

METODOLOGÍA DE PROCESO ENFERMERO CON MODELO CONCEPTUAL DE VIRGINIA HENDERSON EN ASISTENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS EN LA PROVINCIA DE CÁDIZ

Juan Antonio Péculo Carrasco, Mónica Rodríguez Bouza, J. Pedro Jiménez Cordero
Servicio Provincial 061 de Cádiz. Empresa Pública de Emergencias Sanitarias

INTRODUCCIÓN

En el año 1999 un grupo enfermero de la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias (EPES) diseñó el proyecto de investigación "Implantación y validación de diagnósticos de enfermería en la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias", que fue aprobado y subvencionado por el Plan Andaluz de Investigación (Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, exp. 75/99).

En primer lugar se determinó el grado de conocimiento y percepción que las enfermeras tenían del proceso enfermero (PE), para poder orientar la acción formativa posterior. Además se diseñó un registro propio, que contemplaba las fases del proceso adoptando el modelo de Virginia Henderson. Desde julio de 2001 se comenzó a trabajar con el nuevo registro, y paulatinamente se fueron ofreciendo las acciones formativas oportunas (cursos, seminarios, sesiones...).

En esas fechas, el Centro de Acreditación y Calidad de la empresa, que diseñaba un plan de evaluación para cada categoría profesional, consideró el registro enfermero la herramienta idónea para evaluar la actividad asistencial de las enfermeras. Se estableció como objetivo que se cumplimentara el registro en aquellos pacientes asistidos y trasladados a hospital por el equipo de emergencias.

A pesar del interés de la empresa y del equipo investigador, diversas situaciones impidieron que esta primera estrategia de implantación se llevara a cabo con éxito. Si bien la experiencia tuvo momentos exitosos, hubo también situaciones de rechazo por parte de algunos compañeros [1].

Por una parte, los profesionales enfermeros veían con recelo el cambio de rol de su trabajo, centrado la mayoría de las veces en un manejo experto de situaciones fisiopatológicas y el aparataje electromédico relacionado, y en el que no había que registrar nada en absoluto. Por otra parte, la mayoría de los directivos no entendían realmente qué era y qué suponía trabajar con la metodología de PE. En muchos casos lo reducían a la cumplimentación del registro. Esta situación no tardó en frustrar las aspiraciones de muchos enfermeros que, con escasa formación y nulo seguimiento/asesoramiento, se enfrentaban a un registro que no entendían y que acababa "en la papelera del servicio de urgencias" en demasiadas ocasiones. Además, la obligatoriedad de cumplir los objetivos pactados llevó en muchas ocasiones a degradar la implantación del PE a una simple colocación de cruces en las casillas correspondientes, generando rebeldía y rechazo hacia todo lo que incluyese las palabras "Proceso Enfermero". La implantación de la nueva metodología se había transformado, para la mayoría de profesionales, en una imposición de la empresa.

Como consecuencia de todo esto, el nivel de cumplimentación del registro de los primeros meses se redujo drásticamente en la mayoría de los servicios provinciales. A lo largo del año 2003, en servicios provinciales como Cádiz, llegaron incluso a desaparecer de las bases de los equipos de emergencias los formatos del Registro.

No obstante, la semilla había sido plantada: era cuestión de que las condiciones ambientales mejorasen para que el árbol comenzara a crecer. A finales del año 2003 un grupo de enfermeros de las ocho provincias andaluzas fueron convocados por la empresa para, en principio, modificar el registro existente. En este grupo había personas que trabajaron en el primer intento de implantación del proceso, pero también otros a los que le había calado la idea de esta metodología, y entendían que ese era el camino por el que había que ir.

En Enero de 2004, estos profesionales presentaron un esbozo de lo que posteriormente iba a suponer el II Plan Estratégico para la implantación del Proceso Enfermero en la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias. Consideraban que implantar esta metodología no era sólo diseñar un nuevo registro. Precisamente este diseño debía ser una de las últimas etapas del plan.

Como prólogo inexcusable a todo el plan se redactó de forma consensuada el documento que tenía que servir de referencia en cada paso, nuestro Marco Conceptual [2]. Serviría no sólo a los profesionales enfermeros, sino también al resto de la empresa, que con distintas categorías profesionales y puestos de responsabilidad podrían tener la oportunidad de conocer de primera mano qué era eso de "Proceso Enfermero".

EL PLAN ESTRATÉGICO

Este Plan Estratégico tiene por objetivo general garantizar en EPES la atención enfermera en base a un modelo conceptual y un método científico para prestar los cuidados de forma integral al paciente y su familia en el contexto de la atención extrahospitalaria, haciendo asimismo realidad la continuidad de cuidados interniveles.

La metodología utilizada para conseguir los objetivos se sustenta en líneas estratégicas de trabajo interrelacionadas que se van desarrollando a lo largo de dos fases delimitadas, en cuanto a las acciones a llevar a cabo y los plazos de ejecución de las mismas. Las líneas estratégicas de trabajo son:

1. Apoyo Institucional, que se orienta a aportar los recursos necesarios al grupo regional de Proceso Enfermero, así como fomentar el conocimiento y apoyo a PE en la dirección de la empresa.
2. Formación, que tiene como objetivo dotar a los profesionales enfermeros de conocimientos necesarios para trabajar con la metodología de PE según el modelo adoptado de Virginia Henderson.
3. Registro, que pretende crear un documento que permita registrar las fases del PE en asistencias reales, adecuándolo a las características propias de la emergencia prehospitalaria.
4. Mejora continua, que tiene como objetivo evaluar la calidad individual del cuidado enfermero, en relación a los resultados esperados en nuestro medio.
5. Continuidad de cuidados, que tiene como objetivo establecer líneas de continuidad de cuidados con Atención Primaria y Especializada, incluyendo a las Enfermeras Comunitarias de Enlace y las Enfermeras Hospitalarias de Enlace.
6. Comunicación y difusión, que tiene como objetivo la divulgación institucional de Proceso Enfermero en EPES y en el Sistema Sanitario Público de Andalucía.
7. Investigación, que pretende alentar e impulsar la producción científica relacionada con PE en atención extrahospitalaria, así como elaborar Guías de Práctica Enfermera para la atención de pacientes dependientes.

8. Desarrollo tecnológico, que tiene como objetivos adecuar el sistema de información de la empresa a la evolución del PE, y diseñar una base de datos para seguimiento de pacientes derivados, en entorno web compatible con el resto del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Las fases planificadas, en las que se están trabajando las distintas líneas estratégicas son:

1. Fase de Diseño e Inicio del proyecto, desde junio de 2004 hasta diciembre de 2005.
2. Fase de Consolidación del Proceso Enfermero, desde diciembre de 2005 hasta diciembre de 2006.

La formación en metodología de PE fue diseñada en función de sus cinco fases. La metodología de estas sesiones no se orientó exclusivamente a la formación, sino también a la motivación y participación en el proyecto. No pretendía ser una transmisión de conocimientos. La asimilación de los contenidos y de la nueva metodología era factor clave. Así, cada uno de los tres módulos diseñados contaba con dos sesiones de 8 horas, separadas en el tiempo entre 15 y 20 días. En la primera sesión se exponía la parte más teórica, siempre orientada a las urgencias y emergencias, mientras que la segunda sesión tenía un carácter más práctico. Además, el aprendizaje progresivo de las fases del proceso contribuyó a una mayor aceptación por parte de los compañeros.

El primer módulo se dedicó a tener una visión global del proceso, profundizando en la etapa de valoración e introduciendo la de diagnóstico. El segundo módulo se dedicó a repasar la valoración, profundizar en el diagnóstico e introducir la etapa de planificación. El tercer y último módulo está dedicado a repasar la valoración y diagnóstico, profundizar en la planificación, ejecución y evaluación, e introducir conceptos de Enfermería Basada en la Evidencia.

La creación del Registro seguiría la misma intención. Al finalizar el primer módulo se presentó la primera parte del registro, la Hoja de Valoración Enfermera (HVE). Al finalizar el tercer módulo se presentará el registro completo, contemplando las cinco fases del proceso.

RESULTADOS PRELIMINARES DEL PLAN

Desde el principio se veía necesaria la opinión de los compañeros de toda la empresa. Para ello se desarrolló un cuestionario que medía el conocimiento de los profesionales en aspectos básicos y avanzados del PE. Los resultados, en general, no fueron muy alentadores. En el servicio provincial de Cádiz, casi todos los enfermeros habían recibido formación específica en PE (88,3%). A pesar de esto, sólo el 33,4% supo enunciar las cinco fases del PE, el 24% supo relacionar el modelo Virginia Henderson con las 14 necesidades básicas, y un 32,4% distinguía un problema de colaboración de un diagnóstico enfermero.

Además, con técnicas cualitativas, se valoró las actitudes y opiniones en referencia a PE. En Cádiz, se valoró de forma positiva la adopción de la metodología de PE por diversos motivos: "deja reflejado qué hacemos los enfermeros", "debería mejorar la calidad de los cuidados", "disminuirá la variabilidad de nuestra práctica", etc... Aunque también hubo voces discordantes: "sólo sirve para fiscalizar nuestro trabajo", "no va a ser mejor enfermero el que rellene más papeles", "en nuestro trabajo es imposible realizar todo el proceso", etc... Además de esto destacaron dos cuestiones ineludibles: proceso enfermero no se entendía sin un registro adecuado ni sin continuidad de cuidados.

Dos meses después de comenzar a utilizar la HVE, con el primer módulo formativo realizado, se inició un estudio descriptivo de tipo transversal que tenía como objetivo conocer cuál era el nivel de consenso de los profesionales con el nuevo registro, así como cuantificar los conocimientos que tenían de esta herramienta. Fueron sujetos de estudio los enfermeros del Servicio Provincial 061 de Cádiz. Se utilizó un cuestionario autoadministrado, previamente pilotado, que medía el acuerdo existente acerca de cada uno de los ítems que componen la HVE, en referencia a dos afirmaciones: "Este ítem debe estar presente en la HVE de EPES" y "Sé valorar este ítem de la HVE de EPES". Las puntuaciones oscilaban desde 0 (totalmente en desacuerdo) hasta 10 (totalmente de acuerdo). Se recogieron 27 cuestionarios (90,3% de enfermeros). Las necesidades que obtuvieron mayor consenso, acerca de la pertinencia de estar en la HVE, fueron, en valores medios, Movilidad (9,07), Aprender (8,98), Seguridad (8,68) y Comunicación (8,68). En contra, las que suscitaron menor consenso fueron Vestirse (6,23), Valores/Creencias (6,74) y Autorrealización/Ocio (6,85). Las valoraciones en las que existió menor proporción de acuerdo fueron: Estreñimiento (36,4%), Ropa adecuada (36,3%), Satisfacción con estado de salud (54,4%) y Declaración de voluntades anticipadas (36,3%). En cuanto al conocimiento, las necesidades que resultaban más difíciles de valorar eran, en puntuación media, Seguridad (7,76) y Valores/Creencias (7,10). El 63,7% no estaba de acuerdo con que supiera valorar "Respuestas de afrontamiento". Igual ocurrió con "Origen de inquietud" (45,5%) y "Satisfacción con estado de salud" (49,9%).

Para conocer cómo se estaba cumplimentando el nuevo registro se estudiaron todas las HVE de los enfermeros del Servicio Provincial 061 de Cádiz, desde el 20 de febrero al 31 de mayo de 2005. Se valoró la cumplimentación de cada uno de los ítems que se agrupaban en 14 necesidades básicas (modelo Virginia Henderson), así como la presencia de problemas de colaboración, problemas de autonomía y/o diagnósticos enfermeros. Se recogieron datos de 657 HVE (28,85% de los pacientes asistidos). Las necesidades que en más ocasiones habían sido valoradas eran: Respirar (94,4%), Movilidad (89,0%) y Comunicación (87,8%). Por el contrario, las que menos habían sido valoradas eran: Autorrealización/Ocio (26,8%), Dormir/Descansar (33,1%) y Eliminación (46,2%). Los ítems con menor proporción de valoraciones fueron: Hora última ingesta (10,8%), Declaración Voluntades Anticipadas (13,1%), Peso (24,0%), Realiza actividades de ocio (25,3%), Alteración calidad del descanso (29,5%) y Sentirse útil (29,6%). En el 62,1% de las HVE se cumplimentó el cuadro resumen de todas y cada una de las 14 necesidades básicas. Se concluyó con, al menos, un problema de colaboración, un problema de autonomía o un diagnóstico enfermero, bien formulados, en el 49,7%, 8,5% y 47,7% respectivamente. En el 32,9% de las HVE no se formuló ningún problema detectado.

Con la incorporación del nuevo registro como objetivo de la empresa y la nueva versión de la HVE, que fue llevada a imprenta, con distintivos corporativos, hoja autocopiativa, etc... se compararon los datos de los primeros meses, evidenciándose un notable aumento en la cumplimentación de la nueva HVE. En el mes de julio se cumplimentaron 409 registros (86,1%) y en agosto 506 (85,9%), llegándose en septiembre al 94,7%.

Por otra parte, a tenor de los resultados del análisis cualitativo, se comenzó a trabajar desde distintas ópticas la continuidad de cuidados con otros niveles asistenciales. La incorporación a las subcomisiones de Cuidados Críticos, dependientes de las Comisiones de Cuidados de Área, y la cercana relación con las Enfermeras Comunitarias de Enlace centraron nuestros esfuerzos. En referencia a estas últimas existe una colaboración importante en un proyecto de investigación aprobado por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía y el Fondo de Investigación Sanitaria del Instituto de Salud Carlos III, que tiene como objetivos principales conocer el perfil del cuidador principal en las demandas asistenciales urgentes de pacientes dependiente, así como las características que definen al cuidador principal con diagnóstico de "Cansancio en el rol de cuidador".

CONCLUSIONES

La creación del Grupo Regional de Proceso Enfermero ha sido el motor de todo este desarrollo. Se trata de un grupo de enfermeros que tiene experiencia del primer intento de implantación del PE, con mucha experiencia en el ámbito de las emergencias extrahospitalarias, y lo suficientemente heterogéneo para conseguir diferentes visiones sobre las estrategias a seguir. Representan a los ocho servicios provinciales, y sirven de nexo de unión con los demás compañeros. Las estrategias se discuten desde diferentes visiones y son operativizadas con el mayor consenso posible por el resto del grupo.

Además de conocimientos teóricos sobre el PE, el grupo aporta sobre todo una visión práctica de la metodología, asumiendo que el ámbito de trabajo en el que nos movemos es muy diferente al propuesto en la literatura enfermera.

Este grupo no se hubiera creado de forma espontánea sin un apoyo e interés institucional. La existencia de una enfermera en un puesto directivo, que presenta, forma, informa y defiende el PE ante el resto de directivos está suponiendo un continuo respaldo. Los profesionales enfermeros convencidos de la idoneidad de la metodología de PE tienen un referente enfermero que se encarga de coordinar el grupo regional y que entiende a la perfección las necesidades, dificultades, características propias, etc....

Por otra parte, surgió la necesidad de contar con un grupo asesor externo que facilitara la toma de decisiones y orientara los pasos a seguir a lo largo del plan. En nuestro caso se trata de la Sociedad Andaluza de Enfermería en Cuidados Críticos (SAECC), referentes en Andalucía de la metodología de proceso enfermero en pacientes críticos y que han supuesto un verdadero estímulo para el grupo.

Otra pieza clave del plan está siendo la formación continuada de los profesionales, y no la mera transmisión de contenido en unas cuantas horas, como ya ocurría anteriormente. Una formación basada en la práctica y una práctica basada en la formación. No tener experiencia en la práctica de esta metodología empobrece la formación, porque los profesionales no pueden participar de forma activa en ella. Pero, cuando el profesional ha estado practicando lo aprendido, y llega al siguiente módulo, las dudas y experiencias planteadas en este periodo enriquecen sobremanera el hecho formativo de todos.

Por último, el registro es la herramienta visible de todo el proceso, tanto para los enfermeros de las emergencias extrahospitalarias como para los demás niveles asistenciales. El diseño de un registro tan simple como completo, tan fácil de cumplimentar como riguroso en los datos que contiene, ha sido una tarea ardua, que aún se está realizando, y en el que están implicados todos los profesionales de la empresa. A través del grupo regional se vehiculizan todas las opiniones, aportaciones, críticas, ... que suscita el registro.

El trabajo no está terminado, las estrategias han impulsado el proceso, pero aún hay líneas que están por desarrollar. Destacaremos la Línea de Investigación, sustentada ahora con la práctica de los profesionales, con el interés suscitado por aprender y avanzar, con el aumento de literatura enfermera y de nuestros conocimientos en Enfermería Basada en la Evidencia. El uso de Guías de prácticas y revisiones sistemáticas y bibliográficas pretende servir de plataforma para la creación o adopción de unos cuidados estandarizados de máxima calidad, basados en la evidencia disponible, que reduzcan la variabilidad en la práctica. El camino sólo ha hecho comenzar...

BIBLIOGRAFÍA

[1] Rodríguez Salvador MM, Torres López A, Azañón Hernández R, Rodríguez Camero M, Palma García J. Experiencia en la implantación del proceso enfermero en emergencias. *Tempos Vitales*, 2003; 1: 4-10.

[2] Rodríguez Rodríguez JB, Carrión Camacho MR, Espina Boixo MA, Jiménez Cordero JP, Oliver Mogaburo MC, Péculo Carrasco JA, Rodríguez Bouza M, Maiz Gabino MV. Marco conceptual Proceso Enfermero en EPES. Hacia la excelencia en el cuidado extrahospitalario. Empresa Pública de Emergencias Sanitarias. Málaga, 2005.

El Grupo Regional de Proceso Enfermero de la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias está compuesto además por: Juan Bautista Rodríguez Rodríguez, Miguel Ángel Espina Boixo, M^a Reyes Carrión Camacho, M^a Carmen Oliver Mogaburo, José Antonio Gómez Cano, Manuel Moyano Jiménez, Enrique Coca Boronat, Javier Palma García, Antonio Montero García, Juan Alfonso Trujillo Illescas, Rafael Muñoz Arcos, M^a Victoria Maiz Gabino, Rodrigo Azañón Hernández, María Luisa Rodríguez Camero, Ana Torres López, Sixto Cámara Anguita, José Saenz Gómez, Ángeles Rios Ángeles, José Antonio Morales García y Susana de Castro García.