de proceso:

- Personalización de los cuidados

Estrategia necesaria para trabajar con metodología enfermera.

- Fórmula: niños ingresados con proceso oncológico > 24h con asignación de enf.primaria / total de niños ingresados con proceso oncológico > 24h X 100
- Estándar 90%

- Valoración al ingreso a través de las 14 necesidades

Estrategia necesaria para establecer el plan de cuidados.

- Fórmula: nº de niños ingresados > 3 días en oncología pediátrica con valoración al ingreso/ total de niños ingresados > 3 días en oncología pediátrica X 100
- Estándar 90%

- Informes de continuidad de cuidados al alta

Estrategia necesaria incluida en las funciones de la enfermera primaria.

- Fórmula: nº de informes de continuidad de cuidados al alta/ nº total de altas hospitalarias de los niños con procesos oncológicos X 100
- Estándar 80%

→ Indicadores de resultados:

- Calidad percibida y satisfacción de los profesionales de enfermería con el manejo del lenguaje enfermero.

Da información sobre cómo está evolucionando el trabajo.

- Fórmula: nº de enfermeras satisfechas/ nº total de enfermeras X 100
- Estándar 70%

- Diagnósticos resueltos con metodología enfermera

Objetivo que se persigue con el modelo de enfermera primaria

- Fórmula: nº de diagnósticos resueltos / nº total de diagnósticos realizados X 100
- Estándar 85%

- El paciente y familia identifican a la enfermera primaria
 - Da información de la implicación de la enfermera primaria
 - Fórmula: nº de pacientes/familia que identifican a la enfermera primaria/ nº total de pacientes/familia con asignación de enfermera primaria X 100
 - Estándar 95%

4.4.5 PRESUPUESTO

Un presupuesto es un documento que traduce los planes en dinero: dinero que se necesita gastar para conseguir el plan de implementación de la enfermera primaria en la cuarta planta infantil, dinero que necesita generarse para cubrir los costes de finalización del proyecto. Consiste en una estimación o en conjeturas hechas con fundamento sobre las necesidades en términos monetarios para realizar tu trabajo.

El presupuesto estimado que será necesario para llevar a cabo la implantación de la enfermera primaria es:

Presupuesto Estimado:

• Formación:	
○ Profesores red sanitaria 60 euros/hora. 10 h x 60 €	600€
○ Profesores ajenos a la red sanitaria 120/hora. 8 h x 120 €	960€
• Material audiovisual	100€
• Recursos bibliográficos	
○ Ejemplar de la NANDA (20 €), NOC (57 €), NIC (57 €)	134€
• Ordenador para el personal de enfermería	800€
• Tríptico para paciente y familia: 1000 ejemplares	1000€
• Encuesta al paciente y familia: creación y copias	300€
• Modificación y cambios en el programa Irati	3000€
• Grupo de trabajo	12000€
• Difusión del modelo de enfermera primaria (revista colegio de enfermería, tríptico para personal sanitario...)	500€
TOTAL	19.394€

5. CONCLUSIONES

El objetivo de mi proyecto ha sido mostrar un nuevo modelo de enfermería en el que el paciente, en este caso el niño oncológico es el eje principal en torno al cual gira la actuación de enfermería.

Implantar el modelo de la enfermera primaria, implica realizar una remodelación en la organización, pero creo que con ello obtendríamos un gran beneficio mejorando en gran medida los cuidados integrales prestados a los niños con proceso oncológico. La situación de cambio que se presenta hoy en día, puede ser una oportunidad para saltar del modelo biomédico y establecer las bases de una correcta práctica enfermera.

Como he citado a lo largo del proyecto, en los Hospitales que está implantada el modelo de la enfermera primaria hay una gran aceptación del mismo, mejorando la calidad de los cuidados. Por ello creo que en la Unidad cuarta planta infantil la satisfacción tanto del paciente como del niño se vería igualmente incrementada.

La realización de este proyecto me ha ayudado a conocer otra forma de trabajar de la enfermería que desconocía desde hace un año, cuando al realizar el diseño del proyecto me centre en el niño con proceso oncológico y su necesidad de cuidados totales.

Gracias a la búsqueda de información, a la bibliografía encontrada, he podido conocer en profundidad las necesidades de estos niños. Los niños con proceso oncológico y sus familias viven una situación durísima y creo que todas las medidas que les pueda beneficiar las tenemos que ejecutar.



6. BIBLIOGRAFÍA

- 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.indexf.com/lascasas/documentos/lc0214.php>
- Díaz Gómez Marta (editora). El proceso de atención de enfermería en el cuidado del niño. Atención integral de enfermería en el niño y el adolescente. Editorial: Síntesis; 1999.
- Dirección de enfermería. Enfermera referente (ER), un proyecto motivador para el profesional y de satisfacción para el paciente. Althaia. Xarxa Assistencial de Manresa (Barcelona).
- Fernández Rodríguez, V. et al. Enfermeras hospitalarias de enlace (gestoras de casos). Revista enfermería global. 2007; volumen 6 Nº 10 : 1-11
- García Juárez C. Invisibilidad y visibilidad del cuidado. Cuidando.es. 2011. Disponible en: <http://www.cuidando.es/archives/3848>
- García Juárez R, et al. La asignación de Enfermería Primaria; una forma de gestionar los cuidados en Atención Especializada. Revista Administración Sanitaria, 2004(consulta el 14 de febrero de 2012); 2(4):751-62. –vol.2 núm.
- García Juárez R, et al. Personalización enfermera y calidad percibida del cuidado en el ámbito hospitalario. Revista gaceta sanitaria. 2011(consulta el 20 de abril de 2012); 25(6):474–482
- GESMA. Dirección de enfermería. Programa enfermera referente. Ámbito sociosanitario y de Salud mental. 2010. Disponible en: <http://www.gesma.org/documentos/psenf/referente.pdf>
- Guía para la protocolización de la enfermera referente en unidades de hospitalización. Hospital regional universitario Carlos Haya. Servicio Andaluz de Salud.
- Gobierno de Navarra. Decreto foral 19/2010, de 12 de abril. BON 50 de 23 de abril de 2010
- Gómez García C. El niño que sufre un proceso oncológico. Enfermería Pediátrica. Serie manuales de enfermería. Barcelona: Masson- Salvat; 1992.

- González Carrión P. Experiencias y necesidades percibidas por los niños y adolescentes con cáncer y por sus familias. Nure investigación. 2005; Nº 16.

- Hospital Virgen de las Nieves. www.hvn.es

- Huber D. Liderazgo y administración de enfermería. Editorial McGraw-Hill Interamericana; 1999

- Kérouac S, et al. El pensamiento enfermero. Barcelona: Editorial Masson; 2005

- López Alonso SR, Gala Fernández B, Rodríguez Gómez S, Rodríguez Morilla F. Metodología participativa como estrategia para la personalización de los cuidados. Índex Enfermería. 2007 (consultado el 29 de abril de 2012); 16(56): 7-9.
Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962007000100001&lng=es.

- Marriner Tomey A. Administración y liderazgo en enfermería. 5ª edición. Editorial Elsevier Mosby; 1996

- Marriner Tomey A. Guía de gestión y dirección de enfermería. 8ª edición. Editorial Elsevier Mosby; 2010

- Memoria 2010 Servicio Navarro de Salud- Osasunbidea.
Disponible en: <http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/54BC06F2-CA72-4F0C-A026-E89B5C335F3B/199409/Memoria2010COMPLETA2.pdf>

- Palma C, Sepúlveda F, Atención de enfermería en el niño con cáncer. Revista pediátrica electrónica. 2005; Vol 2, Nº 2

- Plan de salud navarra 2006-2012
Disponible en: <http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/4A48A46B-982A-4039-A9D8-C88738177EC0/158684/PlandeSaluddeNavarra20062012.pdf>

- Sáez Rodríguez L, et al. Análisis y evaluación de la enfermera referente del paciente en hemodiálisis. Rev Soc Esp Nefrol. 2009 (consulta el 20 de abril de 2012); 12(2): 92/96

- Salvadores Fuentes P, et al. Manual de Administración de los Servicios de Enfermería. Barcelona: Editorial Ariel, S.A; 2002

- Sánchez García, MR. Proyecto de gestión de cuidados en una unidad de oncología infantil. Biblioteca Lascasas, 2007; 3 (2).
- Serradas Fonseca M. Colaboración interdisciplinaria en la atención del niño con cáncer y su familia en ambientes hospitalarios. *Rev. venez. oncol.* 2010. (consulta el 01 mayo 2012], vol.22, no.3 p.174-186. Disponible en: <http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-05822010000300006&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0798-0582.
- Valentín V. Murillo M. Valentín M. Royo D. Cuidados continuos. Una necesidad del paciente oncológico. *Psicooncología, Norteamérica*, 1, ene. 2004 (consulta el 1 de mayo de 2012) Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0404110155A/16355>
- Yagüe Sánchez JM. Caso clínico: Cateterismo cardíaco y enfermera referente: dos caras de una misma moneda. *Enfermería en Cardiología*. 2010; N.º 49: 47-52
- Zarate Grajales Rosa A. La Gestión del Cuidado de Enfermería. *Index Enferm [revista en la Internet]*. 2004 (consultado 5 de junio del 2012); 13(44-45): 42-46. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000100009&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962004000100009>.

7. ANEXOS

Anexo I:

VALORACION INICIAL DE LA ENFERMERA PRIMARIA

SERVICIO.....CAMA.....

NOMBRE Y APELLIDOS:.....

EDAD Y SEXO:.....FECHA DE NACIMIENTO.....

MOTIVO DE INGRESO FECHA.....

ENFERMERA PRIMARIA:.....

CUIDADORA PRINCIPAL.....TELÉFONO.....

CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE
REFERENCIA.....

ALÉRGICAS:.....

ESTADO DE CONCIENCIA: consciente desorientado letárgico inconsciente

1. NECESIDAD DE RESPIRACIÓN/OXIGENACIÓN SISTEMA RESPIRATORIO SISTEMA CIRCULATORIO

- Sin alteración observada
- Disnea
- Tos
- Medios que le ayudan a respirar.....
- Sin alteración observada
- Edemas
- Palidez
- Cianosis
- OBSERVACIONES.....

2. NECESIDAD DE ALIMENTACIÓN/HIDRATACIÓN

- Sin alteración observada
- Hidratado
- Alteración del peso: por exceso por defecto
- Faltan piezas dentales
- Precisa ayuda para comer
- Sonda nasogástrica

Tipo de dieta.....

- Deshidratado
- Alimentos no tolerados.....
- Prótesis dentales
- Nutrición enteral.....
- Nutrición parenteral.....

OBSERVACIONES.....

3. NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

- Sin alteración observada
- Incontinencia
- Retención
- Sonda vesical
- Urostomía ¿autocuidado? si no
- Diálisis
- Sin alteración observada
- Incontinencia
- Estreñimiento
- Diarrea
- Ostomía ¿autocuidado? si no
- Pañal
- Menstruación (fecha).....

OBSERVACIONES.....

4. NECESIDAD DE MOVILIZACION

- Sin alteración observada mano dominante.....
- Limitaciones (especificar).....
- Requiere ayuda (especificar) bastón/muleta andador silla de ruedas personas
- Postura habitual: cama sillón deambula
- INDICE DE BARTHEL.....
- POSTURA EN LA CUNA (niños).....

OBSERVACIONES.....

5. NECESIDAD DE REPOSO/SUEÑO

- Sin alteración observada
- Sueño discontinuo
- Insomnio pauta habitual.....
- Sueño reparador
- Requiere ayuda (especificar).....

OBSERVACIONES.....

6. NECESIDAD DE VESTIRSE/ DESVESTIRSE

- Autónomo
- Requiere ayuda (especificar).....

OBSERVACIONES.....

7. NECESIDAD DE TERMORREGULACION

- Sin alteración observada
- Hipotérmico
- Hipertérmico

OBSERVACIONES.....

8. NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

- Autónomo
- Higiene incorrecta (especificar).....
- Úlceras (localización).....
- Requiere ayuda (especificar).....

ESCALA BRADEN.....

- Sin alteración observada
- Heridas (localización).....
- Estadio I estadio II estadio III estadio IV

OBSERVACIONES.....

9. NECESIDAD DE SEGURIDAD

- Sin alteración observada

- Parestesias (especificar).....
- Ansiedad
- Temor
- Riesgo de infección
- Riesgo de aspiración
- Dolor (especificar).....
- EVA (escala visual analógica del dolor) 1-10.....
- Ceguera (prótesis/especificar).....
- Riesgo de caídas
- Riesgo de autolesión
- Hábitos nocivos.....
- OBSERVACIONES.....

10. NECESIDAD DE COMUNICACION

- Sin alteración observada
- Dificultad de comprensión (especificar).....
- Dificultad de expresión (especificar).....
- Laringecomizado
- Barrera idiomática
- Sordera (¿prótesis?/especificar).....
- Déficit sensoriales (especificar).....
- Estado de ánimo: tranquilo ansioso depresivo agresivo eufórico asustado
- OBSERVACIONES.....

11. CREENCIAS Y VALORES

- Solicita servicios religiosos (especificar).....

12. NECESIDAD DE REALIZACION PERSONAL

- Vive solo
- Requiere ayuda de servicios sociales
- OBSERVACIONES.....

13. NECESIDAD DE OCIO

- Solicita medios o actividades de realización o recreativas
- Mantiene limitaciones para su actividad recreativa
- ¿Cómo le gustaría pasar el tiempo libre en el hospital?
-

14. NECESIDAD DE APRENDIZAJE Y CONOCIMIENTO

- Conoce el motivo del ingreso
- Conoce su tratamiento
- Precisa más información (especificar).....
- La cuidadora precisa educación sanitaria o información (especificar).....
- ¿QUIERE USTED AÑADIR ALGO QUE NO SE LE HAYA PREGUNTADO?
-
-

INFORMACIÓN OBTENIDA:

.....


MEDICACION HABITUAL.....

OBSERVACIONES DURANTE LA ENTREVISTA.....

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS:

FECHA Y FIRMA DE ENFERMERA PRIMARIA:

Anexo II:

 HOSPITAL VIRGEN DE LAS NIEVES CONSEJERÍA DE SALUD		ETIQUETA																																																																																
CUIDADOS		ENF. REFERENTE: F. Ingreso:.....																																																																																
UNIDAD DE																																																																																		
DIAGNÓSTICO ENFERMERO (NANDA)	CRITERIOS DE RESULTADOS (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)																																																																																
<input type="checkbox"/> R/C: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> M/P: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fecha de inicio..... Fecha de resolución del problema.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Escala inicio: 1-2-3-4-5 <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td style="width: 25%;">DIA</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ESCALA</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> <input type="checkbox"/> Escala inicio: 1-2-3-4-5 <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td style="width: 25%;">DIA</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ESCALA</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> <input type="checkbox"/> Escala Likert: 1.- Gravemente comprometido 2.- Sustancialmente comprometido 3.- Moderadamente comprometido 4.- Levemente comprometido 5.- Nada comprometido.	DIA					ESCALA					DIA					ESCALA					<input type="checkbox"/> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td colspan="3" style="text-align: right;">Fecha de cese</td></tr> <tr><td style="width: 25%;">M</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>T</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>N</td><td></td><td></td></tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td style="width: 25%;">M</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>T</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>N</td><td></td><td></td></tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td style="width: 25%;">M</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>T</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>N</td><td></td><td></td></tr> </table> <input type="checkbox"/> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td colspan="3" style="text-align: right;">Fecha de cese</td></tr> <tr><td style="width: 25%;">M</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>T</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>N</td><td></td><td></td></tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td style="width: 25%;">M</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>T</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>N</td><td></td><td></td></tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td style="width: 25%;">M</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>T</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>N</td><td></td><td></td></tr> </table>	Fecha de cese			M			T			N			M			T			N			M			T			N			Fecha de cese			M			T			N			M			T			N			M			T			N		
DIA																																																																																		
ESCALA																																																																																		
DIA																																																																																		
ESCALA																																																																																		
Fecha de cese																																																																																		
M																																																																																		
T																																																																																		
N																																																																																		
M																																																																																		
T																																																																																		
N																																																																																		
M																																																																																		
T																																																																																		
N																																																																																		
Fecha de cese																																																																																		
M																																																																																		
T																																																																																		
N																																																																																		
M																																																																																		
T																																																																																		
N																																																																																		
M																																																																																		
T																																																																																		
N																																																																																		

Anexo III:

CUIDADOS DE ENFERMERÍA POR NECESIDADES EN EL NIÑO CON PROCESO ONCOLÓGICO

→ Necesidad de oxigenación:

La capacidad de respirar y mantener una correcta oxigenación puede verse afectada según el caso de diferentes situaciones como la afectación del SNC, complicaciones pulmonares, derivadas del tratamiento...

○ Cuidados de enfermería:

Monitorización, control y registro de los signos vitales, saturación de oxígeno junto con la valoración de posibles signos de dificultad respiratoria que demuestre una alteración de la función respiratoria.

En caso de inestabilidad hemodinámica se realizará balance hídrico y control de edemas, sudoración, coloración cutáneo-mucosa.

Se prestará especial atención a la posible aparición de signos o síntomas sugestivos de complicación como la tos, expectoración, dolor torácico y alteración de la conciencia.

Favorecer el trabajo respiratorio mediante medidas posturales, garantizando la permeabilidad de las vías respiratorias, terapia inhalatoria, fisioterapia respiratoria y oxigenoterapia si precisase.

→ Necesidad de alimentación/hidratación:

Esta necesidad se ve frecuentemente afectada por la toxicidad gastrointestinal derivada del tratamiento quimioterápico así como por la propia enfermedad.

Las principales manifestaciones son la anorexia, náuseas, vómitos y mucositis. La importancia de estos signos viene dada por las complicaciones que conlleva como la pérdida de peso, deshidratación, infecciones...

○ Cuidados de enfermería:

Valoración del estado nutricional y grado de hidratación con control de peso diario, talla e inspección de la cavidad oral en busca de posibles lesiones.

Dieta hiperprotéica e hipercalórica pudiéndose utilizar complementos nutritivos.

Favorecer la ingesta participando el niño en la elección del menú con una dieta personalizada.

Control y registro de la ingesta de alimentos y líquidos.

En caso de Mucositis se aplicarán los enjuagues prescritos (micostatin, mepivacaina y manzanilla). La frecuencia de administración coincidirá con las comidas principales.

→ Necesidad de eliminación:

Durante los periodos de hiperhidratación y debido a la vulnerabilidad de estos pacientes es imprescindible el control estricto de balance hídrico lo que nos permitirá prevenir o detectar precozmente posibles alteraciones como la ascitis, el edema, la disminución del volumen de orina indicativas de afectación renal.

Por otro lado es común la aparición de diarrea como consecuencia de la gastro-toxicidad de ciertos fármacos anti-neoplásicos o de estreñimiento agravado por la inmovilidad relativa, la disminución del ejercicio y la utilización en ocasiones de derivados mórficos.

○ Cuidados de enfermería:

Control y registro de la diuresis, tiras reactivas en orina prestando especial atención al PH, la aparición de proteinuria y hematuria.

Balance hídrico diario

Control de signos de sobrecarga de líquidos

Control de deposiciones

En caso de diarrea modificar la dieta y administrar electrolitos

Para prevenir el estreñimiento es conveniente aumentar la ingesta de líquidos, si no hay contraindicación y favorecer la ingesta de fibra alimentaria. En caso de precisarse se puede utilizar un ablandador de heces o estimulantes por vía oral y bajo prescripción médica.

→ Necesidad de Movilización:

El niño con proceso oncológico verá limitada su capacidad de movilidad por diferentes motivos, astenia, fatiga, dolor...dificultando cualquier esfuerzo.

○ Cuidados de enfermería:

Estimular la realización de ejercicios activos y pasivos.

Ayudar en los cambios posturales.

Promover la actividad cuando sea posible.

→ Necesidad de Dormir y descansar:

En estos pacientes es habitual la dificultad para descansar, el agotamiento y en ocasiones la presencia de insomnio muchas veces promovido por las pautas de medicación, la toma de constantes...

○ Cuidados de enfermería:

Planificar los cuidados respetando el descanso nocturno.

Promover actividades sosegadas en las horas previas.

Limitar los periodos de sueño durante el día.

Permitir la presencia de un muñeco u objeto que le de seguridad, si así lo desea.

→ Necesidad de termorregulación:

La fiebre suele ser el único signo de alerta de infección en el paciente considerándose una situación de urgencia que requiere de una actuación específica y protocolarizada.

○ Cuidados de enfermería:

Control y registro de la temperatura axilar.

Notificación de la existencia de fiebre para tomar las medidas necesarias.

Iniciar medidas de aislamiento si se encuentra en situación de neutropenia.

Aplicación de medios físicos.

→ Necesidad de higiene e integridad de la piel y mucosas:

Esta necesidad puede verse afectada fundamentalmente por la evolución de la enfermedad, por la inmovilidad y como consecuencia del tratamiento. Es habitual observar cambios en la coloración de la piel, rash cutáneo, prurito o dermatitis exfoliativa. Por otro lado, debido a la situación de inmunodeficiencia de estos pacientes, es imprescindible extremar las medidas higiénicas y de control de la piel y mucosas como principales barreras fisiológicas del organismo contra la infección.

○ Cuidados de enfermería:

Valoración diaria de la piel y mucosas sin olvidar la cavidad bucal.

Extremar la higiene de la boca con la realización de enjuagues antes y después de las comidas y antes de dormir. Mantener la hidratación labial.

→ Necesidad de seguridad y evitar peligros:

Es evidente la susceptibilidad del paciente para mantener su integridad física y psicológica. A nivel físico deberemos prestar especial atención al dolor y al riesgo de infección, mientras que a nivel psicológico deberemos cuidar los aspectos relacionados con la autoimagen y la autoestima, el estrés y la ansiedad...

○ Cuidados de enfermería:

DOLOR:

Identificación y registro del dolor mediante observación de la alteración de los signos vitales, y la utilización de escalas de valoración del dolor en función de la edad del paciente.

Aplicar las técnicas no farmacológicas para reducir el dolor (relajación, masajes...).

Administrar los analgésicos pautados según prescripción farmacológica.

Utilizar pomadas anestésicas tópicas previas a la realización de técnicas de punción.

Realizar manipulación física suave, evitando la presión sobre posibles zonas dolorosas o prominencias óseas.

Procurar en todo momento que esté confortable

INFECCIÓN:

Lavado de manos antes y después del contacto con el niño

Uso de mascarilla, guantes, bata durante los periodos de neutropenia.

Revisión, control y cuidados de los puntos de inserción, luces y conexiones de catéteres según protocolo del centro.

Valorar y registrar cualquier signo o síntoma precoz de infección local o sistémica.

Uso de colutorios antisépticos para prevenir la mucositis.

AUTOIMAGEN Y AUTOESTIMA:

Sugerir un corte de pelo antes de que se produzca la caída del cabello.

Recomendar la utilización de pañuelos y gorros para disminuir el impacto visual.

Insistir en que la pérdida de cabello es transitoria.

Mantener una actitud de naturalidad evitando expresiones de de compasión.

TEMOR Y ANSIEDAD:

Acoger a la familia y paciente promoviendo un entorno de seguridad.

Utilizar pautas de analgesia, anestésica tópica adaptadas al niño.

Favorecer la presencia y colaboración de los padres en aquellos procedimientos que sea posible.

Utilizar refuerzos verbales positivos al finalizar los procedimientos.

Animar a la verbalización de sentimientos.

→ Necesidad de Comunicación:

Como he citado en varias ocasiones la comunicación es crucial en la atención de los niños con proceso oncológico y su familia, y deberá promoverse desde el momento del diagnóstico con el objetivo de favorecer una buena relación de confianza con el equipo sanitario permitiendo la adaptación a la situación.

○ Cuidados de enfermería:

Para ello será esencial mostrarnos disponibles y receptivos a las demandas de los niños y familiares.

También tendremos que aprovechar los momentos en que se realicen cuidados al niño en ausencia de la familia para fomentar la expresión libre de sus posibles temores.

→ Necesidad de Religión y creencias:

Debemos respetar las creencias socio-culturales y religiosas de las familias, ofreciendo apoyo moral.

→ Necesidad de recrearse:

La estancia en el hospital se puede hacer más agradable si intentamos favorecer un entorno con una decoración adaptada, permitiendo la entrada de juegos, muñecos...

Será conveniente el soporte de ADANO, de voluntarios, de las maestras...que faciliten actividades de recreación y distracción

→ Necesidad de adquirir conocimientos:

Para favorecer la adaptación a nuevas situaciones es imprescindible conocer a que nos enfrentamos, que cabe esperar y que podemos hacer para afrontar la experiencia positivamente.

○ Cuidados de enfermería:

La información que se da deberá de ser clara, honesta, concisa, comprensible, pertinente y adaptada tanto al niño como a la familia.

Esta información deberá de darse de forma gradual asegurándonos la asimilación correcta de la misma.

Anexo IV:

INFORME DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERIA AL ALTA

El niño/a.....de....., meses /años de edad, con fecha de nacimiento el..... dede 20....., ingresa en la Unidad de Hospitalización 4ª planta Infantil acompañado de....., con los siguientes signos y síntomas:

.....
Calendario vacunal:

.....
Antecedentes personales / familiares y/o problemas de salud:

.....
Hábitos tóxicos del entorno del paciente:

.....
Alergias:.....

.....
Porta informe al ingreso: Si No

No se dispone de información actualizada

Pertenece al programa de Atención Domiciliaria: No Si Tiene Cuidador: No Si

Al ingreso, presenta los siguientes Diagnósticos de Enfermería:

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....

Durante su estancia,.....

.....
Al alta, presenta los siguientes Diagnósticos de Enfermería:

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....

Cuidados actuales (NIC) / Recomendaciones para el alta / Otra información de interés:

.....
Se le ha entregado por escrito la siguiente información a D/Dña.....

.....(parentesco:), con teléfono de contacto:

Y dirección.....

Nombre y apellidos de la/el Enfermera/o primaria:

.....
Tfno. Enfermera/o:

.....
Unidad / Especialidad: 4ª planta Infantil, pediatría

Fecha del informe:

Fdo. Enfermera/o:

Anexo V:

CRONOGRAMA IMPLANTACIÓN DE LA ENFERMERA PRIMARIA:

	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre
Presentación y aprobación del proyecto a la Dirección													
Creación grupo puesta en marcha													
Fase de diseño													
Definición de recursos necesarios													
Difusión del proyecto													
Actividades de Formación													
Fase de pilotaje													
Resolución de dudas y problemas													
Fase de evaluación													

Anexo VI:

ENCUESTA AL NIÑO Y FAMILIA:

Edad:	Sexo:	
Diagnosticado en:		
Marque con una X la opción que mejor refleje su opción:		
¿Tiene usted enfermera primaria asignada?		
¿Conoce el nombre de su enfermera?		
¿Cada cuanto tiempo habla con su enfermera?		
¿Encuentra a la enfermera primaria una figura útil?		
Indique nivel de satisfacción global con la enfermera primaria		
Marque con una X su opinión acerca de la enfermera primaria:		
Tiene formación adecuada para realizar su trabajo		
Me dedica el tiempo necesario		
Muestra interés en mis problemas		
Comprende mis necesidades		
Es buena comunicadora		
Me da seguridad		
Me informa adecuadamente		
Me trata con amabilidad		
Resuelve mis dudas		

Anexo VII:

CRONOGRAMA DE ELABORACIÓN DEL PROYECTO:

	Abril 2011	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero 2012	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	
Búsqueda de Idea																
Revisión bibliográfica																
Lectura crítica																
Análisis de la situación																
Objetivos																
Diseño de Proyecto																
Desarrollo de Proyecto																
Entrega Diseño de Proyecto																
Revisión de Proyecto																
Entrega de Proyecto																
Defensa de Proyecto																

Anexo VIII:

MODELO DE ARTÍCULO DE LA REVISTA PULSO: TRABAJOS CONCEPTUALES

LA ENFERMERA PRIMARIA EN LA ATENCIÓN DEL NIÑO CON PROCESO ONCOLÓGICO EN LA UNIDAD 4ª PLANTA INFANTIL DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA - B

Leyre Ibero Pemán, alumna del Máster Universitario en Gestión de cuidados de enfermería

RESUMEN

La organización de los servicios de enfermería en la práctica, en la Unidad 4ª planta infantil del Complejo Hospitalario de Navarra-B (CHN-B) difiere mucho de responder a un modelo centrado en el paciente y su necesidad de cuidados.

Mi propuesta es exponer una nueva organización de cuidados a través del modelo de enfermera primaria que colabore a mejorar los cuidados de los niños que sufren un proceso oncológico en la Unidad de hospitalización 4ª planta infantil.

La enfermera primaria refleja una forma de organización del cuidado enfermero, centrando la práctica enfermera en el paciente.

Es un sistema de organización caracterizado por la atribución a una enfermera de la responsabilidad, planificación y seguimiento del cuidado sobre un grupo reducido de pacientes durante la estancia hospitalaria.

A través de este artículo se muestra los beneficios de este modelo de organización así como la implementación del mismo, adaptándolos a la Unidad 4ª planta infantil

de pediatría y como destinatarios los niños que sufren un proceso oncológico.

PALABRAS CLAVE

- ❖ Cuidados integrales
- ❖ Enfermera primaria
- ❖ Niño con proceso oncológico

INTRODUCCIÓN

Los profesionales sanitarios hoy en día siguen desempeñando "su trabajo" dentro de un modelo biomédico, donde dejan de lado su verdadero cometido dentro de la organización: el cuidado integral del paciente.

La población pediátrica oncológica, al igual que sus familias se encuentran en una situación muy dura, pasando largas temporadas hospitalizados y bajo el diagnóstico de una enfermedad que crea mucha incertidumbre. Ellos necesitan a los profesionales de enfermería para poder afrontar esta nueva situación, para adaptarse a su nuevo estado de salud, por eso, hay que estar ahí, a su lado, haciendo las cosas más llevaderas e intentando que vivan la enfermedad de la mejor forma posible, personalizando los cuidados y

estableciendo una relación terapéutica que nos permita conocer la repercusión que tiene la enfermedad en sus vidas y en la de sus familias.

Para que esto ocurra es necesario realizar un cambio en la organización colaborando así a la mejora en los cuidados de los niños que sufren un proceso oncológico.

Hay que conseguir que el sistema de trabajo actual sea sustituido por otro centrado en la personalización y en la continuidad de los cuidados, centrando la actividad enfermera en la persona-paciente y no solamente en la enfermedad-enfermo.

DESARROLLO DEL TEMA

El cáncer es una de las enfermedades más temidas en la actualidad que ha ido adquiriendo a lo largo de los años mayor importancia debido a que en las últimas décadas se han producido importantes avances.

Es indudable que el diagnóstico del cáncer y su posterior tratamiento generan gran temor y ansiedad tanto en el niño que lo padece como en sus familiares.

La enfermera juega un papel esencial en la atención de estos pacientes, siendo un pilar esencial. Estas profesionales tienen que garantizar un cuidado de calidad, personalizado y adaptado a las necesidades del niño y familia.

Por ello mi propuesta consiste en implementar el modelo de enfermera primaria en la unidad 4ª planta infantil para garantizar una atención integral y continuada, orientada al niño que sufre un proceso oncológico.

El modelo de enfermería primaria cuya precursora fue Marie Manthey, tiene como objetivo personalizar la atención de los cuidados de enfermería proporcionando cuidados individualizados, integrales y de calidad facilitando a su vez la continuidad asistencial.

Su función es pues tutelar y gestionar al paciente, orientándole y formándole en todo lo relativo al tratamiento.

La enfermera primaria se va a encargar de

- ❖ Realizar el ingreso y acogida al paciente y familia
- ❖ Realizar la entrevista inicial y valoración de necesidades
- ❖ Identificar los diagnósticos
- ❖ Diseñar el plan de cuidados
- ❖ Realizar educación para la salud
- ❖ Elaborar el informe de continuidad de cuidados al alta

Tendrá autonomía y autoridad para dirigir el cuidado de sus pacientes y para realizar la planificación, ejecución y evaluación del mismo.

Para implementar el modelo de la enfermera primaria en la Unidad 4ª planta infantil se analizará la organización en la que se enmarca, el CHN.

Sera fundamental también analizar la unidad valorando diferentes cuestiones: distribución física de la unidad, modelo organizativo, recursos humanos...

Proponer un cambio organizativo sustancial para la atención de niños con procesos oncológicos, adaptando a la unidad 4ª planta del CHN-B el modelo de enfermera primaria, supone llevar a cabo un importante número de acciones encaminadas a conseguir el éxito en su implantación y a minimizar los efectos

adversos que un proyecto de estas características puede conllevar.

Por ello conviene hacer hincapié en lo que se ha identificado y a continuación se recoge como “aspectos estratégicos” del proyecto que son los siguientes:

- Análisis Dafo

Para implementar un proyecto va ser esencial valorar la situación real del entorno de la organización, con el fin de planear la estrategia de futuro.

- Perfil de la enfermera primaria

En este apartado se definirán los objetivos y funciones de enfermera primaria. Se determinará el paciente tipo, así como los profesionales que intervienen y los requisitos que se deben de cumplir para ser una enfermera primaria.

- Estrategia de implementación

Para implantar el modelo de la enfermera primaria en primer lugar habrá que presentar el proyecto a la dirección para que den su aprobación.

En segundo lugar se creará el grupo de puesta en marcha y seguimiento donde cada profesional tendrá sus propias funciones.

Tendremos que tener en cuenta diferentes consideraciones:

- Formación del personal
- Incorporación cambios en el programa Irati
- Creación tríptico informativo
- Implementación del plan

- Evaluación de la implementación

La evaluación se realizará a través de indicadores de calidad (estructura,

proceso y resultado) y a través de encuestas que se realizarán tanto al personal de la unidad como a los pacientes y familiares.

- Presupuesto

Se estimará el presupuesto que en principio nos va a suponer la implantación del modelo de la enfermera primaria.

CONCLUSIONES

La prestación de unos cuidados integrales e individualizados centrados en el paciente hace que la calidad de estos se incrementen notablemente.

Con este modelo de atención garantizamos una mejora en la continuidad de cuidados aumentando la satisfacción tanto del personal como del paciente y familia.

Los pacientes sufren menos complicaciones y su estancia hospitalaria es más breve cuando reciben los cuidados enfermeros a partir de una enfermera primaria. Por tanto, hay una tendencia a una mejora en la continuidad y coordinación de la asistencia y una mayor satisfacción del paciente, de la enfermera y de los profesionales de salud.

Por otro lado con el modelo de enfermera primaria se garantiza una mejor identificación de la responsabilidad enfermera en su área de competencia que son los cuidados alcanzando los profesionales de enfermería mayor nivel de autonomía.

Creo que tenemos que aprovechar esta situación de cambio en la que vivimos actualmente para reorganizar los cuidados prestados a los pacientes y dejar a tras el modelo biomédico que tanto tiempo lleva

implantado en nuestras organizaciones sanitarias.

BIBLIOGRAFÍA

- García Juárez R, et al. La asignación de Enfermería Primaria; una forma de gestionar los cuidados en Atención Especializada. Revista Administración Sanitaria, 2004; 2:751-62. –vol.2 núm.
- García Juárez R, et al. Personalización enfermera y calidad percibida del cuidado en el ámbito hospitalario. Revista gaceta sanitaria, 2011;25(6):474–482
- Huber D. Liderazgo y administración de enfermería. Editorial McGraw-Hill Interamericana; 1999
- Marriner Tomey A. Guía de gestión y dirección de enfermería. 8ª edición. Editorial Elsevier Mosby; 2010
- Sáez Rodríguez L, et al. Análisis y evaluación de la enfermera referente del paciente en hemodiálisis. Rev Soc Esp Nefrol. 2009 (consulta el 20 de abril de 2012); 12(2): 92/96
- Sánchez García, MR. Proyecto de gestión de cuidados en una unidad de oncología infantil. Biblioteca Lascasas, 2007; 3 (2).