

Curso 2019 / 2020

**PARTICIPACIÓN EN EL PROYECTO “ATENCIÓN ORIENTADA AL
PACIENTE” EN LA ORGANIZACIÓN SANITARIA INTEGRADA
DONOSTIALDEA**

Khadidya Bermejo Pablos

«El presente trabajo ha sido realizado utilizando total o parcialmente datos¹ y la metodología del Programa de Implantación de guías de buenas prácticas en Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados®. Por lo que el autor expresa su agradecimiento al “Grupo de Trabajo del Programa de implantación de buenas prácticas en Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados®”»

¹En el anexo 1 se presenta el permiso firmado para la utilización de los datos del Programa de Implantación de guías de buenas prácticas en Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados®

RESUMEN

Introducción. La atención orientada al paciente proporciona un nuevo enfoque de cuidados que trata de mejorar la calidad asistencial adoptando a la persona como eje central de los cuidados en salud. Las bases de este enfoque son: el empoderamiento del paciente, la toma de decisiones compartida y el conocimiento integral de la persona. Dicho conocimiento se alcanza gracias al establecimiento de una relación terapéutica que respete a la persona y fomente unos cuidados individualizados y de continuidad. Por ello, el Hospital Universitario Donostia (HUD) ha decidido incluir la Guía “Cuidados centrados en la persona y familia” con el objetivo de mejorar la atención que se presta a través de los diferentes niveles asistenciales, a pacientes con Deterioro Cognitivo y sus familiares.

Objetivo. Participar en el proyecto “Atención orientada al paciente” en la Organización Sanitaria Integrada (OSI) Donostialdea.

Actividades y resultados. Inicialmente, se ha participado en actividades de gestión dando a conocer la Guía y sus posibles ámbitos de aplicación. Posteriormente se ha participado en actividades de evaluación en relación a la información presente en la Guía y su desarrollo a nivel de consultas especializadas y, por último, en actividades de difusión con la creación de diversos materiales formativos e informativos.

Práctica reflexiva. Participar en este proyecto me ha permitido conocer desde dentro el esfuerzo, las dificultades y la motivación que requiere la gestión, aplicación y mantenimiento de nuevos programas por parte de las instituciones sanitarias (incluso, en un momento en el que la pandemia del coronavirus ha modificado el funcionamiento habitual de las estructuras socio-sanitarias). Como estudiante, ha sido una experiencia enriquecedora que me ha ayudado en la adquisición de nuevas herramientas para la gestión de emociones y la búsqueda de recursos. Igualmente, me ha permitido reforzar ideas sobre la importancia de la coordinación, la investigación basada en la evidencia, la comunicación y el trabajo en equipo como claves para el éxito de dichos proyectos.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1 MARCO TEÓRICO.....	1
1.2 JUSTIFICACIÓN DEL TEMA.....	3
2. OBJETIVOS	5
2.1 GENERAL.....	5
2.2 ESPECÍFICOS.....	5
3. ACTIVIDADES Y RESULTADOS	5
3.1 GESTIÓN - PLANIFICACIÓN.....	5
3.1.1 Sesiones de capacitación de impulsores BPSO: Edición estudiantes de la Universidad del País Vasco (UPV).....	5
3.1.2 Planificación de las consultas de Enfermería en Reumatología y Neurología	6
3.1.3 Participación en vídeo formativo sobre “Prevención de caídas”	7
3.2 INVESTIGACIÓN - EVALUACIÓN.....	7
3.2.1 Evolución de las consultas de Enfermería en Neurología	7
3.2.2 Estructura de la Guía: “Recomendaciones para la práctica”	8
3.3 DIFUSIÓN - FORMACIÓN	8
3.3.1 Participación en vídeo formativo sobre “Prevención de caídas”	8
3.3.2 Vídeo informativo para la próxima Jornada “Buenas Prácticas”	9
3.3.3 Infografía: Guía “Cuidados centrados en la persona y familia”	9
4. PRÁCTICA REFLEXIVA	9
5. BIBLIOGRAFÍA.....	13
ANEXO 1. Modelo de comunicación interna de intención de exportar o utilizar datos locales o globales	15
ANEXO 2. CRONOGRAMA: Reuniones realizadas durante la participación en el proyecto “Atención orientada al paciente”	17
ANEXO 3. Recomendaciones seleccionadas de la Guía “Cuidados centrados en la persona y familia” para las consultas de Enfermería en Neurología.....	22

ANEXO 4. Contenido y actividad en la consulta de Enfermería de Neurología en el Ambulatorio de Gros (OSI Donostialdea)	25
ANEXO 5. Guía para la entrevista de Enfermería en Neurología	28
ANEXO 6. Intervenciones de Enfermería: Consulta del paciente con Parkinson.....	30
ANEXO 7. Consulta de Enfermería: Fármacos para el Deterioro Cognitivo	31
ANEXO 8. TRÍPTICO: Consejos para la correcta aplicación del parche transdérmico de Rivastigmina	33
ANEXO 9. Educación sobre el tratamiento farmacológico en la Enfermedad del Parkinson.....	34
ANEXO 10. CRONOGRAMA: Vídeo formativo sobre “Prevención de caídas”	38
ANEXO 11. Relato para vídeo formativo sobre “Prevención de caídas”	39
ANEXO 12. Escaleta para vídeo formativo sobre “Prevención de caídas”	42
ANEXO 13. Guion y diálogo para vídeo formativo sobre “Prevención de caídas”	45
ANEXO 14. Evolución de las consultas de Enfermería en Neurología (A demanda/ Programada).....	50
ANEXO 15. Evolución de los Diagnósticos en las consultas de Enfermería en Neurología	51
ANEXO 16. INFOGRAFÍA: Guía “Cuidados centrados en la persona y familia”	52

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Figura 1. 8 Dimensiones de los cuidados centrados en el paciente	4
Figura 2. Comparación de la estructura del apartado “Recomendaciones para la práctica” de la Guía “Cuidados centrados en la persona y familia” con las fases del PAE	8

SIGLAS Y ABREVIATURAS

RNAO: *Registered Nurses' Association of Ontario*

BPSO: *Best Practices Spotlight Organizations*

GPC: *Guía de Práctica Clínica*

GBP: *Guía de Buenas Prácticas*

CCEC: *Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados*

CECBE: *Centro Español para los Cuidados de salud Basados en la Evidencia*

ELS: *Entornos Laborales Saludables*

AGREE II: *The Appraisal of Guidelines Research and Evaluation*

OSI: *Organización Sanitaria Integrada*

HUD: *Hospital Universitario Donostia*

UPV: *Universidad del País Vasco*

TFG: *Trabajo Fin de Grado*

PE: *Proceso Enfermero*

PAE: *Proceso de Atención de Enfermería*

EpS: *Educación para la Salud*

1. INTRODUCCIÓN

1.1 MARCO TEÓRICO

Registered Nurses´ Association of Ontario (RNAO)

LA RNAO es la asociación profesional que representa a las/os enfermeras/os registradas/os, practicantes y estudiantes de Enfermería en Ontario (Canadá) (1).

Desde 1925 dicha asociación ha defendido la aplicación de políticas públicas saludables, la promoción de la excelencia en la práctica enfermera y el aumento de la contribución enfermera a la configuración del sistema de atención sanitaria (1).

Los valores en los que se basa dicha asociación van dirigidos a creer en la salud como un recurso para la vida cotidiana, siendo la atención sanitaria considerada, por ello, un derecho universal. Respeta la dignidad humana y se muestra comprometida con la diversidad, la inclusión, la equidad, la justicia social y la democracia. A su vez, defiende el liderazgo de Enfermería como promotor de la salud individual y colectiva (2).

Best Practices Spotlight Organizations (BPSO)

BPSO es el nombre utilizado para definir a aquellas instituciones de salud y/o académicas seleccionadas por la RNAO para la implantación y evaluación de Guías de Buenas Prácticas (GBP) desarrolladas por la misma (3).

La RNAO dio comienzo a este programa en 2003, extendiéndose posteriormente desde Canadá al resto del mundo. Existen dos modalidades de BPSO (3):

- *BPSO Directos*: La organización genera un contrato directo con la RNAO para trabajar durante tres años y llegar a ser un BPSO designado.
- *BPSO Host o Centro Coordinador*: La RNAO genera un acuerdo con la organización que será la encargada de designar y supervisar BPSO bajo su jurisdicción, convirtiéndose en la responsable de todos los aspectos del programa.

A nivel estatal existe un Programa de Implantación de Buenas Prácticas en cuidados a través de los Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados (CCEC). Nace en España en el año 2012 por medio de la Unidad de Investigación en Cuidados y Servicios

de Salud (Investén ISCIII), que forma parte de la Colaboración Internacional Joanna Briggs, y del Centro Español para los Cuidados de salud Basados en la Evidencia (CECBE) constituyendo así el Centro Coordinador o Host del programa BPSO en España (4).

La convocatoria para participar se realiza cada tres años. Con este programa se pretende crear una red a nivel nacional de CCEC que asegure el uso de prácticas dirigidas a los cuidados que estén basadas en los mejores resultados de la investigación. En la actualidad existen tres cohortes que implantan dichas Guías (4).

Las organizaciones seleccionadas tras las convocatorias triales se consideran candidatas a CCEC/BPSO adquiriendo, de esta forma, el compromiso de implantar, evaluar y mantener la implantación de tres GBP, como mínimo, durante tres años. Una vez finalizado dicho periodo y teniendo en cuenta el cumplimiento de objetivos, finalmente la institución alcanzará el estatus de CCEC/BPSO que se debe renovar cada dos años. Para ello deberán mantenerse las GBP implantadas o instaurar una nueva (5).

En 2017 La RNAO permitió a Host España la creación de BPSO Host regionales con el objetivo de desarrollar y coordinar a nivel autonómico CCEC. Entre las comunidades candidatas y pendientes de acreditar, se encontraba Euskadi, que consiguió su título como Host regional junto con Asturias e Islas Baleares, seguido de Andalucía y Canarias (4,6).

Guía de Práctica Clínica (GPC)

Los términos de GPC y GBP habitualmente se utilizan de forma indistinta para describir al conjunto de herramientas que dirigen la práctica clínica. No obstante, presentan ciertas diferencias (7):

- Guía de práctica clínica basada en la evidencia: Declaraciones sistemáticamente desarrolladas para ayudar a los profesionales de la salud y a los pacientes en la toma de decisiones relacionadas con un plan de cuidados adaptado a unas circunstancias clínicas específicas.
- Guía de buenas prácticas de RNAO: Según la RNAO, en este grupo se incluyen las Guías dirigidas al ámbito clínico y las Guías sobre Entornos Laborales Saludables (ELS).

Las GBP dirigen las políticas y la práctica directa, además de adaptar los estándares y protocolos. Para identificar dichos estándares se utiliza la herramienta *The Appraisal of Guidelines Research and Evaluation* (AGREE II) como instrumento sistemático para la evaluación de la calidad de las GPC. AGREE II permite clasificar y determinar aquellas recomendaciones adecuadas y válidas para guiar la práctica clínica además de facilitar el establecimiento de una metodología estructurada que garantice la calidad de las Guías a desarrollar (7,8).

1.2 JUSTIFICACIÓN DEL TEMA

Previo a la creación de la Organización Sanitaria Integrada (OSI) Donostialdea y su incorporación a la misma, el Hospital Universitario Donostia (HUD) se presentó candidato a BPSO en la segunda cohorte (2015-2017). Las tres Guías seleccionadas para implantar fueron: “Valoración y Manejo del dolor”, “Prevención de caídas y lesiones derivadas en personas mayores” y “Atención orientada al paciente”. Esta última se escogió con el objetivo de mejorar la atención prestada a pacientes con demencia y sus familiares en el ámbito de la Atención Primaria y a nivel hospitalario, tanto en Consultas Externas como durante el periodo de hospitalización (9).

La Guía “Atención orientada al paciente” (2002) y su suplemento (2006a) han sido sustituidos por la Guía “Cuidados centrados en la persona y familia”. Esta Guía proporciona un nuevo enfoque de cuidados que trata de poner a la persona y su entorno en el centro de los cuidados sanitarios como clave para mejorar la calidad asistencial. Es una nueva visión cuyo objetivo es el conocimiento integral de la persona a través de la formación de una relación terapéutica entre el paciente, los allegados y los profesionales de salud (10,11).

De esta forma pretende basar la atención sanitaria en el respeto, la individualización, el empoderamiento y la comprensión del derecho de la persona autónoma a la libre determinación y a la participación activa en las decisiones sobre su salud (10-12).

Por otra parte, reconoce la importancia de la familia en la vida del paciente y su participación activa en la planificación, negociación de la atención y toma de decisiones relacionada con los cuidados de la salud, los servicios sanitarios y el tratamiento (10,11).

Así pues, las colaboraciones en salud pueden contribuir a la mejora de la autonomía de los pacientes y al aumento de su satisfacción con la atención sanitaria recibida. Por ello es importante que los profesionales sanitarios adquieran conocimientos y habilidades para llevar a la práctica los principios de los cuidados centrados en la persona que se podrían resumir de la siguiente manera (10,11):

- Establecer una relación terapéutica que mejore la salud y el bienestar de la persona a través de la continuidad de cuidados y la toma de decisiones compartida.
- Ofrecer unos cuidados organizados en torno a la persona de forma respetuosa y teniendo en cuenta las necesidades, valores, cultura, creencias y circunstancias de vida de la misma.
- Adquirir un conocimiento integral de la persona para poder aportar unos cuidados holísticos, es decir, unos cuidados que se basen en las diferentes esferas de las que se compone el ser humano (biológica, psicológica, social, espiritual, etc)
- Fomentar la comunicación, la colaboración y el compromiso a través de cambios en la cultura de salud de las instituciones sanitarias.

A continuación, en la Figura 1 se muestran las “ocho dimensiones de los cuidados centrados en el paciente” que nacen de la investigación realizada por el Instituto Picker y la Escuela de Medicina de Harvard. El objetivo de dicha investigación era determinar los aspectos más importantes para los pacientes en relación a las experiencias de los cuidados en salud, teniendo en cuenta la información procedente de los grupos focales y de la revisión de la literatura existente (10).



Figura 1. 8 Dimensiones de los cuidados centrados en el paciente. Disponible en: https://evidenciaencuidados.es/bps/wp-content/uploads/2020/01/D0003_BPG_Person-and-Family-Centred-Care-2015.pdf

2. OBJETIVOS

2.1 GENERAL

Participar en el proyecto “Atención orientada al paciente” en la OSI Donostialdea.

2.2 ESPECÍFICOS

- Participar en las actividades de gestión/evaluación/difusión durante el desarrollo del proyecto.
- Exponer la información recogida tras las reuniones y los resultados obtenidos tras las actividades realizadas.
- Reflexionar acerca de la utilidad del proyecto, las dificultades que ha presentado su desarrollo y las posibles áreas de mejora.

3. ACTIVIDADES Y RESULTADOS

En relación al proyecto “Atención orientada al paciente” se han realizado diversas actividades que han sido agrupadas en tres bloques: gestión-planificación, investigación-evaluación y difusión-formación. Asimismo, en el anexo 2 se recogen las reuniones realizadas a lo largo de la participación en el proyecto.

3.1 GESTIÓN - PLANIFICACIÓN

3.1.1 Sesiones de capacitación de impulsores BPSO: Edición estudiantes de la Universidad del País Vasco (UPV)

Durante los meses de diciembre (2019) y enero (2020), los estudiantes impulsores del proyecto BPSO acudimos a varias reuniones con el objetivo de orientar y planificar nuestro Trabajo Fin de Grado (TFG). Entre los resultados obtenidos tras dichas reuniones destacan los siguientes:

- Conocer el origen de las Guías a trabajar, las organizaciones implicadas en su desarrollo y la forma de aplicar las mismas.
- Aclarar dudas y trabajar en equipo para organizar la estructura del trabajo y la planificación de las actividades relacionadas con el proyecto.

3.1.2 Planificación de las consultas de Enfermería en Reumatología y Neurología

Se organizaron dos reuniones en el Centro de Salud de Gros con la colaboración de la coordinadora en metodología de cuidados de la OSI Donostialdea. Primero participaron las enfermeras impulsoras del área de Reumatología y después, las enfermeras impulsoras del área de Neurología.

Consultas de Enfermería en Reumatología

Durante la reunión los temas tratados fueron los siguientes:

- Proponer la lectura y valoración de la Guía “Cuidados centrados en la persona y familia”
- Conocer el funcionamiento de las consultas de Enfermería
- Sugerir cambios en base a algunas de las recomendaciones:
 - Individualizar las consultas: Realizar las valoraciones entorno a las necesidades/prioridades del paciente
 - Fomentar la continuidad asistencial a través de la generación de informes de Enfermería
- Conocer las dificultades que se encuentran en la aplicación de la Guía (hábitos, desconocimiento, infraestructura, etc)

Consultas de Enfermería en Neurología

Las enfermeras impulsoras nos pusieron al día sobre el proyecto que desarrollan desde el año 2016 en las consultas de Neurología y, concretamente, sobre los avances que se dieron en el mismo en el año 2019. En relación a la Guía “Cuidados centrados en la persona y familia” se escogieron varias recomendaciones (véase anexo 3) con el objetivo de promover unos cuidados centrados en la persona y su familia en pacientes con Deterioro Cognitivo. Estas recomendaciones ayudaron a la elaboración de un protocolo de Enfermería (véase anexo 4) para las consultas junto con algunas Guías para la valoración (véase anexo 5) y planificación de las intervenciones (véase anexo 6). Asimismo, se crearon diversos materiales de educación/formación (véase anexo 7, 8 y 9) tanto para Enfermería como para los pacientes, no sólo con Deterioro Cognitivo, sino también con Parkinson.

3.1.3 Participación en vídeo formativo sobre “Prevención de caídas”

Junto con las alumnas impulsoras de la OSI Donostialdea y dos estudiantes del 3º curso de Enfermería, se ha propuesto la redacción y posterior grabación de un relato con el que se pretende concienciar sobre la importancia que tiene la correcta valoración, atención y gestión de la información en pacientes con riesgo de caídas.

Para ello, se celebraron varias reuniones (presenciales y online) con el objetivo de preparar un vídeo donde se compararían dos situaciones. En la primera, se genera una cadena de errores en la atención sanitaria que propicia la caída de una paciente. Por el contrario, en la segunda se muestran un conjunto de actuaciones adecuadas, profesionales y seguras que previenen la caída de la paciente. El trabajo realizado queda recogido en los anexos 10, 11, 12 y 13.

3.2 INVESTIGACIÓN - EVALUACIÓN

3.2.1 Evolución de las consultas de Enfermería en Neurología

En septiembre de 2019 se inició la recogida de datos para valorar la evolución de las consultas. Tras su evaluación se observó un cambio relevante en el motivo de las mismas; al inicio el porcentaje de consultas a demanda era notoriamente mayor que el de las consultas programadas (véase anexo 14). Sin embargo, en el mes de febrero de 2020 se consiguieron equilibrar, aumentando el número de consultas programadas y, con ello, disminuyendo el número de consultas a demanda.

Algunos de los resultados obtenidos tras este cambio han sido:

- La mejora de la coordinación entre niveles asistenciales
- El fomento de la continuidad de cuidados en los pacientes
- El aumento de la satisfacción con la atención recibida gracias a la organización de consultas personalizadas dirigidas a las necesidades individuales tanto de pacientes con Deterioro Cognitivo como con otro tipo de patologías neurológicas (véase anexo 15)

3.2.2 Estructura de la Guía: “Recomendaciones para la práctica”

A la hora de analizar las recomendaciones para la práctica que ofrece la Guía seleccionada he observado que su estructura podría asemejarse a la que presenta el Proceso Enfermero (PE) o Proceso de Atención de Enfermería (PAE) (ver Figura 2).

El PAE es un método científico y sistemático compuesto por 5 fases (valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación). El objetivo principal es brindar unos cuidados centrados en el logro de objetivos a través de diversas acciones que generen resultados beneficiosos a largo plazo y fomenten la eficiencia de los cuidados enfermeros. También es un método humanístico ya que tiene en cuenta los intereses, deseos y valores de la persona, familia y/o comunidad, organizando los cuidados según las necesidades y características individuales de cada grupo (13,14).

Por ello, se considera un método apropiado para explicar la esencia de la Enfermería, sus corrientes humanistas y sus bases tecnológicas y científicas. De esta forma, se puede entender la labor de enfermería como una atención basada en la práctica reflexiva, el pensamiento crítico y las capacidades cognoscitivas, técnicas e interpersonales (14,15).

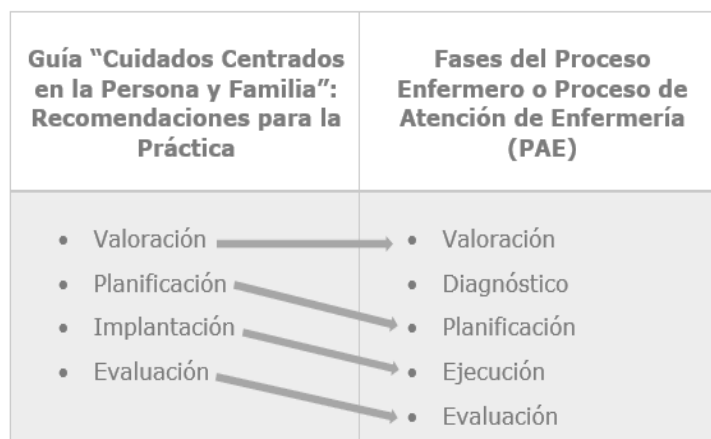


Figura 2. Comparación de la estructura del apartado “Recomendaciones para la práctica” de la Guía “Cuidados centrados en la persona y familia” con las fases del PAE. Fuente: Elaboración propia.

3.3 DIFUSIÓN - FORMACIÓN

3.3.1 Participación en vídeo formativo sobre “Prevención de caídas”

Queda pendiente la grabación del vídeo formativo sobre “Prevención de caídas” (basado en el trabajo recogido en los anexos 11, 12 y 13) donde se expondrán dos situaciones

opuestas en relación a la atención prestada a una paciente con riesgo de caída en el ámbito hospitalario. Se espera una posterior difusión a las plantas del HUD donde será recogido por las supervisoras de Enfermería.

3.3.2 Vídeo informativo para la próxima Jornada “Buenas Prácticas”

Queda pendiente la grabación de un vídeo informativo con el objetivo de dar a conocer el Proyecto BPSO y, en concreto, el proyecto “Atención orientada al paciente” para ser presentado en la próxima Jornada de “Buenas prácticas” que se realice en el HUD.

3.3.3 Infografía: Guía “Cuidados centrados en la persona y familia”

Se ha creado una infografía (véase anexo 16) sobre las recomendaciones para la práctica presentes en la Guía con dos propósitos:

- Extraer los elementos más relevantes de la Guía:
 - Objetivos principales
 - Descripción del tema central
 - Recomendaciones para la práctica
- Dar a conocer la Guía y facilitar su divulgación

Tras su valoración por los líderes BPSO en la OSI Donostialdea, se ha decidido integrar como material informativo del proyecto BPSO.

4. PRÁCTICA REFLEXIVA

Si bien mi idea inicial sobre el TFG estaba orientada hacia la elaboración del diseño de un programa de Educación para la Salud (EpS), cuando me propusieron participar en este proyecto BPSO, lo hice como un reto personal, como una oportunidad para salir de mi zona de confort.

Al principio fue complicado acostumbrarme a este tipo de organización puesto que las tareas surgían a corto plazo y el ritmo de trabajo no dependía sólo de mí misma.

No obstante, ha sido muy enriquecedor porque he aprendido a gestionar sentimientos como la ansiedad o la incertidumbre, de forma que he conseguido trabajar bajo presión, pero de manera efectiva, ocupándome de la tarea que requería cada momento. Por otra parte, me ha motivado en la búsqueda individual de recursos, por lo que he tratado de mantenerme informada de la literatura nueva o actualizada que iba apareciendo sobre mi tema y sobre las diferentes actividades que se iban proponiendo en relación al proyecto.

Respecto a la Guía escogida, creo que presenta puntos fuertes y puntos a mejorar. En relación a las fortalezas, es una Guía cuyo eje central es la persona y, en concreto, su proceso individual de salud-enfermedad. Tomando esa referencia trata de ofrecer un enfoque de cuidados que respete y respalde esa vivencia de cada persona, familia y/o comunidad a través de recomendaciones basadas en la evidencia científica y la experiencia personal y profesional. Asimismo, es una Guía que recoge las características más universales y esenciales de la Enfermería, que la describen no sólo como una profesión entregada al cuidado de las personas, también como una profesión entregada a la educación y formación, a la cooperación y comunicación interpersonal y a la investigación y mejora continua de la sociedad. Por ello, la considero una Guía completa, profesional, de calidad y humanista.

Aunque no he podido conocer de primera mano los avances que se están llevando a cabo desde las consultas de Enfermería, creo que la aplicación de esta Guía podría mejorar el proceso de atención, y con ello, la satisfacción de los pacientes y sus familiares. Entre otras cosas, ha permitido el establecimiento de criterios con los que generar protocolos y guías que facilitan la labor de Enfermería en la valoración, seguimiento y registro de la información sobre el paciente. Además, se han puesto en común las dificultades presentadas a lo largo del desarrollo del proyecto, fomentando así el trabajo en equipo para la búsqueda y resolución de las mismas. A su vez, ha conseguido llevar a la práctica recomendaciones adaptándose a las características no sólo de la patología, sino también del paciente y su familia, convirtiendo a ambos en el centro de los cuidados de Enfermería. Esto último ha contribuido a la generación de unos cuidados holísticos y personalizados basados en las necesidades, creencias y valores de cada paciente.

Sin embargo, creo que, como punto débil de la Guía destacaría su complicada aplicación, ya que no conlleva cambios técnicos concretos, sino que sus

recomendaciones podrían entenderse como pautas generalizadas que facilitan la atención sanitaria y la gestión de los recursos en salud. Además, considero que es una Guía de extenso contenido que requiere de varias lecturas para su comprensión y clasificación de la información.

Por otra parte, las recomendaciones presentes tienen ciertos rasgos de subjetividad que pueden ser entendidos de manera diferente, lo que podría dificultar la unificación de criterios. No obstante, esta característica no tiene por qué ser negativa, ya que deja ver la versatilidad de la Guía por la que podría adaptarse a las necesidades, capacidades e intereses de la organización, del equipo profesional y del propio paciente.

Como posibles orientaciones a la mejora, creo que se podría facilitar su lectura y comprensión a través de resúmenes o esquemas que extrajeran la información más relevante y se relacionaran con la práctica enfermera diaria (teniendo en cuenta las actividades realizadas en cada nivel asistencial). A su vez, no se debe olvidar que la Guía está dirigida a fomentar la atención centrada en el paciente, por lo que, podría ser de gran utilidad recoger la opiniones, propuestas y sugerencias de la persona y sus allegados para planificar posibles cambios o incluir mejoras tanto a nivel técnico como organizativo.

Para finalizar mi reflexión, me gustaría tratar sobre la pandemia del coronavirus (COVID-19) y sobre cómo ha influido en mi experiencia como estudiante en la modalidad BPSO. A pesar de que esta situación imprevista haya obligado al cambio de la dinámica social y a la reestructuración repentina de los sistemas sociales y sanitarios, me ha dado una oportunidad única de conocer el proyecto BPSO desde una perspectiva diferente. He profundizado en el conocimiento de los sistemas, programas y herramientas que hacen posible el desarrollo del proyecto a nivel institucional y organizacional. Además, he podido ver que, la implantación de proyectos de Buenas Prácticas fortalece a los sistemas sanitarios ofreciendo unas estrategias efectivas que los preparan no sólo para un adecuado funcionamiento diario, sino también para enfrentarse a situaciones de emergencia donde prima el uso eficiente de los recursos y la aplicación de medidas sanitarias eficaces y seguras. Asimismo, aunque no haya sido de manera explícita, las bases y los valores del proyecto "Atención orientada al paciente" se han destinado a la elaboración de recursos dirigidos al apoyo psicológico y emocional tanto para la ciudadanía en general como para los afectados directamente por el virus y sus familiares. Otro claro ejemplo de la importancia que tiene la atención personalizada.

Esta pandemia del coronavirus ha provocado cambios en todas las esferas de la sociedad, incluida la académica y educativa, donde las actividades planificadas para el BPSO han sido modificadas y con ello, la organización del TFG. Sin embargo, no ha sido un obstáculo en el desarrollo de mi trabajo ni en el balance respecto al aprendizaje.


A pesar de que mi participación en el proyecto no haya podido ser como se esperaba inicialmente, ha sido una experiencia excepcional que ha reforzado aspectos como el trabajo en equipo, la colaboración y el compromiso, donde profesores, coordinadores y estudiantes hemos trabajado juntos en la búsqueda de alternativas para completar nuestro trabajo y alcanzar así los objetivos propuestos.


5. BIBLIOGRAFÍA



1. Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) [Internet]. Ontario: RNAO; [acceso 21 de enero de 2020]. About RNAO. Disponible en: <https://rnao.ca/about>
2. Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) [Internet]. Ontario: RNAO; [acceso 21 de enero de 2020]. Mission and Values. Disponible en: <https://rnao.ca/about/mission>
3. BPSO: Centros comprometidos con la excelencia en cuidados [Internet]. España: Evidencia en cuidados; [acceso 26 de enero 2020]. Programa BPSO Internacional: ¿Qué es un BPSO? Disponible en: <https://evidenciaencuidados.es/bpsoprograma-bpsointernacional/>
4. BPSO: Centros comprometidos con la excelencia en cuidados [Internet]. España: Evidencia en cuidados; [acceso 26 de enero 2020]. Programa BPSO España. Disponible en <https://evidenciaencuidados.es/bpsoprograma-bpsoespana/>
5. BPSO: Centros comprometidos con la excelencia en cuidados [Internet]. España: Evidencia en cuidados; [acceso 26 de enero 2020]. Red BPSO. Disponible en: <http://www.evidenciaencuidados.es/bps/index.php/conocenos/red-bps>
6. Departamento de Salud del Gobierno Vasco [Internet]. Bilbao: Departamento de Gobernanza Pública y Autogobierno; 2019 enero [acceso 26 de enero 2020]. Euskadi opta a convertirse en el centro coordinador regional del programa internacional "BPSO" de mejores prácticas en cuidados de enfermería. Disponible en: <https://www.euskadi.eus/noticia/2019/euskadi-opta-a-convertirse-en-centro-coordinador-regional-del-programa-internacional-bpsode-mejores-practicas-en-cuidados-de-enfermeria/web01-s2osa/es/>
7. Davies B, Rothwell D, McAuslan D, Bauer N, Morris G, Zarins B, et al. Herramienta de implantación de buenas prácticas [Internet]. 2ª ed. Madrid: investén-isciii; 2012 septiembre [acceso 3 febrero de 2020]: 22. Disponible en: https://evidenciaencuidados.es/bps/wp-content/uploads/2020/03/D0041_Toolkit_2015.pdf
8. Fisterra. Cómo evaluar una guía de práctica clínica [Internet]. España: Elsevier España; [actualizado 10 de octubre de 2019; acceso 9 marzo de 2020]. Disponible en: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/como-evaluar-guia-practica-clinica/#32262>

9. Osakidetza [Internet]. Organización Sanitaria Integrada Donostialdea-Hospital Universitario Donostia candidato a centros comprometidos con la excelencia (2015-2017). Donostia-San Sebastián: Hospital Universitario Donostia; 2015 enero [acceso 7 de febrero de 2020]. Disponible en: <http://www.evidenciaencuidados.es/bpsso/attachments/article/5/1.OSI%20DonostialdeaHospDonostia.pdf>
10. Rivoire, E, Bender D, Cooper A, Creek M, Prowd L, Hoy C, et al. Cuidados centrados en la persona y familia [Internet]. Madrid: investén-isciii; 2015 mayo [acceso 27 diciembre de 2019]: 26-75. Disponible en: https://evidenciaencuidados.es/bpsso/wp-content/uploads/2020/01/D0003_BPG_Person-and-Family-Centred-Care-2015.pdf
11. Martínez T. La atención centrada en la persona: Algunas claves para avanzar en los servicios gerontológicos [Internet]. Asturias: ACP-gerontología; 2013 [acceso 1 de marzo de 2020]: 3-5. Disponible en: <http://www.acpgerontologia.com/documentacion/ACPMartinezActasdependencia.pdf>
12. Morgan S, Yoder LH. A concept Analysis of person-centered care. J Holist Nurs [Internet] 2011 julio [acceso 9 de marzo de 2020]; 30 (1): 8. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0898010111412189>
13. Alfaro-LeFevre R. Aplicación del proceso enfermero: guía paso a paso [Internet]. 4ª ed. Barcelona: Springer-verlag ibérica; 1998 [acceso 9 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://books.google.es/books?id=MQ-nyfiBelwC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=true>
14. Diaz R, Amador R, Alonso RM, Campo A, Mederos M, Oria M. Evaluación del conocimiento del proceso de atención de enfermería. Estudiantes de licenciatura de enfermería. Facultad "Lidia Doce". 2013. Enfermería universitaria [Internet] 2015 enero-marzo [acceso 5 marzo de 2020]; 12 (1): 36-40. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665706315000202#bib0035>
15. Ledesma-Delgado ME, Rino MM. The nursing process presented as routine care actions: building its meaning in clinical nurses' perspective. Rev Lat Am Enfermagem [Internet] 2009 mayo-junio [acceso 5 marzo de 2020]; 17 (3). Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692009000300008&script=sci_arttext

ANEXO 1. Modelo de comunicación interna de intención de exportar o utilizar datos locales o globales


Osakidetza
DONOSTIALDEA ESI
OSAKIDETZA ESI

 Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados®

Actualizado en 2/01/201 CTAP Pagina 14 de 17

ANEXO 3: MODELO DE COMUNICACIÓN INTERNA DE INTENCIÓN DE EXPLOTAR O UTILIZAR DATOS LOCALES O GLOBALES

Programa de implantación de guías de buenas prácticas en Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados®

Dña/D Khadidya Bermejo Pablos participante en el "Programa de implantación de guías de buenas prácticas en Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados®" integrada en la institución: **Hospital Universitario Donostia OSI Donostialdea (alumna 4º Grado enfermería)** comunica la explotación de datos o realización de estudios secundarios (marcar con una X). Si se trata de explotación o estudios que implica base de datos global, o de más de una institución, se deberá haber solicitado el permiso correspondiente a las instituciones implicadas para la cesión y utilización de sus datos.

Comunicación oral

Comunicación póster

Publicación en revista

Proyecto de Tesis (como paso previo a la realización de la Tesis)

Otros trabajos académicos (indicar si es trabajo fin de Grado o Máster) T. Fin Grado

Realización de análisis secundarios

Realización de estudios secundarios

Indicar bases de datos que se van a utilizar:

Base de Datos Global (incluye datos de más de una institución)

Señalar las instituciones implicadas:

Base de Datos Local

Variables que se solicitan de las bases de datos:
Datos relativos a la evaluación de la "Guía Atención Centrada en la persona y familia"

Análisis secundario que se plantea en caso de haber solicitado los datos para análisis secundarios:

1. La institución solicitante ha firmado el Acuerdo sobre la confidencialidad y la propiedad intelectual.
2. En caso de ser una explotación que involucre a más de una institución se cuenta con la aprobación de estas instituciones (se aporta documentación)
3. Las persona/as que figura/an en la explotación de los datos tienen un rol activo en el proyecto y firma/an el Acuerdo. En caso de que además se incluyan personas que no tengan un rol activo en el proyecto será necesario indicar en este Anexo la justificación de su participación para la valoración de CTAP.

4.- Está informado el líder de la institución

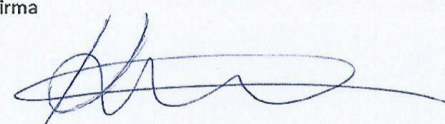
5. La publicación / trabajo (Tesis/Trabajo Máster o Grado) / estudio secundario está relacionado con la explotación de datos del Programa y/o metodología del mismo.

6. Se hace referencia al Programa de implantación de buenas prácticas en Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados. Si procede, se utilizan los logos e imagen del Programa adecuadamente (según documento "Normas de utilización de logos").

Declaro que se cumplen los 6 criterios previos.

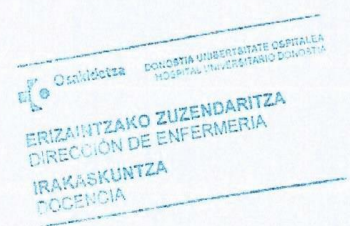
Fecha; ...31 de marzo de 2019.....

Firma



Firmado: Khadidya Bermejo Pablos

Vº Bº Líder del Proyecto BPSO OSI Donostialdea


Osakidetza DONOSTIA UNIBERTSITATE OSPITALEA
HOSPITAL UNIVERSITARIO DONOSTIA
ERIZAINZAKO ZUZENDARITZA
DIRECCIÓN DE ENFERMERIA
IRAKASKUNTZA
DOCENCIA



Fdp. Dr. Ortiz de Elguea F. J.

ANEXO 2. CRONOGRAMA: Reuniones realizadas durante la participación en el proyecto “Atención orientada al paciente”

	FECHA	TIPO DE ACTIVIDAD Y DURACIÓN	INTEGRANTES	TEMAS TRATADOS/ACUERDOS ADOPTADOS
FORMACIÓN DE ESTUDIANTES IMPULSORES BPSO	20/12/2019	1º Reunión presencial introductoria sobre el BPSO, HUD 10:30-13:30 (3h)	<ul style="list-style-type: none"> Alumnos impulsores BPSO Rosa Aguirre; <i>Adjunta de Enfermería y Enfermera Coordinadora en Metodología de Cuidados</i> Carmen Rodríguez; <i>Directora de Enfermería</i> Javier Ortiz de Elguea; <i>Docencia e Investigación</i> 	<ul style="list-style-type: none"> Presentación general (Objetivos de la reunión, presentación de miembros, saludo de la directora, etc). Proceso Enfermero- Metodología en Enfermería (Objetivo, bases, apartados del proceso) Qué es BPSO, qué es la RNAO, Cómo se desarrollan las guías de práctica clínica en Osakidetza, resolución de dudas.
	23/01/2020	2º Reunión presencial de alumnos impulsores del BPSO, HUD 10:00-14:00 (4h)	<ul style="list-style-type: none"> Alumnos impulsores BPSO Javier Ortiz de Elguea 	<p><u>Presentación del grupo de impulsores</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Potenciar el trabajo en equipo, <p><u>Qué es BPSO:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Cómo surgió en la OSI Donostialdea. Que asociaciones/institutos financian/desarrollan BPSO en España Claves de BPSO:

				<ul style="list-style-type: none"> ○ Involucrar a las personas ○ Evaluación y retroalimentación ○ Cambio: motivación vs. Resistencia (teoría “valle del cambio”) ○ Sostenibilidad: importancia de la continuidad por encima de los resultados. <ul style="list-style-type: none"> ● Estructura de las GPC: antecedentes, recomendaciones, referencias bibliográficas, anexos. <p><u>Qué es la RNAO: objetivos, integrantes, etc.</u></p> <p><u>Proyecto Foto-Enfermería:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Difusión a la comunidad y a la propia organización sanitaria ● Búsqueda de apoyo y financiación para futuros proyectos <p><u>Gestión del cambio</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Valle del cambio: Gestión de la resistencia y Fases del cambio (resistencia, motivación, desanimo, mantenimiento)
--	--	--	--	--

				<ul style="list-style-type: none"> Claves del cambio: Reconocimiento-apoyo, castigo, difusión facilitada-personalizada, incentivos (motivación), valores comunes
PROYECTO BPSO “ PREVENCIÓN DE CAÍDAS”	03/02/2020	Reunión presencial 16:00-18:00 (2h)	<ul style="list-style-type: none"> Alumnas impulsoras BPSO 2 estudiantes de 3º Curso de Enfermería 	Creación de un relato para grabación de vídeo sobre prevención de caídas en el ámbito hospitalario. <ul style="list-style-type: none"> Contextualización de una actuación inadecuada por parte de personal sanitario para reflejar actuaciones inapropiadas a la hora de gestionar la atención a pacientes con riesgo de caídas. <i>*Objetivo: concienciar sobre cadena de errores que pueden aumentar la probabilidad de que ocurra una caída prevenible.</i>
	18/02/2020	Reunión online (Vía Plataforma Drive) 17:00-18:30 (1,5h)	<ul style="list-style-type: none"> Alumnas impulsoras BPSO 2 estudiantes de 3º Curso de Enfermería 	<ul style="list-style-type: none"> Creación de escaleta para organizar guion del vídeo
	03/03/2020	Reunión online (Vía Plataforma Drive) 11:00-13:00 (2h)	<ul style="list-style-type: none"> Alumnas impulsoras BPSO 2 estudiantes de 3º Curso de Enfermería 	<ul style="list-style-type: none"> Concretar personajes que participarán en el corto. Redacción del diálogo a seguir durante la representación del relato.

<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">PROYECTO BPSO “ ATENCIÓN ORIENTADA AL PACIENTE”</p>	<p>28/02/2020</p>	<p>Reunión presencial, 7º Planta Centro de Salud de Gros 8:00-12:30 (4,5h)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Rosa Aguirre • Beatriz Arrillaga; <i>Adjunta de Enfermería</i> • Ane Aldasoro; <i>Supervisora del Centro de Salud</i> • Enfermeras Impulsoras: <i>Enfermeras del área de Reumatología y Neurología</i> • Khadidya Bermejo; <i>Alumna impulsora BPSO</i> 	<p>1º Parte: Consulta de Enfermería en Reumatología</p> <ul style="list-style-type: none"> • Descripción de actividades que se desarrollan en la consulta. • Dar a conocer la guía sobre la Atención orientada al paciente. • Puesta en común: <ul style="list-style-type: none"> ○ Proponer ideas sobre cómo se podría aplicar la guía en las consultas de Enfermería ○ Dificultades que observan para la aplicación de dicha guía <p>2º Parte: Consulta de Enfermería en Neurología</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Resumen sobre el desarrollo del proyecto</u> (septiembre 2019-febrero 2020): Organización de las consultas de enfermería con el paciente con Deterioro Cognitivo • <u>Resultados que se han obtenido con el proyecto:</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ Mejora de la coordinación entre diferentes niveles asistenciales
--	-------------------	--	---	---

				<ul style="list-style-type: none"> ○ Aceptación y confianza de los pacientes (satisfacción de los pacientes) ○ Mejorar el manejo de las patologías aumentando los conocimientos y la capacidad de autocuidado de los pacientes
	20/03/2020	Reunión Online (Vía Skype) 13:00-14:00 (1h)	<ul style="list-style-type: none"> • Javier Ortiz de Elguea • Rosa Aguirre • Khadidya Bermejo 	<ul style="list-style-type: none"> • Valoración sobre situación del proyecto • Presentación de nuevos recursos para continuar con el TFG • Resolución de dudas • Propuesta de actividades

Fuente: Elaboración propia

ANEXO 3. Recomendaciones seleccionadas de la Guía “Cuidados centrados en la persona y familia” para las consultas de Enfermería en Neurología

GUÍA: Cuidados Centrados en la persona y familia					
<p>Objetivo general: Promover la práctica de los cuidados centrados en la persona y familia en pacientes con deterioro cognitivo</p> <p>Objetivos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Establecer relaciones entre los profesionales de salud y la persona y su familia para una verdadera colaboración en el cuidado y la toma de decisiones compartidas. - Planificar los cuidados en torno a la persona teniendo en cuenta sus deseos, necesidades, valores y creencias - Evaluar y analizar los resultados así como aspectos de mejora 					
Reuniones de equipo para definir:	Ane Aldasoro Tania Herrera Beatriz Arrillaga		1º cuatrimestre	<ul style="list-style-type: none"> • Equipo de trabajo • Objetivo • Que recomendaciones vamos a trabajar y como las vamos a desarrollar. • Cronograma • Reunión con el Responsable y equipo de medicina. • Reuniones con el resto del equipo de enfermería. • Criterios a Evaluar. (Determinar evaluadoras:???) 	
RECOMENDACIONES	Responsable	1º trimestre	2º trimestre	3º trimestre	4º trimestre
Recomendación 5.0 (Educación): Formar a los profesionales de salud (Empoderamiento, comunicación y en toma de decisiones compartida).	Ane Aldasoro Tania Herrera Beatriz Arrillaga	Identificar necesidades formativas en relación a: <ul style="list-style-type: none"> • Deterioro cognitivo • Herramientas y aplicaciones (Osanaia...) • Comunicación y relaciones interpersonales 	Sesiones sobre: <ul style="list-style-type: none"> • Patología, tratamiento farmacológico y no farmacológico • Herramientas para valoración deterioro 	Formación en comunicación y resolución de conflictos	

<p>Recomendación 6.2 (Sistema, organización y directrices): Diseñar un ambiente que mejore de forma demostrable la experiencia de la persona en relación con los cuidados de la salud a través de la creación de entornos y mejora en el acceso a los cuidados y servicios</p>			<p>Diseñar , planificar y establecer la consulta de enfermería en deterioro cognitivo</p>		
<p>Recomendación 1.3 (Valoración): Escuchar y buscar el conocimiento integral de la persona para obtener una comprensión del significado de la salud de la persona y conocer sus preferencias de cuidado.</p>	<p>Ane Aldasoro Tania Herrera Beatriz Arrillaga</p>	<p>Determinar los dominios de Osanaia para la valoración</p>	<p>Identificar los pacientes que van a ser incluidos en el proyecto</p>	<p>Valoración personal por dominios</p>	<p>.</p>
<p>Recomendación 2.1 (Planificación): Desarrollar un plan de cuidados en colaboración con la persona que tenga sentido para la persona en el contexto de su vida.</p>	<p>Ane Aldasoro Tania Herrera Beatriz Arrillaga</p>			<p>Definir un plan de cuidados en relación a la valoración por dominios de Osanaia</p>	<p>Desarrollar el plan de cuidados con la participación de la persona y familia</p>
<p>Recomendación 3.2 (Implantación): Colaborar con la persona para adaptar las estrategias del autocuidado basado en las características de la persona y en sus preferencias para el aprendizaje</p>	<p>Ane Aldasoro Tania Herrera Beatriz Arrillaga</p>			<p>Promover la capacidad de la persona y familia para el automanejo de sus cuidados. ***</p>	<p>.</p>

Recomendación 4.1 (Evaluación): Obtener retroalimentación de la persona para determinar la satisfacción de la persona en relación con el cuidado y si los cuidados prestados están centrados en la persona y en la familia.	Ane Aldasoro Tania Herrera Beatriz Arrillaga	<ul style="list-style-type: none"> Definir las características de los cuidados para realizar la monitorización 		Monitorización continua	Monitorización continua
	Responsables	1º trimestre	2º trimestre	3º trimestre	4º trimestre
EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LAS DIRECTRICES (Indicadores guía RNAO)	Por determinar		<ul style="list-style-type: none"> - Evaluación de la formación - Evaluación de las herramientas 		<ul style="list-style-type: none"> - Evaluación de la implementación - Evaluación satisfacción

*** Organizaríamos la agenda de enfermería para citarnos a los pacientes con deterioro cognitivo según sus necesidades. Valoraríamos con el paciente la cantidad de citas que necesitaría (1-2) entre las revisiones médicas. Las revisiones médicas de neurología son alrededor de cada 6 meses. Entre tanto nos citaríamos al paciente al mes y si fuera necesario a los 3 meses desde la primera y la segunda revisión médica. Entre el resto de revisiones valoraríamos necesidad.

Primera cita médica --- cita con la enfermera ---- segunda cita con la enfermera (opcional) ---- Cita con el neurólogo---

(1 mes)

(3 Meses)

(6 Meses)

Posible cita con la enfermera----- cita con el neurólogo.....

(3 meses)

(6 meses)

Fuente: Enfermeras impulsoras, Consulta de Neurología (Centro de Salud de Gros)

ANEXO 4. Contenido y actividad en la consulta de Enfermería de Neurología en el Ambulatorio de Gros (OSI Donostialdea)

A continuación, se recogen las actividades y contenidos que se trabajan en la consulta de Neurología en el Centro de Salud de Gros.

Atención enfermera dirigida a personas que acuden al especialista de neurología por deterioro cognitivo.

Las personas con un deterioro cognitivo se enfrentan a una pérdida de autonomía para mantener las actividades básicas de autocuidado y de relación. Esta situación supone también un gran impacto en su familia más próxima. La persona afectada necesitará cuidados y los mismos se verán favorecidos según sea el contexto en el que vive y el apoyo con el que cuente la persona afectada. De cualquier forma, la familia más próxima verá alterado el equilibrio existente en sus vidas debiendo enfrentarse a una nueva y compleja realidad.

Objetivo:

Añadir valor a la atención sanitaria que reciben las personas con deterioro cognitivo y su familia ofreciendo apoyo, consejo sanitario e incluso asegurando una adecuada coordinación con Atención Primaria para mejorar el cuidado de la persona

Tipo de atención:

La consulta tendrá dos modalidades de atención: consulta presencial y consulta telefónica

Inicialmente el médico especialista realizará una valoración y solicitará diferentes pruebas que le permitirán llegar a un diagnóstico e indicar e iniciar un tratamiento.

La actividad de la enfermera en esta consulta de enfermería se centrará en 3 aspectos:

1. Resolver dudas en relación a pruebas diagnósticas, tratamiento médico, etc.
2. Reforzar recomendaciones dadas por el médico especialista.
3. Dar consejo sobre aspectos relacionados con el cuidado e informar sobre recursos disponibles.

4. Realizar valoración enfermera y cuando de acuerdo con la persona afectada, si es posible, y/o su familia enviar un informe de cuidados a la enfermera del centro de salud.

La valoración enfermera se realizará mediante entrevista a la persona y su familia o persona allegada. Estará orientada a conocer qué aspectos del cuidado / autocuidado pueden estar viéndose afectados por el problema de salud.

Es muy importante centrarse inicialmente en los aspectos que más preocupan para después pasar a interesarse por otros aspectos, pudiendo ser necesario completar la valoración inicial en una segunda cita.

Aspectos a contemplar en la valoración enfermera.

- Actividades de autocuidado: higiene, alimentación, eliminación y vestido.
 - Considerar si ha habido cambios en estas áreas y cómo se están cubriendo
- Movilización:
 - En pacientes con deambulación será importante observar o preguntar si la marcha se está viendo afectada y cómo afecta ello al nivel de actividad desarrollada.
- Alimentación e hidratación:
 - Dificultades en la masticación y en la deglución.
 - Considerar si la nueva situación está afectando a la capacidad de alimentarse y de hidratarse y si las necesidades están siendo cubiertas y/o hay dificultades.
- Descanso y sueño:
 - Considerar si las horas de descanso y sueño se están viendo afectadas.
- Situación de la piel y mucosas:
 - Considerar la situación de la piel y de la boca.
- Eliminación urinaria e intestinal
 - Considerar si se han producido cambios en la eliminación urinaria: episodios de incontinencia, y si así fuera valorar si los cuidados que se derivan de esta nueva situación son adecuados.
 - Considerar si se han producido cambios en la eliminación intestinal y las causas de las mismas; por ejemplo, aparición de estreñimiento que

puede ser el resultado de la medicación, así como de una menor ingesta de líquidos o por cambios en la dieta.

- Toma de medicación:
 - Considerar si la medicación prescrita está siendo tomada de forma regular y si no fuera así cuáles son las dificultades o causas del incumplimiento.
- Trastornos de conducta, episodios de agitación, desorientación, pérdida de memoria, ansiedad, ...:
 - Considerar estos trastornos, cuando se dan, qué situaciones las propician y cuáles las minimizan.
- Riesgos de lesión y de caídas:
 - Considerar los riesgos a los que el paciente puede estar expuesto en función de su situación.
- Dolor:
 - Considerar la presencia de dolor asociada a otras patologías que la persona afectada pueda presentar.
- Contexto de cuidado y cuidadoras/es:
 - Considerar los apoyos con los que cuenta la persona afectada y las personas que ejercen labores de gestión y cuidado de la persona (cuidadores).

Los datos de valoración enfermera se registrarán fundamentalmente en historia clínica (Osanaia / Valoración por Dominios) y las recomendaciones, acuerdos con la persona afectada y su familia en evolutivo.

Fuente: Enfermeras impulsoras, Consulta de Neurología (Centro de Salud de Gros)

ANEXO 5. Guía para la entrevista de Enfermería en Neurología

A continuación, se presenta el esquema generado por las enfermeras impulsoras del área de neurología para facilitar la entrevista al paciente en las consultas de Enfermería y el posterior registro de los datos en la Historia Clínica.

1. Comprobar cuidador principal
2. Comprobar la adherencia al TTO y preguntarle al paciente por ello.
3. Tolerancia de la medicación. Posibles efectos adversos.
4. Comprobaremos aceptación del proceso y de la medicación:
 - ¿El/la paciente acepta el proceso?
 - ¿La familia lo acepta?
 - ¿El paciente acepta y toma bien la medicación?
 - ✓ Si, lo hace bien solo
 - ✓ Si, bajo supervisión
 - ✓ No
5. Tóxicos: ¿Fuma? ¿Alcohol? ¿Otros?
6. Nutrición:
 - ¿Mantiene una buena alimentación? ¿Come de todo? ¿Pescado y carne?
 - ¿Hidratación? Hay que insistir en ello.
 - ¿Diabetes? ¿Sobrepeso? ¿Dieta especial?
 - ¿Vómitos o diarreas provocados por la mediación?
 - ¿Estreñimiento? Importante en el Parkinson
 - ¿Pérdida de peso últimamente?
7. Eliminación:
 - ¿Problemas urinarios? ¿Incontinencia?
 - Comprobar o explicar necesidad de pañal u otros sistemas de contención urinaria.
 - ¿Sudoración? Importante porque puede ser Efecto adverso de los parches de Rivastigmina o del Donepezilo.
8. Actividad y Reposo:
 - ¿Qué tal duerme? ¿Toma algo para dormir? ¿Cuánto lleva tomándolo?
 - ¿Descansa bien? ¿Durante el día está adormilado o está bien?
 - Valorar ejercicio. ¿Sale a la calle? ¿Hace paseos o hace algo más de ejercicio?

- ¿Hace alguna actividad más de continuo, como ir al jugar la partida a los jubilados?
 - Valorar inestabilidad y ayudas para la deambulaci3n.
 - Si no sale a la calle, identificar un por qu3 y ver si se puede hacer algo.
9. Aprovechando el anterior punto, valorar CAIDAS. ¿Ha tenido o tiene riesgo de tenerlas?
- Si ha tenido alguna caída intentar identificarlas para poder registrarlas.
10. Percepci3n y cognici3n:
- Nivel de conciencia, Memoria
 - ¿Gafas? ¿Oye bien?
 - ¿Problemas de lenguaje? ¿Le cuesta comunicarse?
11. Rol/Relaciones:
- ¿Con qui3n vive? Solo, con familia y residencia estable, Solo con apoyo familiar/social...
 - ¿Acude al centro de día?
 - ¿Tele alarma?
 - ¿Posible fatiga del cuidador o cuidadores?
12. Seguridad:
- ¿Caídas? ¿Acude por caída?
 - ¿Motivos para tener riesgo de caídas? Medicaci3n, alteraci3n de la fuerza muscular, hipertensi3n...
 - Si ha habido caídas, registrarlas. Intentar aclarar, cuando, donde si hubo testigos y si hubo alg3n tipo de lesi3n.
13. Confort.
- ¿Sufre alg3n tipo de proceso doloroso? ¿Donde? ¿Cr3nico o agudo?
14. Daremos informaci3n sobre:
- Afagi, Aspargi...
 - Tel3fono de la consulta si precisa
 - Informaci3n sobre el proceso o la enfermedad. Librillo sobre las pautas de manejo.
 - Valorar si necesitan ejercicios para realizar en casa
 - Informaci3n de caídas, informaci3n sobre telealarma, informaci3n sobre servicios sociales...

Fuente: Enfermeras Impulsoras, Consulta de Neurología (Centro de salud de Gros)

ANEXO 6. Intervenciones de Enfermería: Consulta del paciente con Parkinson

A continuación, se muestran algunas de las intervenciones escogidas por las enfermeras impulsoras de Neurología para guiar la consulta sobre Parkinson.

- Aclarar dudas sobre el diagnóstico y la medicación prescrita. Valorar aceptación personal y familiar del proceso.
- Información sobre asociaciones (ASPARGI y DEPARKEL).
- Valorar tolerancia a la medicación, adherencia a la medicación.
- Recordar Motilium si están tomando levodopa (Sinemet, Madopar, Stalevo). Tomarlo 20min antes de la medicación.
- Valorar hábitos insistiendo en control de factores de riesgo vascular, abstinencia de consumo de tóxicos, y potenciar la actividad física (insistir en el ejercicio diario, estiramientos).
- Valorar trastornos del sueño. Problemas para dormir. Alteraciones del sueño típicos en la EP como pesadillas, movimientos bruscos estando dormidos, y también el exceso de sueño diurno.
- Valorar estado nutricional. Educación nutricional. Hidratación para evitar el estreñimiento e hipotensión. Alimentación con alto contenido en fibra, fruta y verduras, legumbres. Recordar la posibilidad de disfagia en especial en estadios avanzados, y de exceso de salivación (hipersialorrea).
- Tomar la TA. Valorar hipotensión ortostática, y recordar si es hipertenso que podría necesitar reducirse la dosis. Educación sobre ello, e insistir en hidratación.
- Vigilancia de TCI (trastorno de control de impulsos) en especial si están tomando agonistas dopaminérgicos (Pramipexole, Rotigotina, Ropirinole).
- Vigilancia de deterioro cognitivo, y conductual con presencia de alucinaciones (en ocasiones sólo presenciales muy bien llevadas que podrían no precisar cambio de tratamiento).
- Vigilancia de exceso de movimiento (discinesias) en especial cuando previamente se ha hecho una subida de dosis.
- Recordar la urgencia-incontinencia miccional, con gran aumento de frecuencia nocturna (nicturia).
- Vigilancia de caídas, en especial en pacientes con marcha “congelada”.

Fuente: Enfermeras Impulsoras, Consulta de Neurología (Centro de salud de Gros)

ANEXO 7. Consulta de Enfermería: Fármacos para el Deterioro Cognitivo

En este apartado se recoge la información que las enfermeras de neurología utilizan como referencia para la educación de enfermeras y pacientes sobre el tratamiento farmacológico (efectos secundarios, forma de administración, dosis, etc).

- **Rivastigmina:** Parches. Dosis: 4,6mg, 9,5mg, y 13,3mg. (cambio cada 24h)
(Posibles nombres comerciales: Kern, prometax, rivanex)
Inhibidor de la colinesterasa. Parasimpaticomimético o agonista colinérgico. (Bradycardia, hipotensión por vasodilatación, broncoespasmo, aumento de la sudoración, aumento del peristaltismo y de la motilidad. Efectos secundarios: Mareo, ganas de devolver, vómitos o malestar intestinal, diarrea, sudoración, Intolerancia cutánea.
- **Donepezilo:** Comprimidos de 5 y 10mg. (Lixben, Aricept...) 1 vez al día en el "desayuno"
Inhibidor de la colinesterasa. Parasimpaticomimético o agonista colinérgico. (Bradycardia, hipotensión por vasodilatación, broncoespasmo, aumento de la sudoración, aumento del peristaltismo y de la motilidad. Efectos secundarios: Mareo, ganas de devolver, **vómitos o malestar intestinal**, diarrea, sudoración.
- **Memantina de 20mg:** (Ebixa, Protalón, Krka, Nabila...) 1 vez al día en el "desayuno".
Se hará un incremento de un mes gradual. 5mg, 10mg, 15mg y 20mg. Somnolencia, vértigo, mareo, alteración del equilibrio...Normalmente se tolera bien.
- **Quetiapina:** Neuroléptico. Antipsicótico. Efectos secundarios: Vómitos, indigestión, mareos, inestabilidad, síntomas parkinsonianos (trastorno de la marcha, caídas, temblor...), Boca seca, más apetito y aumento de peso, sueño, dolor de cabeza, reacción paradójica: más agitación...Cuidado con la Quetiapina de noche si se levantan al baño por que pueden estar más torpes e inestables.
- **Leponex:** (Clozapina) Antipsicótico. Indicado en alucinaciones, alteraciones del comportamiento. Antes de prescribir Leponex hay que comprobar en la analítica el recuento de glóbulos blancos que tiene que estar en valores normales. Luego tendrá que hacerse analíticas semanales hasta que pasen 18 semanas y luego una vez al mes. Aumentar gradualmente la dosis. La dosis inicial normal de clozapina es de 12,5 mg. La dosis diaria efectiva está entre 25 y 37,5 mg, tomada como una sola dosis por la noche. Posibles efectos, Estreñimiento, ataques

epilépticos. Signos de resfriado tipo gripe. Si fuera así avisar rápido al médico. Síntomas parkinsonianos (trastorno de la marcha, caídas, temblor...).

- **Deprax (trazodona):** antidepresivo. En depresiones con y sin insomnio secundario. Se da muchas veces en paciente con depresión y cuando tienen problemas para dormir, a pesar del orfidal, por ejemplo.

Los pacientes en edad avanzada muchas veces son más sensibles a los antidepresivos, en particular a la hipertensión ortostática secundaria a la toma del medicamento. También pueden tener, mareo, dificultad de mantenerse quieto, alucinaciones, excitación mental, sequedad de boca...

Fuente: Enfermeras Impulsoras, Consulta de Neurología (Centro de salud de Gros)

ANEXO 8. TRÍPTICO: Consejos para la correcta aplicación del parche transdérmico de Rivastigmina

Su neurólogo le ha indicado utilizar parches de rivastigmina como parte del tratamiento del problema de salud.

A continuación, le damos indicaciones para una correcta aplicación de este medicamento e intentamos responder de forma anticipada a preguntas y cuestiones que pueden surgir durante el tratamiento con este parche.

CONSIDERACIONES A TENER EN CUENTA

- Poner un único parche de rivastigmina al día.
- Aplicar el parche siempre a la misma hora.
- El parche se coloca en espalda, parte superior de brazos y pecho, tal y como indican las imágenes que muestran 14 puntos posibles de aplicación.
- No se debe repetir la zona de aplicación del parche en un periodo de 14 días.
- Puede realizar cualquier actividad con el parche, incluso bañarse.

INSTRUCCIONES DE USO

1. Si tiene colocado ya un parche de rivastigmina, retírelo con cuidado.
2. Lávese y séquese las manos.
3. Limpie también la zona de aplicación y séquela bien. La piel debe estar limpia y seca.
4. Los parches se presentan en sobres individuales. Cada sobre se abrirá en el momento de la aplicación. La apertura del sobre se realizará con unas tijeras siguiendo la línea de puntos.
5. Quite la primera hoja de la **lámina sin tocar con los dedos** el lado adhesivo del parche.
6. Coloque el parche en la zona que corresponda y a continuación retire la segunda hoja de la lámina protectora.
7. Realice presión firmemente y asegúrese que los bordes del parche se han pegado bien a la piel.



PREGUNTAS FRECUENTES

1. ¿Qué hago si se me olvida poner el parche?
 - Ponerse uno nuevo inmediatamente o a la mayor brevedad. Al día siguiente, se aplicará un nuevo parche a la hora habitual.
 - En ningún caso debe colocarse 2 parches para compensar el olvido.
 - El tratamiento con el parche de rivastigmina puede reiniciarse a la misma dosis si no se ha interrumpido el tratamiento más de tres días.
 - Si no ha utilizado los parches durante tres días, no se ponga otro parche antes de haberlo consultado con su médico o médica.
2. ¿Qué debo hacer si se cae el parche?
 - Ponerse uno nuevo y cambiarlo al día siguiente a la hora habitual.
3. ¿Puedo llevar el parche cuando me duche, bañe o me exponga al sol?
 - El baño, la ducha o la natación no deberían afectar al parche. Asegúrese de que no se despega parcialmente mientras realiza estas actividades.
 - No exponga el parche a una fuente de calor externa durante periodos largos.
4. ¿Cómo puedo evitar el enrojecimiento de la piel?
 - Rotando las zonas de aplicación del parche.
 - Limpiando y secando cuidadosamente la piel para evitar dañarla.
 - Utilizando sólo agua o jabones con pH neutro. Evitando utilizar productos con alcohol.
 - Retirando el parche con cuidado y lentamente, nunca de un tirón.
 - Si hay exceso de pelo en la zona de aplicación, córtelo y evite afeitarlo.
5. ¿Qué puedo hacer si aparece una irritación o rojez?
 - Aplicar crema hidratante.
 - Si la reacción es importante, póngase en contacto con su médico o médica.
6. ¿Qué debo hacer si interrumpo el tratamiento con parches?
 - Informar a su médico o médica.
7. ¿Qué puede suceder si de forma accidental me pongo 2 parches? ¿Qué debo hacer?
 - Puede tener alguno de los siguientes síntomas:
 - Sensación de malestar
 - Vómitos y náuseas
 - Tensión alta
 - Diarrea
 - Alucinaciones
 - Retire todos los parches y consulte a su médico o médica.



RIBASTIGMINA-PARTXE TRANSDERMIKOA BEHAR BEZALA JARTZEKO AHOLKUAK



Fuente: Enfermeras Impulsoras, Consulta de Neurología (Centro de salud de Gros)

ANEXO 9. Educación sobre el tratamiento farmacológico en la Enfermedad del Parkinson

De la misma forma que en el anexo anterior, se recogen algunos de los fármacos más utilizados para el tratamiento del Parkinson junto con la información más relevante sobre los mismos:

1º PARTE: Fármacos utilizados en pacientes con Parkinson

- ***Sinemet (levodopa/carbidopa)***: Conviene recordar que el Sinemet plus paradójicamente es el que menos dosis tiene (100 mg). La Levodopa es el componente principal. Actúa reponiendo la dopamina en el cerebro, mientras que carbidopa asegura que llegue al cerebro la cantidad suficiente de levodopa cuando se necesita. Los efectos adversos más frecuente de la levodopa al comienzo del tratamiento son las náuseas, y cuando el paciente lleva con el tratamiento varios años los movimientos irregulares denominados corea o discinesias. Con el paso de los años en los pacientes tratados con levodopa también aparecen las llamadas fluctuaciones motoras, de tal forma que a lo largo del día alternan momentos OFF (la medicación no les funciona y empeoran, reapareciendo el temblor, la rigidez, lentitud de movimientos, bloqueos), y también las fluctuaciones no motoras (dolor, ansiedad) que alternan con momentos ON (la medicación funciona y mejoran los síntomas).
Otros fármacos que contienen levodopa son, **Madopar** (con Benserazida en lugar de Carbidopa), y **Stalevo** (como el Sinemet con carbidopa pero también con Entacapona)
- ***Azilect (Rasagilina)***: Suele emplearse al comienzo de la enfermedad con el objetivo de retrasar el inicio del tratamiento con levodopa. Es muy bien tolerado, y suele ser poco potente para control de los síntomas. Como efectos adversos puede producir hipotensión ortostática (muchas veces ya presente en la enfermedad de Parkinson).
- ***Mirapexin, Oprymeia (Pramipexol)***: Pertenece a un grupo de medicamentos denominados agonistas dopaminérgicos, que estimulan los receptores de la dopamina en el cerebro. Puede utilizarse solo o en combinación con levodopa. Hay que tener en cuenta posibles efectos secundarios como alucinaciones (ver, oír o sentir cosas que no están presentes). La mayoría son visuales. Pueden también producir discinesias, pero con menor frecuente que con levodopa. Se

puede dar somnolencia y episodios de sueño repentino. Destaca especialmente el trastorno de control de impulsos (TCI) con aumento de apetencia por el juego, la comida, compras compulsivas comer o gastar en exceso, deseo sexual excesivo, o coleccionismo “absurdo”.

- **Neupro (Rotigotina):** También pertenece al grupo de agonistas de la dopamina, que estimulan los receptores de dopamina en las neuronas. Se emplea solo o en combinación con levodopa. Si se va a realizar una resonancia magnética o necesita una cardioversión (tratamiento de las alteraciones del ritmo cardiaco). Debe quitarse el parche de Neupro antes, y ponerse otro una vez finalizada la prueba. Al igual que con otros medicamentos de este grupo, también puede producir TCI y alucinaciones. Como sucede con cualquier parche o vendaje, Neupro puede provocar reacciones en la piel, como enrojecimiento y picor. Son generalmente leves o moderadas, y afectan solo a la zona donde se ha colocado el parche. Las reacciones normalmente desaparecen después de unas horas desde que se retire el parche. Para ayudar a que no se produzcan reacciones en la piel, debe ponerse el parche en un sitio diferente cada día, y sólo usar la misma zona si ya han pasado 14 días desde la anterior aplicación en esa misma zona. El parche no tiene demasiada buena adherencia. En épocas de sol es aconsejable no llevarlo expuesto.
- **Ropinirole (Requip):** también de la familia de agonistas dopaminérgicos como Pramipexole y Roitigotina. Generalmente se emplea formulación retard. Vigilancia de TCI, alucinaciones, e hipotensión ortostática. Son menos frecuentes las discinesias.
- **Xadago (Safinamida):** La Safinamida se administra con levodopa para tratar de potenciar su efecto en la EP en estadio medio o avanzado con presencia de fluctuaciones. Siempre ir en combinación a otra medicación de Levodopa. Se toma una vez al día, a la misma hora siempre. Este fármaco puede potenciarlos los efectos secundarios que también tiene la levodopa (discinesias).
- **Ongentys (opicapona):** Se debe tomar por vía oral una vez al día, por la noche, por lo menos una hora antes o después de la última toma de levodopa. Parece mejor su administración por la noche para reducir el riesgo de aparición de discinesias. Está indicado como terapia añadida a las preparaciones de levodopa en pacientes con EP y fluctuaciones motora. Ongentys® permite aumentar el tiempo ON del paciente, y puede ser una buena opción de tratamiento cuando el paciente presenta deterioro de fin de dosis. Los efectos secundarios más

frecuentes pueden ser los relacionados con la potenciación de levodopa sobre todo discinesias.

- **Motilium (domperidona):** jarabe o comprimidos que se dan junto al Sinemet por si el paciente tiene nauseas, o malestar digestivo. Hay que tomarlo 20-30min antes de la toma de la medicación y de las comidas para que luego pueda tolerar bien la comida.
- **Amantadine:** empleado habitualmente para control de las discinesias siendo para ellas el fármaco más eficaz. Produce peor circulación periférica por lo que puede inducir edemas en piernas o signos de mala perfusión distal. Especial cuidado si tienen úlceras que cuesta cicatrizar. También pueden producir insomnio, y alucinaciones visuales.

2º PARTE: Problemas o efectos de la medicación y de la evolución de la enfermedad del Parkinson

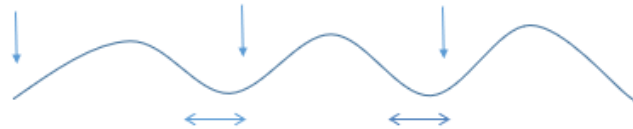
- **COREA (discinesias):** Son movimientos involuntarios anormales de los pies y manos. A veces comparables a bailar. Contracciones irregulares que no son repetitivas ni rítmicas. Efecto de la medicación (en especial levodopa) cuando la enfermedad va avanzando. Suele aparecer a partir de los 4 años de la enfermedad. Puede aparecer recién tomada la medicación o en el punto de efecto máximo, pero en ocasiones son poco predecibles o incluso se relacionan con falta de medicación (llamadas bifásicas). Es importante saberlo porque suele ser muy molesto y pueden necesitar variar la medicación.
- **Efecto de luna de Miel:** Los primeros años de tratamiento con levodopa no notan el efecto de cada toma, ni que se acabe cuando llega la siguiente toma, El efecto es homogéneo todo el día. Cuando se empieza con un tratamiento con Levodopa es el efecto deseado. Más o menos mantienen niveles sin que se acabe el efecto de la Levodopa. Es el estado deseado. Si se saltan una toma tampoco lo notan mucho.



- **Acinesia del despertar (Síntomas on-off predecible):** Se produce un agravamiento de los síntomas motores nocturnos que alcanzan su máxima intensidad al despertar. En este caso podrían beneficiarse de separar las tomas

y retrasar la última del día, asociar agonistas de acción 24h. Emplear levodopa Retard o fármacos potenciadores de levodopa como Ongentys o Xadago.

- **Fenómeno wearing off (Síntoma On-off predecible):** Este fenómeno es un deterioro de fin de dosis que tiene estrecha relación con los periodos de toma de la Levodopa; se producen fluctuaciones en el efecto cuya latencia disminuye progresivamente a medida que avanza la enfermedad



- **Freezing (marcha congelada):** Es un trastorno motor que dura segundos, muy característico de la EP, aunque no exclusivo. Afecta a más de un tercio de los individuos, siendo descrito por los pacientes como la sensación de tener los pies pegados al suelo. Puede ser desencadenado al intentar iniciar y/o continuar la marcha, ante restricciones ambientales que exijan cambios en la velocidad, patrón o sentido del paso con o sin presencia de obstáculos.

Fuente: Enfermeras Impulsoras, Consulta de Neurología (Centro de salud de Gros)

ANEXO 10. CRONOGRAMA: Vídeo formativo sobre “Prevención de caídas”

En este apartado se muestra en forma de tabla el cronograma que se ha cumplido para la preparación del vídeo formativo sobre prevención de caídas.

Tareas	Ene	Feb	Marzo	Abril	Mayo	Junio
1era reunión		★				
2da reunión		★				
Preparación escaleta						
Diseño del guion						
Grabación del video						
Edición del video						

Fuente: Elaboración propia.

ANEXO 11. Relato para vídeo formativo sobre “Prevención de caídas”

A continuación, se muestra el relato creado por las estudiantes impulsoras BPSO y las alumnas de Enfermería participantes:

Paciente de 67 años de edad, que acude a urgencias por fiebre alta y malestar general de varios días de evolución. No ha dormido nada durante la noche, y llega a urgencias sola a las 9.30 de la mañana de un sábado.

Ingresa en planta a las 14.30 “justo en la hora del cambio de turno”, con diagnóstico de ITU e historial de caída previa en su domicilio. Llega a la unidad sin compañía de ningún familiar.

En pleno cambio de turno, la enfermera le pide a la auxiliar que vaya “adelantando” el ingreso y que le tome las constantes. La auxiliar entra en la habitación, y se encuentra a la señora enfadada, agitada y protestando, demandando atención y refiriendo tener hambre y sed. La auxiliar trata de calmarla, pero sin mucho éxito. Le toma la tensión arterial y la temperatura.

Tras la toma de constantes, le comunica a la enfermera que la paciente está hipertensa, que tiene fiebre y que no le ha pesado ni tampoco sabe cuánto mide, y que le ha explicado dónde está el timbre, cuál es su armario y cómo funcionan los mandos de la cama.

Tras el relato de la auxiliar, la enfermera entra en la habitación, y “pasa por encima el check list”. Le pregunta si vive sola o acompañada, le pregunta si es ella quien realiza las tareas diarias, le pregunta si tiene alguna ayuda, le pregunta si sale a la calle, si tiene algún problema para caminar, si utiliza bastón, gafas... etc. La paciente responde que ella se maneja maravillosamente bien sola, y que no precisa ayuda de nada ni de nadie, por lo que la enfermera, en el ingreso hace constar que la paciente es autónoma para las actividades de la vida diaria.

Se conecta al Osabide Global, entra en el Osanaia, y en el dominio 4, registra que la paciente es autónoma en todos los ítems. En el dominio 11, registra que no tiene riesgo de caídas y, por lo tanto, no activa la alerta de riesgo alto de caídas.

Llega el cambio de turno y se transmite que el nuevo ingreso está hecho y que es una paciente autónoma.

Marcelina, sigue agitada. A las 19.00 horas, llega al control de enfermería una mujer de mediana edad, diciendo que es la hija de Marcelina (la ITU que ingresó a las 14.30). La auxiliar le dice que espere en la habitación, que la enfermera la atenderá en breve.

Transcurridos unos pocos minutos, la enfermera del turno de la tarde, entra en la habitación. La hija le pregunta a la enfermera los pormenores del ingreso, pero la enfermera le responde que no le puede facilitar demasiada información, que tendrá que hablar con el médico. La enfermera le pide el número de teléfono a la hija de la paciente, y le explica el funcionamiento de la planta. Le entrega el díptico de caídas y el checklist, y le invita a leerlo, diciéndole que si tiene alguna duda que no dude en preguntar.

La hija, lo único que comenta es que no se puede quedar a pasar la noche, porque su marido es representante de Abanderado, y que se encuentra sola en casa con sus hijos pequeños, a los que no puede dejar solos. La enfermera lo único que comenta, es que lo tiene que valorar ella, por lo que lo deja a su criterio.

A las 20 50, después de la cena, la hija de Marcelina, se pasa por el control de enfermería para despedirse, diciendo que su madre se ha quedado estupendamente y comentando que se ha comido todo lo que había en la bandeja de la cena. Por lo que Marcelina, se queda sola.

...

Llega el cambio de turno de noche y en el cambio, se transmite que la ITU es autónoma y que no está acompañada.

A las 00:20 de la noche, se escuchan gritos desde la habitación de Marcelina. Acuden corriendo la enfermera y la auxiliar, y se encuentran a Marcelina tirada en el baño. Tiene una herida inciso contusa en zona parietal derecha y refiere mucho dolor en la pierna derecha, no se puede levantar por lo que la enfermera y la auxiliar le ayudan.

Llaman al médico de guardia, éste le pide una radiografía y el resultado de la misma, es una fractura de cadera.

La enfermera, realiza cura local de la herida y escribe en el evolutivo este incidente, pero en el Osanaia no declara la caída, ni reevalúa el dominio 11 ni activa la alerta de riesgo alto de caídas en el Osabide Global.

...

Como en el ingreso, no se le había detectado un riesgo alto de caídas, en este caso no se han activado las medidas preventivas, como, por ejemplo:

- Barras laterales de seguridad de la cama.
- Timbre de llamada al alcance de la mano.
- Activación de luz nocturna durante la noche.
- Cama bajada al máximo, para disminuir las consecuencias en caso de caída desde la cama.

Fuente: Elaboración propia

ANEXO 12. Escaleta para vídeo formativo sobre “Prevención de caídas”

SECUENCIA	LOCALIZACIÓN	LUZ	PERSONAJES	DESCRIPCIÓN CONCEPTUAL	VIDEO	AUDIO
1	Interior, sala de control del hospital.	Luz día, hora 14:30	Auxiliar y enfermera de la mañana	Conversación entre enfermera y auxiliar en “cambio de turno”	Imágenes de la enfermera estresada pidiéndole a la auxiliar que vaya adelantando el ingreso.	-Voz en directo de enfermera y auxiliar -Sonido ambiente del hospital
	Interior habitación 202	Luz día, hora 14:37	Auxiliar de la mañana y la paciente (Marcelina)	La auxiliar comienza a hacer el ingreso de la paciente recién llegada (toma de constantes)	Imágenes de paciente agitada y auxiliar intentando calmarla, al mismo tiempo que le toma presión arterial y temperatura.	-Voz en directo de auxiliar y paciente -Sonido ambiente del hospital
	Interior, pasillo de la planta 2 de Amara	Luz día, hora 14:42	Auxiliar y enfermera de la mañana	La auxiliar le pone en situación a la enfermera sobre la paciente	Imágenes de auxiliar molesta, contándole a la enfermera los pormenores que ha tenido con la paciente	-Voz en directo de enfermera y auxiliar -Sonido ambiente del hospital
	Interior habitación 202	Luz día,	Enfermera de la mañana y la		Imágenes de enfermera estresada saltando el “check-list” y haciendo	-Voz en directo de enfermera y paciente

		hora 14:45	paciente (Marcelina)		preguntas aleatoriamente a la paciente	-Sonido ambiente del hospital
	Interior, sala de control del hospital	Luz día, hora: 14:51	Enfermera de la mañana y enfermera de la tarde		Imágenes de enfermera de la mañana contando rápidamente a la de la tarde el parte de la mañana y clasificando a la paciente recién llegada como autónoma	-Voz en directo de enfermeras -Sonido ambiente de alboroto
2	Interior, sala de control del hospital	Luz, día, hora, 19:00	Hija de Marcelina y auxiliar	Hija pregunta por su madre (Marcelina) y auxiliar indica que pase a la habitación para ser atendida por la enfermera en breve	Imágenes de la hija preguntando a la auxiliar y auxiliar indicando camino a la habitación (tras cerciorarse de que la invitada conoce el número de habitación, por Derecho a la Confidencialidad)	-Voz en directo de hija y auxiliar -Sonido ambiente de hospital
3	Interior, habitación 202	Luz, día, hora, 20:00	Enfermera de la tarde, hija, paciente (Marcelina)		Imágenes de la conversación entre la enfermera y la hija, indicándole la estructura de la habitación, entregando material y explicando funcionamiento. Hija indica que no se puede quedar por la noche.	-Voz en directo de la enfermera de la tarde y la hija
4	Interior, control de enfermería	Luz, noche, hora, 20:50	Hija de Marcelina y auxiliar.		Imágenes de hija despidiéndose de auxiliar	-Voz en directo de la hija -Sonido ambiente de hospital

	Interior, control de enfermería	Luz, noche, 21:50	Enfermera de la tarde, enfermera de la noche		Imágenes de enfermeras hablando sobre la nueva paciente en el interior del control. La enfermera de la noche toma nota.	-Voz en directo de las enfermeras
5	Interior, habitación 202	Luz, noche, hora 00:20	Enfermera de la noche, auxiliar, Marcelina	Enfermera/auxiliar corren a la habitación. Enfermera llama a médico de guardia.	Imágenes de paciente: gesto de dolor, gritos, mala postura en el suelo tras caída Auxiliar y enfermera: sorprendidas/asustadas.	-Voz en directo de Marcelina (gritos) -Voz en directo de auxiliar y enfermera
	Interior, habitación 202	Luz, noche, hora, 00:30	Enfermera de la noche Marcelina	Enfermera realiza cura de la herida.	Imágenes de Marcelina encamada y enfermera curando la herida	-Voz de enfermera explicando la cura a Marcelina
6	Interior, control de enfermería	Luz, noche, hora 1:30	Enfermera de la noche	Enfermera escribe lo sucedido en el evolutivo de la paciente.	Imágenes de enfermera indecisa frente al ordenador	-Silencia de la noche

Fuente: Elaboración propia

ANEXO 13. Guion y diálogo para vídeo formativo sobre “Prevención de caídas”

PERSONAJES

Auxiliar de la mañana (Maite):

Enfermera de la mañana (Koro):

Auxiliar de la tarde:

Enfermera de la tarde:

Paciente (Marcelina):

Hija de la paciente:

Enfermera de la noche:

Auxiliar de la noche:

SECUENCIA Nº1:

Control de Enfermería

Enfermera de la mañana: Maite, ¿te importa ir haciendo el ingreso? Es que como siempre mandan todo a última hora y aun me quedan dos sueros por cambiar y escribir todos los evolutivos. (*estresada*)

Auxiliar de la mañana: Claro, no te preocupes, voy tomándole las constantes y ubicándola en la habitación.

Enfermera de la mañana: ¡Gracias, Maite!

Habitación 202

Auxiliar de la mañana: Marcelina, esté tranquila, aquí la vamos a cuidar muy bien, no tiene por qué preocuparse.

Marcelina: ¡No, no necesito la ayuda de nadie, quiero irme a casa y no me ponga ese chisme de la tensión que yo estoy perfectamente!

Auxiliar de la mañana: Vale Marcelina, la dejo tranquila entonces, a ver si con la enfermera se encuentra más cómoda, si necesita algo puede llamar al timbre, el baño está ahí (*auxiliar trata de explicar a Marcelina la estructura de la habitación*)

Marcelina: Que no me expliques nada chiquita, que me voy a marchar hoy mismo, eso sí, tengo hambre, ¿A quién tengo que gritar para que me traigan algo de comer? ¡Esta no es forma de tratar a los mayores!

Auxiliar de la mañana: La hora de la comida ya ha terminado Marcelina, pero no se preocupe, ¡le traigo una bandeja que tenemos extra, espere aquí!

Control de Enfermería

Auxiliar de la mañana: Madre mía como viene Marcelina... Vamos a tener que andar con mil ojos con esta señora. De verdad, justo me ha dejado tomarle las constantes y a regañadientes... Por cierto, está hipertensa y con una temperatura de 38,1°C, aunque si se encuentra mal dudo que nos pida ayuda, he tratado de explicarle cómo funciona la unidad, pero no ha querido escucharme. A ver si a ti te hace más caso.

Habitación 202

Enfermera de la mañana: Buenas Marcelina, me llamo Koro, soy la enfermera del turno de mañana. Voy a hacerle una breve entrevista, ¿Cómo se encuentra?

Marcelina: ¿Yo? Perfectamente, esperando a la comida que me tiene que traer "la de rosa".

Enfermera de la mañana: Bueno Marcelina, está ud con una tensión bastante alta y con fiebre. ¿Sabe por qué la han ingresado?

Marcelina: Pues por lo que dices tú. ¡Pero vaya, que en casa también podría tomar los medicamentos y así no tendría que venir aquí!

Enfermera de la mañana: ¿Y qué medicación está tomando en casa? ¿Tiene alguna alergia?

Marcelina: pues algo de la tensión y algo para el colesterol. ¡Tú tendrías que saberlo mejor que yo! Y alergia pues... creo que al Paracetamol así se llama, ¿no? Oye ¿te queda mucho? ¡Quiero tumbarme!

Enfermera de la mañana: Solo dos preguntas más Marcelina: ¿Vive sola o con algún familiar? y para las tareas ¿Cómo se organiza? ¿las hace usted o tiene alguna ayuda?

Marcelina: ¡Hago todo yo sola! No necesito ayuda de ningún tipo, mi hija quería ponerme a una chica, pero le dije que yo me basto por mí misma, todas las mañanas agarro mi bastón y me voy a la compra y a tomar un café con la Pepi. ¡Y en casa me ocupo yo de todas las tareas como he hecho siempre, aun no estoy tan mayor!

Enfermera de la mañana: Bueno Marcelina, por ahora recojo esta información y la dejo descansar. Si necesita algo avísenos. ¿Le dejo un folleto para que lea sobre las caídas vale? que hay que andarse con cuidado. Ten cuidado con las zapatillas que trae, mejor que sean cerradas.

Marcelina: ¡Ahora cuando venga mi hija explíqueme todo a ella!

Enfermera de la mañana: Está bien Marcelina.

Control de Enfermería

Enfermera de la mañana: En la 201 Sólo queda cambiarle el suero, que no me ha dado tiempo antes perdona, y en la 202 acaba de ingresar una señora de 67 años derivada de urgencias por una ITU. Queda pendiente darle el tratamiento pautado. Eso sí, está bastante irritable, he hecho el check-list como he podido. Es autónoma para todo. A la tarde vendrá su hija.

Enfermera de la tarde: Perfecto. Pues dejaré que descansa y luego me paso a ver cómo está. Y si viene la hija trataré de completar el Naia, quizás nos pueda dar más información.

(La tarde transcurre sin incidencias, Marcelina descansa en la cama, vuelven a comprobar constantes, dan tratamiento pautado y sigue durmiendo...)

SECUENCIA N°2:

Control de Enfermería

Hija de la paciente: Buenas Tardes, soy la hija de Marcelina. ¿Qué tal está mi madre?

Auxiliar de la tarde: Su madre se encuentra en su habitación, enseguida pasará su enfermera y le puede preguntar a ella.

Hija de la paciente: Está bien, ¿tardará mucho?

Auxiliar de la tarde: No creo, aunque no le puedo asegurar.

SECUENCIA N°3:

Habitación de Marcelina

Enfermera de la tarde: Hola, buenas tardes. ¿Como se encuentra Marcelina? ¿Usted será su hija, ¿verdad?

Hija de la paciente: Si, la estaba esperando. ¿Cómo está mi madre?

Enfermera de la tarde: Tiene una infección urinaria, y al ingreso estaba con fiebre de 38.1°C, así que le hemos puesto antibióticos y antipiréticos y ahora le ha bajado un poco

la fiebre. Al ingreso estaba un poco agitada pero le hemos dejado tranquila y ahora se le ve mejor.

Hija de la paciente: Si, normalmente ella siempre suele estar agitada con todo el mundo.

Enfermera de la tarde: Bueno le explico un poco el funcionamiento. Como le he dicho a su madre, he dejado allí un folleto para la prevención de caídas. También le he dicho que tenga cuidado con las zapatillas, que mejor sean cerradas. ¿Por lo demás, tenéis alguna duda?

Hija de la paciente: No, está bien, pero quería comentarte una cosa. A la noche no me puedo quedar con mi madre. No hay ningún problema en que la deje sola, ¿verdad?

Enfermera de la tarde: Por las noches hay menos trabajadores, y los pacientes no suelen estar tan vigilados como por el día, por eso se recomienda que se queda algún familiar con ellos... pero bueno, eso queda en sus manos.

Hija de la paciente: Es que mi marido sale en Abanderado, y están los niños solos en casa.

Enfermera de la tarde: Lo dejo bajo su criterio.

SECUENCIA Nº4:

Control de Enfermería

Hija de la paciente: Bueno yo me voy ya, mi madre se ha quedado muy tranquila después de cenar todo. ¡Que tengáis buena noche!

Auxiliar de la tarde: ¡Está bien, buenas noches!

Control de Enfermería (pasando el parte):

Enfermera de la tarde: En la 202 Marcelina 67 años, una ITU que han subido desde urgencias a última hora de la mañana. Es autónoma y vive sola en casa. Me han dicho que al ingreso estaba muy irritable, pero por la tarde ha estado tranquila y acompañada de su hija.

Enfermera de la noche: ¿Está sola o sigue acompañada?

Enfermera de la tarde: ¡No! Está sola, la hija nos ha dicho que no se podía quedar ningún familiar con ella. Le hemos explicado todo, pero al final se ha quedado sola.

Enfermera de la noche: ¡Vale! A ver qué tal pasa la noche...

SECUENCIA N°5:

(A las 00:20)

Marcelina: ¡¡¡¡¡Ayuda!!!!

Enfermera de la noche: *(corriendo a la habitación, se encuentra a Marcelina en el suelo con un charco de sangre en la cabeza). ¿Qué ha pasado Marcelina?*

Marcelina: Pero, ¿dónde estoy? ¿Quién es usted?

Enfermera de la noche: Soy la enfermera Marcelina, está en el hospital.

Auxiliar de la noche: *(Llama al médico de guardia).*

Enfermera de la noche: ¿Le duele algo? ¿Se puede mover? Yo le ayudo *(Con la ayuda de la auxiliar, la levantan y le llevan a la cama). (Le hace la cura de la herida).*

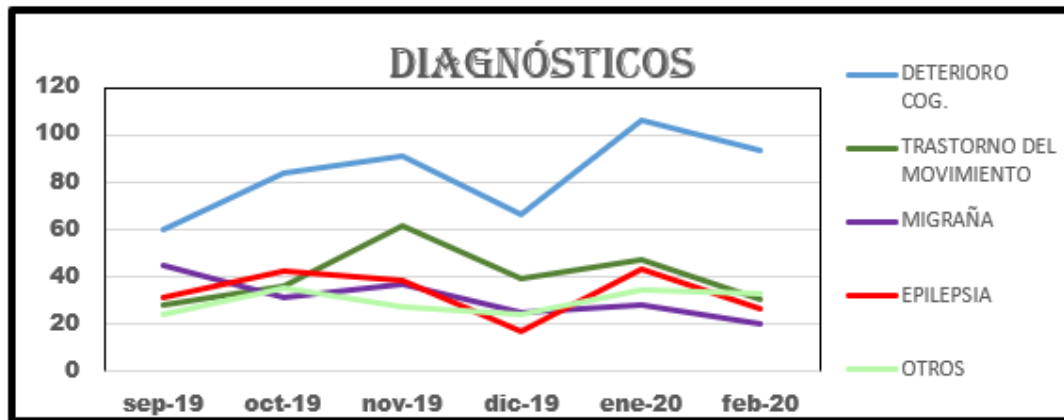
Fuente: Elaboración propia

ANEXO 14. Evolución de las consultas de Enfermería en Neurología (A demanda/Programada)



Fuente: Enfermeras Impulsoras, Consulta de Neurología (Centro de salud de Gros)

ANEXO 15. Evolución de los Diagnósticos en las consultas de Enfermería en Neurología en Neurología



Fuente: Enfermeras Impulsoras, Consulta de Neurología (Centro de salud de Gros)

ANEXO 16. INFOGRAFÍA: Guía “Cuidados centrados en la persona y familia”



GUÍA DE BUENAS PRÁCTICAS CLÍNICAS: CUIDADOS CENTRADOS EN LA PERSONA Y FAMILIA

¿Cuál es el **objetivo** de esta guía?

Promover las **prácticas basadas en la evidencia** asociadas con los **cuidados centrados en la persona y la familia**

Ayudar a las enfermeras y otros profesionales de la salud a adquirir **el conocimiento y las habilidades necesarias** para ser más hábil en la práctica de los cuidados centrados en la persona y en la familia

¿Qué son los **cuidados centrados en la persona y la familia**?

Es un **enfoque de cuidados** que proporciona unos cuidados **respetuosos, compasivos, culturalmente seguros y sensibles** que responden a las **necesidades, valores, creencias y preferencias** del paciente, su familia, y otros allegados, de diversos orígenes y entornos, en su vida



1. Recomendaciones para la **Valoración**

- 1.1 Establecer una **relación terapéutica** con la persona utilizando estrategias de comunicación verbal y no verbal para construir una relación de **confianza y respeto genuina** (nivel de evidencia III)
- 1.2 Construir **relaciones de empoderamiento** con la persona para promover la **participación activa y significativa** de la persona como un colaborador activo en sus cuidados de salud (nivel de evidencia Ia)
- 1.3 Escuchar y buscar el **conocimiento integral de la persona** para obtener una comprensión del significado de salud de la persona y conocer sus preferencias de cuidado (nivel de evidencia Ia)
- 1.4 **Documentar la información** obtenida del significado y de la experiencia de la salud de la persona utilizando las propias palabras de la persona (nivel de evidencia V)



2. Recomendaciones para la **Planificación**

- 2.1 Desarrollar un **plan de cuidados en colaboración con la persona** que tenga sentido para la persona en el contexto de su vida (nivel de evidencia Ia)
- 2.2 Comprometerse con la persona en la creación de un **modelo participativo** de toma de decisiones, respetando el derecho de la persona a elegir las intervenciones que prefiera para su salud, mediante:
 - La colaboración con la persona en la identificación de **sus prioridades y objetivos** en relación con su salud
 - El **intercambio de información** para promover la comprensión de las opciones disponibles para los cuidados de salud para que la persona pueda tomar una decisión informada
 - El **respeto a la persona** como experta en sí misma y en su vida(nivel de evidencia Ia)



3. Recomendaciones para la **Implantación**

- 3.1 **Personalizar los cuidados y servicios** para garantizar que los cuidados no se lleven a cabo desde la perspectiva del profesional de la salud y la institución, mediante la colaboración con la persona en:
 - Elementos de cuidado
 - Roles y responsabilidades en los cuidados
 - Estrategias de comunicación(nivel de evidencia Ia)
- 3.2 **Colaborar con la persona** para adaptar las **estrategias del auto-cuidado** basado en las características de la persona y en sus preferencias para el aprendizaje (nivel de evidencia V)



4. Recomendaciones para la **Evaluación**

- 4.1 Obtener **retroalimentación de la persona** para determinar la satisfacción de la misma en relación con el cuidado y si los cuidados prestados están centrados en la persona y en la familia (nivel de evidencia Ia)



Las recomendaciones han sido extraídas de la guía "Cuidados centrados en la persona y familia" elaborada por la RNAO (Registered Nurses' Association of Ontario). Disponible en: https://evidenciaencuidados.es/bpsol/wp-content/uploads/2020/01/D0003_BPG_Person-and-Family-Centred-Care_2015.pdf



Fuente: Elaboración propia