

APLICACIÓN INFORMÁTICA PARA LA PRÁCTICA ASISTENCIAL DE ENFERMERÍA HOSPITALARIA DE OSAKIDETZA/SERVICIO VASCO DE SALUD.

M^a JESÚS RUIZ DE OCENDA GARCÍA

ASESORA DE ENFERMERÍA DE OSAKIDETZA/SVS.

INTRODUCCIÓN

El Plan Estratégico de Osakidetza/Servicio vasco de salud en su Objetivo nº4 Desarrollo Empresarial propone “ *Integrar la información clínica y de gestión en todos los ámbitos de la organización, orientándola hacia la mejora de la atención y servicio al cliente*” del que se derivan planes concretos, expresando, como plan de actuación; “ *el impulso del desarrollo de nuevas aplicaciones informáticas, en el que participen grupos de profesionales multidisciplinares y multinivel que tengan por objeto facilitar la gestión de los procesos asistenciales centrados en el cliente*”.

El desarrollo del programa informático ZAINERI, responde a la consecución de este objetivo.

Haciendo un recorrido histórico sobre el bagaje de la enfermería en Osakidetza, (1988-2002) y con el fin de plasmar más esquemáticamente las grandes líneas que han dirigido la evolución de la asistencia de enfermería en atención especializada relacionadas con el tema que les voy a exponer, sin ánimo de establecer periodos estancos, he diferenciado tres grandes periodos:

- .- 1988 - 1991
- .- 1991 - 1997
- .- 1998 - 2002

Periodo 1988- 1991

1. Se contempla la necesidad de que en las estructuras de las Direcciones de Enfermería, existan, entre otras figuras, las/los *Responsables de Formación y de Calidad*.
2. Se define la *Filosofía, Objetivos y Metas de la actuación enfermera hospitalaria* basada en el modelo de cuidados de Virginia Henderson.
3. Se establece un *Dossier Unificado de Registros de Enfermería* para toda la red hospitalaria de Osakidetza, que facilita la aplicación de una metodología científica para cuidar.
4. Se implanta un *Sistema de Evaluación de Cuidados* de enfermería a través de la utilización de Indicadores Indirectos (cuantitativos y cualitativos) y del estudio retrospectivo de los Dossieres de Cuidados.
5. Se diseña un *Manual de Procedimientos de Enfermería* para su utilización como guía de elaboración en todos los centros.

Periodo 1991 – 1997

De las *acciones específicas* de Enfermería enmarcadas en este periodo y obviando las señaladas en el periodo anterior y que se fueron consolidando en este, hay que destacar:

1. La Estandarización de Cuidados

Es un Proyecto que surge con el objetivo de dar respuesta a la situación asistencial de enfermería hospitalaria en aquel momento y que se fundamenta en:

- La incidencia que la reducción de las estancias medias tiene en la disponibilidad de tiempo de enfermería para la planificación y el registro de los Cuidados.
- El incremento del número de pacientes ectópicos en las Unidades de Cuidados..
- La consolidación de estructuras alternativas a la Hospitalización tradicional como el Hospital de Día Médico y Quirúrgico y las Unidades de Corta Estancia.
- La necesidad de dotar a las Unidades de instrumentos con la finalidad de conocer la prestación de servicios en cuanto a las actuaciones y resultados de Enfermería.

Se inicia el *Proceso Formativo y de Implantación de los Cuidados Estandarizados*:

- Se elaboran los criterios para la definición de un Plan de Cuidados Estandarizado.
- Se diseñan y definen los Planes de Cuidados Estandarizados de los Procesos mas prevalentes en la atención especializada..
- Se implantan en las distintas Unidades de Cuidados.

Se edita un Manual sobre “*Planes de Cuidados Estandarizados de Enfermería*”, como guía para la práctica basado en el consenso de profesionales, en grupos de expertos y en la bibliografía.

2. Sistema de Autoevaluación del Proceso de Enfermería

Una vez constatado que el sistema de evaluación hasta entonces utilizado, estaba consolidado en la práctica, y apreciándose una mejora continua de los índices obtenidos que se centraban en aspectos cuantitativos, se planteó la oportunidad de diseñar e implantar un nuevo Sistema de Evaluación del Proceso de Atención de Enfermería, incorporando aspectos cualitativos e identificando cinco indicadores del propio proceso.

Periodo 1998 – 2002

Este periodo está delimitado por la definición del Plan Estratégico de Osakidetza 1998-2002 en el que las actuaciones específicas de enfermería de atención especializada más relevantes y que se incardinan con mi exposición son:

1. Aplicación de Cuidados: Zaineri
2. Sistema de evaluación del proceso de atención de enfermería a través del programa informático ZAINERI.

APLICACIÓN INFORMÁTICA DE CUIDADOS ZAINERI

OBJETIVO GENERAL

Los **objetivos** que nos planteamos cubrir con el desarrollo de esta herramienta tienen tres dimensiones :

1. Con relación a la **ESTRUCTURA**:

“Recoger bajo soporte informático todos los cuidados y actividades que la enfermera/o realiza en la práctica diaria”, es decir

- Cuidados relacionados con el área o campo autónomo de enfermería.
- Cuidados relacionados con el área de colaboración con los facultativos y otros profesionales de la salud
- Actividades relacionadas con las órdenes y tratamientos médicos
- Actividades que suponen una comunicación con otros niveles asistenciales y/o unidades de enfermería o servicios hospitalarios

“Definir los niveles de utilización y de acceso según usuario.

“Planificar la formación según necesidades del usuario a dos niveles: desde el punto de vista de la herramienta informática propiamente dicha y de metodología de cuidados como base conceptual de la misma.”

2. Con relación al **PROCESO**:

“Homogeneizar la práctica cuidadora entre las enfermeras/os de la asistencia hospitalaria de Osakidetza, identificando el marco conceptual a través del cual enfocamos y pautamos nuestras intervenciones y definiendo la metodología más apropiada para operativizarlas”.

“Introducir las herramientas adecuadas que ayuden a reducir la variabilidad en la práctica, en forma de planes de cuidados estandarizados y protocolización de técnicas, permitiendo obtener planes de cuidados individualizados y/o estandarizados por paciente y/o proceso.”

“Actualizar permanentemente la aplicación, adecuándola a las demandas de los profesionales, especificaciones de cada centro o unidad asistencial, nuevos instrumentos o metodologías dentro del proceso asistencial y de los sistemas de información de la Organización sanitaria.”

1. Con relación al **RESULTADO**:

“Establecer un sistema de evaluación estadístico-informático, a partir de la información obtenida de las diferentes actuaciones realizadas, a través de indicadores consensuados y mecanizados”.

“Cuantificar las intervenciones de enfermería realizadas por cada uno de los procesos clínicos, utilizando un sistema de medida adecuado y pertinente”.

“Conocer el grado de satisfacción de los usuarios del programa informático a través de cuestionarios, entrevistas, etc y demás instrumentos adecuados para ello”

METODOLOGÍA DE TRABAJO

La aplicación de trabajo se basa en una sistematización de la gestión de cuidados e implica **un marco conceptual, una metodología y una estructura informática** concreta, facilitadora en todo momento, de la labor asistencial que las enfermeras/os desarrollan diariamente en el ámbito hospitalario.

En 1998 se creó un “*Grupo De Mejora*”, vigente en la actualidad e integrado por enfermeras/os representantes de 12 hospitales de Osakidetza, de los cuales 3 son hospitales de larga-media estancia y el resto son hospitales de agudos, incorporando a una profesora de la Escuela Universitaria de Enfermería de Osakidetza.

Este grupo liderado desde la Organización Central, tiene como cometido:

- ? Servir de apoyo a las Direcciones de las organizaciones de servicios en el proceso de implementación del programa,
- ? Actualizar y adecuar la aplicación informática, siempre teniendo en cuenta las necesidades y opinión de las enfermeras/os asistenciales y de los recursos disponibles.

1.-MARCO CONCEPTUAL

Tal como se ha comentado en la introducción, el modelo en el que se enmarca la actuación enfermera en el ámbito de Osakidetza desde 1988, es el de la escuela de necesidades de Virginia Henderson (V.H.). Modelo adaptado a la metodología de cuidados ya consolidada en nuestras unidades de hospitalización y al entorno sanitario en el que nos encontramos.

V.H. define los cuidados como la ayuda proporcionada por la enfermera a las personas enfermas o sanas en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte digna) que aquellas realizarían sin ayuda, si tuvieran la fuerza, voluntad y los conocimientos necesarios. Y hacerlo de tal manera que le ayude a ganar independencia con la mayor brevedad posible.

He entresacado dos componentes del modelo de V.H para facilitar la comprensión de nuestra aplicación:

1. La persona es un todo complejo con 14 necesidades básicas.

Estas 14 necesidades se han agrupado en 12, introduciéndose en el Programa Zaineri (Fig. 1). Las 12 necesidades del modelo Zaineri se denominaron en base al lenguaje más consensuado y aceptado por las enfermeras/os de Osakidetza a lo largo de su historia, es decir, están basadas en los manuscritos reflejados en los registros existentes hasta el momento

MODELO DE NECESIDADES	
SEGÚN VIRGINIA HENDERSON	SEGÚN ZAINERI
→ RESPIRAR	→ OXIGENACIÓN
→ BEBER Y COMER	→ NUTRICIÓN
→ ELIMINACIÓN	→ ELIMINACIÓN
→ MOVIMIENTO Y MANTENERSE EN BUENA POSICIÓN	→ MOVILIDAD-ACTIVIDAD
→ DORMIR Y DESCANSAR	→ REPOSO-SUEÑO
→ TERMORREGULACIÓN	→ TERMORREGULACIÓN
→ HIGIENE Y PROTECCIÓN DE TEGUMENTOS	→ PIEL Y MUCOSAS
→ VESTIRSE Y DESVESTIRSE	
→ EVITAR PELIGROS	→ SEGURIDAD FÍSICA Y PSÍQUICA
→ REALIZARSE	
→ COMUNICACIÓN	→ COMUNICACIÓN
→ APRENDIZAJE	→ APRENDIZAJE
→ CREENCIAS Y VALORES	→ CREENCIAS Y VALORES
→ RECREARSE	→ OCIO Y RECREO

Figura 1.

Los cuidados derivados de estas necesidades, son los que están relacionados con el área autónoma de enfermería.

2. *La enfermera tiene una función propia compartiendo actividades con otros profesionales.*

Asunción compartida por todo el grupo de mejora y plasmada en los objetivos del Programa anteriormente expresados. Para reflejar los cuidados y actividades relacionadas con el área de colaboración con otros profesionales de la salud, básicamente médicos, fue necesario la incorporación al programa de un modelo biológico (Fig, 2), basado en sistemas orgánicos. Estas actividades o cuidados están relacionadas con la vigilancia y observación de manifestaciones de posibles problemas o complicaciones potenciales y responden a normas de la unidad, protocolos u órdenes del facultativo responsable del paciente

MODELO BIOLÓGICO
SISTEMAS ORGÁNICOS
→ RESPIRATORIO
→ CARDIOCIRCULATORIO
→ DIGESTIVO-METABÓLICO
→ TEGUMENTARIO
→ GENITOURINARIO
→ NEUROLÓGICO
→ MUSCULOESQUELÉTICO

Figura 2.

2.-METODOLOGÍA APLICADA EN EL PROGRAMA INFORMATICO ZAINERI

El método a través del cual aplicamos los cuidados enfermeros es el llamado proceso de atención de enfermería. Este proceso de resolución de problemas, se basa en una metodología científica que nos ayuda a identificar y solucionar problemas del paciente dentro del área de nuestra competencia y prestar cuidados eficientes centrados en el logro de resultados desde el punto de vista del usuario.

Como todo proceso, desde el punto de vista operativo consta de una sucesión de etapas correlativas e interrelacionadas, de tal forma que cada una depende de la anterior y condiciona la siguiente. Estas etapas son:

1. Valoración o recogida de datos objetivos y subjetivos.
2. Diagnóstico o formulación de un juicio clínico o conclusión, resultante de la valoración.
3. Planificación o identificación de los objetivos y de las intervenciones para lograrlos.
4. Ejecución o puesta en práctica.
5. Evaluación o determinación del logro de los objetivos propuestos.

3.-ESTRUCTURA INFORMÁTICA

Esta metodología se incorpora a la aplicación Zaineri, estableciendo 5 niveles informáticos. (Fig. 3) Además se definen los contenidos por cada uno de ellos.

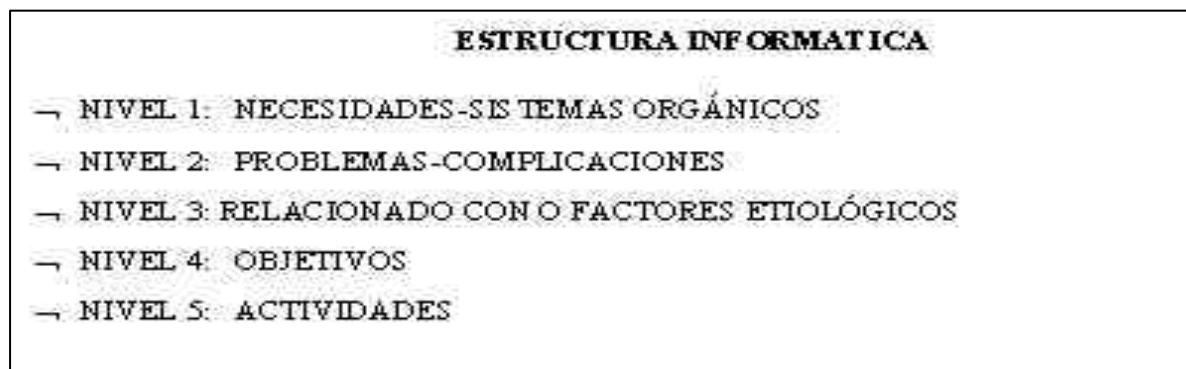


Figura 3.

- **Nivel 1:** Necesidades-Sistemas orgánicos. Expresados en Fig. 1 y Fig 2 .
- **Nivel 2:** Problemas-Complicaciones.

Los PROBLEMAS se plantean desde el punto de vista de intervención directa de enfermería, dentro de su campo autónomo. Pueden ser problemas potenciales o de riesgo y problemas reales, confirmándose éstos a través de sus manifestaciones, representadas informáticamente en “datos variables”.

Se basan preferentemente en los diagnósticos según NANDA (North American Nursing Diagnosis Association).

Informáticamente se introdujeron aquellos Problemas o diagnósticos de enfermería más utilizados y de fácil comprensión para las enfermeras, teniendo ante todo “criterios de realistas en cuanto a la práctica y al lenguaje”.

Las COMPLICACIONES se plantean desde el punto de vista de colaboración con los médicos y nos vienen dadas a través de los sistemas orgánicos.

- **Nivel 3:** Relacionado con:

Refleja los factores etiológicos o causas de los problemas previamente designados, orientativos de las actividades o acciones a realizar.

Informáticamente se introdujeron aquellas causas que el grupo consideró oportuno por cada uno de los problemas definidos.

- **Nivel 4:** Objetivos:

Por un lado, como situación deseable, se plantean objetivos de resultados a alcanzar por el paciente, si están relacionados con las Necesidades.

Por otro lado, se plantean objetivos de proceso, si están relacionados con los sistemas orgánicos, definiendo las acciones a llevar a cabo por parte de la enfermera en base a “prevenir” y “vigilar”

- **Nivel 5:** Actividades:

Se definen todas las acciones a realizar por la enfermera por cada proceso y unidad, relacionándolas con los problemas y complicaciones definidas anteriormente.

Reseñar que la realización de los planes de cuidados estandarizados de todos los procesos clínicos definidos por cada unidad o servicio de hospitalización, es una gran ayuda para poder identificar el máximo de actividades concretas.

4.-SISTEMA DE EVALUACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A TRAVÉS DEL PROGRAMA INFORMÁTICO ZAINERI

En el año 2.000 utilizábamos 5 indicadores que nos permitían conocer el grado de aplicación y cumplimentación del Proceso de atención de Enfermería (PE) en la asistencia hospitalaria. Los resultados globales de estos indicadores fueron del 92,92% (rango entre 75,3%-100%) en el conjunto de los 16 hospitales de agudos y de media larga estancia de esta Red sanitaria. (Fig.4)

ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS	INDICADORES PAE VALORACIÓN MEDIA GLOBAL %				GRADO IMPLANTACIÓN ZAINERI (UNIDADES DE ENFERMERÍA) %			
	AÑO 1997	AÑO 1998	AÑO 1999	AÑO 2000	AÑO 1997	AÑO 1998	AÑO 1999	AÑO 2000
*H1.1	92,48	94	96,60	90,78	FORMACIÓN**	10	14	36,84
*H1.2	86	91	93	94	50%	83,4	100	100
*H1.3	77,14	81,46	85,70	88,52	FORMACIÓN**	FORMACIÓN**	33,33	66,66
H2	76,4	87,4	85	86	FORMACIÓN**	FORMACIÓN**	FORMACIÓN**	50%
H3	85,8	79,6	83	86	-	-	-	-
H4	89,85	88,49	89,60	94,1	FORMACIÓN**	FORMACIÓN**	31%	69,20
H5	63	72,4	100	100	100	100	100%	100
H6	75,44	72,76	89,14	100	FORMACIÓN**	25	50	100
H7	89,44	92,15	92,60	95,97	FORMACIÓN**	FORMACIÓN**	100%	100
H8	-	85,15	91	100	FORMACIÓN**	FORMACIÓN**	80%	100
H9	86	80,36	80,4	100	FORMACIÓN**	FORMACIÓN**	100	100
H10	95,50	97,49	100	100	FORMACIÓN**	FORMACIÓN**	100%	100
H11	81,69	80,70	78	79,60	FORMACIÓN**	FORMACIÓN**	30%	100
H12	95,68	91	97	97	100	100	100	100
H13	-	-	-	100	FORMACIÓN**	FORMACIÓN**	FORMACIÓN**	100
H14	80,92	81,04	71,30	75,3	-	-	-	-

Figura 4.

* En el año 2001 se unificaron en Hospital 1.

** Periodo de formación.

En este escenario y ante la implantación paulatina y progresiva del Zaineri en las unidades de hospitalización, se manifiesta la obsolescencia de estos indicadores, ya que la propia aplicación informática salvaguarda por su estructura el PE, coincidiendo además, que todas las organizaciones de servicios con el 100% de implantación del programa en las Unidades, tenían unos resultados del 100% en el logro de los indicadores mencionados.

Por esta razón, a lo largo del año 2001 y desde la Organización Central de Osakidetza, junto con un grupo de enfermeras de diferentes organizaciones de servicios, definimos unos criterios para la evaluación del PE, teniendo en cuenta, entre otras fuentes, la aplicación informática Zaineri.

Establecimos asimismo, la sistemática de evaluación para las organizaciones de servicios de agudos y de media/larga estancia de atención especializada, para su aplicación a través de un proceso de evaluación externa, previa validación del mismo.

• **El OBJETIVO que nos planteamos con la evaluación fue el de conocer globalmente y por cada una de las organizaciones de atención especializada:**

1. El grado de implantación de la aplicación informática Zaineri.
2. El grado de satisfacción de los usuarios de la aplicación informática.
3. El grado de implantación del PE, teniendo en cuenta aspectos estructurales, de proceso y de resultados.
4. Las áreas excelentes, fuertes y de mejora, a nivel global y por organización de servicios, con el fin de disponer y facilitar información relevante para el diseño de los consecuentes planes de acción.

- **Tipo de evaluación:** externa, llevada a cabo, al menos por tres evaluadores, dos de ellos pertenecientes al grupo de trabajo y no coincidentes con su propia organización de servicios y el tercer evaluador perteneciente a la Organización Central.
- **Trabajo de campo:** se realizó durante el mes de febrero de 2002, según cronograma previo.
- **Unidades de estudio y muestreo de casos:**
 1. Los hospitales de agudos y de media-larga estancia con aplicación Zaineri (12).
 2. Las unidades de enfermería, cuya implantación del programa informático Zaineri fue anterior al año 2000 (99). Se excluyeron, en todos los casos, las unidades de salud mental, de pediatría y las de cirugía sin ingreso, para disponer de mayor homogeneización en la tipología de unidad de hospitalización. El número de unidades evaluadas fue, por tanto de 91, representando el 91,91% de las unidades diana.
 3. Las enfermeras presentes en el momento del estudio (268), que representan el 30% del total de la plantilla de las unidades evaluadas. Se excluyeron a las supervisoras

? **Fuentes de datos:**

1. Las historias clínicas (275) correspondientes al 10% de los pacientes ingresados en las Unidades diana, en la fecha de la evaluación.
2. Las enfermeras presentes en estas unidades en el momento del estudio (268), junto con las supervisoras.
3. La aplicación informática Zaineri implantada en cada unidad, respecto a contenidos relacionados con los planes de cuidados individualizados y estandarizados, listado de pacientes ingresados, de continuidad de cuidados, procedimientos, etc ...
4. Documentos existentes en la organización de servicios o en la propia unidad, tales como la acogida a los profesionales de nuevo ingreso, planificación y evaluación de la formación, recomendaciones al alta del paciente, funciones del responsable de la aplicación Zaineri en el centro y en la unidad, trabajos científicos presentados, etc.
5. Las unidades de enfermería para visualizar la disponibilidad de soportes informáticos, la duplicidad de registros, etc.

? **Tipo de criterios**, explícitos y normativos:

1. Se definieron un total de 34 criterios, de los cuales 17 son de estructura, 8 de proceso y 9 de resultados.
Reseñar que entre los 9 criterios de resultados, hay 5 correspondientes a la encuesta a enfermeras y éstos están relacionados con aspectos como la utilidad del Zaineri desde el punto de vista profesional, conceptual y clínico, investigando además su opinión sobre la visión de conjunto del paciente y la utilidad de la herramienta para la comunicación con otros profesionales. Estos criterios nos permiten conocer la percepción de las enfermeras/ usuarias sobre la aplicación informática y el grado de satisfacción con la misma.

1. El total de puntuación es de 100 puntos distribuidos de forma ponderada entre los 3 tipos de criterios, en función del peso o de la repercusión que éstos tienen en la aplicación del método científico en el proceso de cuidar. De tal manera que los criterios de proceso suponen el 50% del valor total, los criterios de resultados representan el 30% y los criterios de estructura representa el 20% del valor total.
- **Identificación de áreas fuertes, de mejora y excelentes.** Para la determinación e interpretación de estas áreas, se ha seguido la siguiente metodología:
 1. Se considera área fuerte, cuando el criterio se cumple en un porcentaje igual o superior al 65% entre las organizaciones de servicios, unidades de enfermería o pacientes según corresponda.
 2. Para cuantificar los criterios de estructura se tiene en cuenta el conjunto de las organizaciones de servicios del estudio, de tal manera que al menos el 7,8 de los hospitales deben de cumplir el criterio para identificarlo como área fuerte.
 3. Para cuantificar los criterios de proceso se tiene en cuenta las historias de los pacientes, de tal manera que al menos 179 deben de cumplir el criterio para identificarlo como área fuerte.
 4. Para cuantificar los criterios de resultados, a excepción de los derivados de la encuesta, se tiene en cuenta las unidades de enfermería, de tal manera que al menos 59 unidades deben cumplir el criterio para identificarlo como área fuerte.
 5. Se considera área de mejora, cuando el cumplimiento de los criterios correspondientes es inferior al 65%.
 6. Se considera área excelente, cuando el criterio se cumple en un porcentaje igual o superior al 85%.
 - **Tratamiento estadístico:** Análisis de varianza en relación con las variables Proceso de atención de Enfermería y satisfacción percibida.

RESULTADOS

Una vez extraídos y analizados los datos para cada uno de los criterios, se realizó un informe de resultados que se remitió a todas las organizaciones de servicios y unidades de enfermería evaluadas. Se diseñaron dos versiones del informe. Una a nivel global de la Organización, y otra a nivel de cada organización de servicios incluyendo los datos desagregados por Unidades de Enfermería.

Los resultados que les expongo están relacionados con los datos globales del conjunto de la Red sanitaria.

- **Grado de implantación del programa informático zanieri:**

La aplicación está implantada en el 85,71% de los hospitales de agudos y de media-larga estancia (12/14), y en el 88,39% de las unidades de enfermería, excluyendo los servicios especiales y los de salud mental.

· **Valoración de la aplicación del proceso de atención de enfermería:**

La valoración global del conjunto de las organizaciones de servicios evaluadas es del 65,11% (rango 39,05% - 79,28%).

A los criterios de estructura le corresponden 16,04 puntos sobre un total de 20 puntos (80,20%).

A los criterios de proceso le corresponden 30,80 puntos sobre un total máximo de 50 puntos (61,60%)

A los criterios de resultados le corresponden 18,28 puntos sobre un total de 30 puntos (60,93%) para este apartado.

· **Grado de satisfacción de los usuarios (enfermeras) de la aplicación informática zaineri:**

El grado de satisfacción positiva global de los usuarios de la aplicación se sitúa en el 55,22% (rango entre 24% - 90,90%).

Para la satisfacción positiva se han agrupado las respuestas SI + ALGO. El grado de satisfacción global en términos de excelencia, se sitúa en el 37%, para ello solamente se han cuantificado las respuestas del SI. En la Figura 5 se muestran los datos desagregados correspondientes a la puntuación otorgada por cada ítem explorado.

DIMENSION	GRADO DE SATISFACCIÓN
BENEFICIOS PROFESIONALES	60.8%
ASPECTOS CONCEPTUALES	58.9%
VISIÓN DE CONJUNTO	54.1%
ASPECTOS FISIOPATOLÓGICOS	53.4%
COMUNICACIÓN	48.9%

Figura 5.

IDENTIFICACIÓN DE ÁREAS

Se identificaron 10 Áreas Excelentes, 10 Áreas Fuertes y 7 Áreas de mejora en el conjunto de la red, de los que les presento los que he considerado más relevantes en el marco de esta exposición.

· **Identificación de áreas excelentes:**

1. Alto grado de implantación de la aplicación informática Zaineri en las unidades de enfermería. El 88,39% de las unidades de hospitalización de los hospitales de agudos y de media-larga estancia (99/112) tienen implantada la aplicación.
2. Inexistencia de duplicación de registros en el 91,66% de los centros evaluados.
3. Existencia de planes de cuidados estandarizados de los procesos más habituales del centro en el 91,66% de las organizaciones de servicios.

4. A todo paciente se le realiza el plan de cuidados en un plazo no superior a las 8 horas de su ingreso en el 88,73% de las historias evaluadas.
5. Constancia de la realización de informes de continuidad de cuidados en el 100% de las unidades de hospitalización evaluadas.

· **Identificación de áreas fuertes:**

1. Valoración global de la aplicación del Proceso de atención de Enfermería: 65,11%.
2. Actualización del procedimiento “aislamiento y precauciones”, según la revisión realizada por los centros para el control y prevención de enfermedades (CDC) 1997, en el 83,33% de los centros evaluados.
3. Actualización del procedimiento “catéteres venosos periféricos y centrales” según fuerte evidencia científica 2001, en el 66,67% de las organizaciones de servicios evaluadas.
4. Concordancia en la actividad “valorar tipo e intensidad del dolor” entre el evolutivo y el plan de cuidados. Hay un adecuado seguimiento del “dolor” en el 69,09% de las historias evaluadas.

? **Identificación de áreas de mejora:**

1. Grado de satisfacción positiva global de los usuarios de la aplicación informática: 55,22%.
2. Escasa evidencia de actualización del procedimiento “sondaje urinario” según recomendaciones sustentadas en la evidencia científica. El 41,67% de las organizaciones de servicios evaluadas cumplen el criterio.
3. Escasa evidencia del contenido mínimo establecido para todo plan de cuidados, puesto que al menos debe contener: la acogida, riesgos de úlceras por presión (UPP) con el resultante de la escala de prevención, riesgo de accidentes con el resultante de la escala de prevención, déficit de conocimientos y un problema en colaboración relacionado con el proceso de que se trate. El 23,64% de las historias/pacientes evaluados cumplen el criterio.
4. Escasa evidencia de concordancia entre el cese de la actividad en sondajes, catéteres, drenajes y oxigenoterapia, y el plan de cuidados y/o órdenes médicas. El 42,18% de las historias evaluadas cumplen el criterio.
5. Escasa evidencia de la existencia de, al menos un trabajo científico relacionado con la aplicación Zaineri y su metodología. El 26,38% de las unidades de enfermería evaluadas cumplen el criterio.

CONCLUSIONES

La metodología que hemos utilizado obliga a considerar una serie de limitaciones a tener en cuenta en la interpretación de los resultados. El grupo de trabajo, para la elaboración de criterios y su evaluación, tuvo en cuenta el entorno y los recursos existentes en Osakidetza, por lo que los resultados no pueden ser extrapolados fuera de esta Organización sanitaria. La escasez de estudios encontrados respecto al tema desde un punto de vista práctico, en el ámbito especializado y dentro de una Organización sanitaria, ha imposibilitado la comparación.

No obstante, el grupo evaluador considera la evaluación externa como un sistema adecuado que permite cuantificar y visualizar “in situ” los logros respecto a la aplicación del PE y del recurso informático.

El dato más relevante, a nivel del colectivo enfermero, que aporta el presente trabajo es el grado de aplicación de una herramienta con base conceptual (modelo de necesidades humanas de V.H. y modelo biomédico) y metodológica (PE) preestablecida, como es el programa Zaineri (88,39% de las unidades de hospitalización), que “recoge prácticamente todos los cuidados y actividades que la enfermera realiza en su práctica diaria” y “homogeiniza la función cuidadora entre todas las enfermeras de atención especializada” que es utilizado por las enfermeras de las Unidades de Hospitalización tradicional de adultos. (25% de las Enfermeras de Atención especializada), aspecto que no coincide con opiniones recogidas en la bibliografía que aseguran que los enfermeros no usamos un modelo definido.

Otro de los resultados relevantes es **la aplicación continua y sistemática del PE**, teniendo en cuenta todas sus fases, y midiendo criterios de estructura, proceso y resultados, se sitúa en el **65,11%**, constituyendo uno de nuestros puntos fuertes.

No cabe duda que la introducción del PE supone un reto tanto para los profesionales como para las organizaciones sanitarias, sin olvidar la mejora de atención al paciente por la sistematización y a la vez individualización de las acciones cuidadoras.

Pero hay que resaltar la evidencia de que este reto es alcanzable y que además aporta beneficios si se utilizan los instrumentos adecuados.

Aporta a las enfermeras, según su opinión reflejada en las encuestas, beneficios en el ámbito profesional relacionados con aspectos conceptuales de su función cuidadora. No ha de actuar de forma intuitiva ni mecánica, sino que cuida a la persona en su situación concreta, observando, valorando, interpretando y planificando a través de un aguja de actuación diseñada por y para ella desde la perspectiva de cuidar.

Para los profesionales, porque la enfermera no ha de actuar ni intuitiva ni mecánicamente, sino en función del contexto, de la persona, del momento, observando, valorando, interpretando y planificando a través de una guía de actuación diseñada por y para ella desde la perspectiva de cuidar. Aporta a las enfermeras beneficios a nivel profesional relacionados con aspectos conceptuales de su función cuidadora

Hay muchos estudios sobre las dificultades reales en el uso del PE, entre las que cabe mencionar las actitudes o deseo y capacidad por parte de las enfermeras para llevarlo a cabo. El grado de satisfacción global positiva de las enfermeras hospitalarias de Osakidetza en el uso del Programa informático de Cuidados es del 55,22%, aspecto a tener en cuenta dentro de nuestras áreas de mejora, pero pese a estas cifras, los autores nos hemos sorprendido con estos resultados. Destacar que hay una organización de servicios que ha alcanzado el 90,90% de satisfacción, lo que nos anima a compartir, entre todos los intervinientes, actividades de aprendizaje para diseñar estrategias que nos ayuden a alcanzar mayor grado de satisfacción en los centros en donde esta área es de mejora.

No me cabe duda tampoco de que los esfuerzos (económicos y organizativos) que realizan los directivos se ven compensados, no solo por la disminución de la variabilidad, que siempre es o debe ser, objetivo de calidad, sino por la gran fuente de información que poseen.

La organización dispone de datos, a tiempo real, relevantes para la toma de decisiones con relación a la gestión de los cuidados de enfermería.

La explotación de los datos del sistema les permite conocer la realidad diaria de las Unidades de Cuidados, además de aportarles indicadores de organización y práctica clínica de forma sistemática además de puntual.

No puedo dejar de comentar la fuente de datos que supone la herramienta para la planificación de actividades de formación y sobre todo para el desarrollo de actividades investigadoras, que aunque es un área con grandes posibilidades de mejora (el 26,8% de unidades han realizado un trabajo científico a través de esta fuente), paulatinamente somos más las enfermeras que nos preocupamos y sobre todo nos ocupamos en ellas.

Por último reseñar las ventajas que directamente recaen sobre nuestros clientes-pacientes, cuidándoles de forma sistemática pero individualizada, cubriendo sus necesidades de forma segura, fruto de la consistencia de los conocimientos de las propias enfermeras y de la metodología científica aplicada.

Para finalizar, decirles que sin la experiencia, ilusión, constancia de todos los directivos, mandos intermedios y responsables de docencia de la atención especializada de Osakidetza y especialmente sin las aportaciones de todas las enfermeras asistenciales con sus conocimientos, habilidades y actitudes estos resultados jamás los hubieramos conseguido.

BIBLIOGRAFÍA:

- Iyer P.W., Camp N.H. Nursing documentation. A nursing process approach. 2ª ed. St Louis: Mosby, 1995.
- Alfaro-Lefevre, R. Aplicación del Proceso Enfermero. 4ª Ed, Barcelona: Springer-Verlag ibérica, 1999.
- Teixidor Freixa M. El producto enfermero y la reforma de los procesos asistenciales (I). Rev. Rol Enf 2002; 25(4):254-256.
- Teixidor Freixa, M. El producto enfermero y la reforma de los procesos asistenciales (III). Rev Rol Enf 2002; 25(6):408-410.
- González Llinares RM; Barandiarán Múgica MJ; Pérez de Eulate Berraondo P. La informatización de los cuidados de Enfermería: Programa Zaineri de Osakidetza. Rev. Calidad Asistencial 1999; 14:200-206.
- Plan Estratégico de Osakidetza/Servicio vasco de salud. 1998-2002. Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco. 1998.**
- González Llinares RM, Pérez de Eulate Berraondo P, Bacigalupe Artacho M, Arcelay Salazar A, Letona Aramburu J, López Arbeba G. Indicadores del proceso de autoevaluación del dossier de enfermería asistencial hospitalaria de Osakidetza/Servicio vasco de salud. Rev. Calidad Asistencial 1999; 14:29-33.
- Antón Madrid M V. Las enfermeras entre el desafío y la rutina. Madrid: Ed. Diaz de Santos; 1998.
- Izquierdo Carrasco JM, Pérez Badía MB, Ramírez Rodríguez FJ, Serrano Escalona I, Torres Montero MD, Conde Lara G. Implantación del proceso enfermero. Rev. Rol Enf 2002; 25(7-8):488.
- Guía para la gestión de Procesos. Dirección de Asistencia Sanitaria. Osakidetza/Servicio vasco de salud. Abril 2002.
- Serrano Sastre R, Saracibar Pazquín M I, Días Narvaiz M T, Tira Majuelo P, Narvaiz Solís M J. ¿Dónde comienza la calidad científica de los documentos de enfermería? Rev. Rol Enf 1994; 191-192:33-40.
- Manual de procedimientos de enfermería. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. Departamento de Sanidad. 1ª Edición. Agosto 1991.
- Proyecto Calidad. Subdirección de Calidad Asistencial. Osakidetza/Svs. Junio 1994**
- Planes de Cuidados Estandarizados de enfermería, guías para la práctica.* Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco. Osakidetza/Svs. 1996
- Gonzalez R. Mª, Perez de Eulate P., Bacigalupe, M., Arcelay A., Letona J., Lopez G., *Indicadores del proceso de autoevaluación del dossier de enfermería asistencial hospitalaria.* Osakidetza/Svs. Revista de Calidad Asistencial 1999, nº 1 Vol. 14:29-34
- Elexpe X., Arcelay A., Kaliker I. *Buscando la participación de los clínicos en la evaluación de su actividad asistencial.* Osasunkaria. Revista vasca de salud pública y gestión sanitaria. 1996, nº11:26-29.
- Osasuna Zainduz. Estrategias de cambio para la Sanidad Vasca.* Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. 1993.
- Grandero Piris C., Arangüena Murriategui, Sánchez Mata, A.M. *Programa Virginia: Método para desarrollar un Plan de Cuidados informatizado.* Revista de Enfermería Clínica. Vol 6, nº 1: 29-35.
- De la Teoría a la práctica. El pensar de Virginia Henderson en el siglo XIX.* Masson 1998.
- Fawcett, J. *Analysis and evaluation of nursing theories.* F.A. Davis Company. Philadelphia. 1993.
- Riehl-Sisca, J. *Modelos conceptuales de enfermería.* Doyma, D.L. Barcelona. 1992