

INTRODUCCIÓN A LAS COMPETENCIAS DE LA ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA Y SU SISTEMA DE REGISTRO EN OMI-AP



SEAPREMUR

Sociedad Murciana de Enfermería Familiar y Comunitaria

Autores:

Sánchez Monfort, Josep
Cayuela Fuentes, Pedro Simón
Delgado Gómez, María Soledad
Lifante Pedrola, Zoila María
Morales Moreno, Isabel

Atención Primaria de Salud

Introducción a las competencias de la Enfermería Familiar y Comunitaria y su sistema de registro en OMI-AP

Primera edición. 2015

© Sociedad Murciana de Enfermería Familiar y Comunitaria - SEAPREMUR
<http://www.seapremur.es>

Gupo de formación de SEAPREMUR.

Introducción a las competencias de la Enfermería Familiar y Comunitaria
y su sistema de registro en OMIAP.

ISBN 978-84-608-3631-5

MQCX Enfermería comunitaria

Diseño de la portada: Josep Sánchez Monfort.

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida ni transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo las fotocopias o las grabaciones en cualquier sistema de recuperación de almacenaje de información, sin el permiso escrito del titular del copyright.

Autores

Pedro Simón Cayuela Fuentes

Diplomado en Enfermería

Master en Investigación en Atención Primaria de Salud

Doctor en Ciencias de la Salud por la Universidad Complutense de Madrid

Profesor Coordinador Escuela de Enfermería de Cartagena, adscrita a la Universidad de Murcia.

María Soledad Delgado Gómez

Máster Universitario en Psicología de la salud y Práctica clínica

Experto Universitario en Desarrollo Personal, Educación Consciente y Mindfulness. Conciencia Plena

Diplomada en Enfermería

Máster en Logopedia. Centro de Servicios Infantiles y de Familia, en colaboración con la Escuela de Logopedia de la Facultad de Medicina Louis Pasteur de Estrasburgo y el Instituto Saint Shiltigheim de Estrasburgo

Licenciada en Psicología

Profesora universitaria de la Facultad de Enfermería. UCAM.

Zoila María Lifante Pedrola

Graduada en Enfermería

Máster en Investigación en Atención Primaria de Salud

Doctora en Ciencias de la Salud por la Universidad de Murcia

Profesora Asociada del Departamento de Enfermería de la Universidad de Murcia

Enfermera en el C. S. Molina de Segura (Murcia)

Miembro Junta Directiva SEAPREMUR

Isabel Morales Moreno

Doctora en Enfermería

Profesora de Enfermería Comunitaria (UCAM)

Secretaria Académica

Coordinadora de Movilidad y Relaciones Internacionales de la Facultad de Enfermería (UCAM)

Miembro de SEAPREMUR.

Josep Sánchez Monfort

Diplomado en Enfermería

Enfermero en el C. S. Salud de Cabezo de Torres (Murcia)

Coordinador del grupo de formación SEAPREMUR

Agradecimientos

Este libro ha sido posible gracias a personas que han colaborado con los autores revisando los contenidos y ofreciendo su apoyo, estímulo y propuestas de mejora. Aunque puede que no estén todas las que son, si que son todas la que están:

Paloma Castillo Vicente

María Amalia Pérez Sánchez

Cristina López Sánchez

Francisca López Martínez

Antonio Gris Peñas

A las personas componentes de la junta directiva de SEAPREMUR

Y a nuestras familias, a quienes hemos restado tiempo de dedicación para poder llevar a cabo este proyecto.

ÍNDICE GENERAL

1	Metodología	VII
2	Abreviaturas	VIII

1 LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD **PÁGINA 1**

1	Introducción	1
2	Objetivos	2
3	Contenidos teóricos	2
4	Práctica. Discusión sobre gestión del trabajo en AP	11
5	Evaluación	12
6	Bibliografía	14

2 PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMERDAD **PÁGINA 15**

1	Introducción	15
2	Objetivos	16
3	Contenidos	16
4	Actividades	27
5	Evaluación	28
6	Bibliografía	30

3 CARTERA DE SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA PÁGINA 31

1	Introducción	31
2	Objetivos	32
3	Contenidos	32
4	Actividades	40
5	Test de evaluación de la unidad 3	41
6	Bibliografía	42

4 LA COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE PÁGINA 43

1	Introducción	43
2	Objetivos	43
3	Contenidos	44
4	Actividades	52
5	Evaluación	53
6	Bibliografía	54

5 REGISTROS DE ENFERMERÍA EN OMI-AP PÁGINA 55

1	Introducción	55
2	Objetivos	55
3	Contenidos	56
4	Actividades	69
5	Evaluación	71
6	Bibliografía	72
7	Soluciones a los tests	73

1 Metodología

En cada tema o bloque del programa formativo, se seguirá la siguiente estructura:

Exposición teórica: Exposición de contenidos por parte del docente, análisis de competencias y objetivos, explicación y demostración de capacidades, habilidades y conocimientos en el aula o a través de medios audiovisuales. Las presentaciones estarán a disposición de los asistentes. También se podrán proporcionar diversos artículos científicos y otros documentos para completar los temas a desarrollar presencialmente; se desea que los asistentes los lean antes de la clase y tengan más información para debatir temas a tratar en la sesión. Cada unidad incluirá una presentación centrada en temas fundamentales del curso.

Actividades teórico- prácticas: Consiste en la discusión por parte de los alumnos, con la supervisión del docente, de textos y temas de interés. Todo ello servirá, para lograr un aprendizaje significativo de los conocimientos derivados del contenido de las materias (30 minutos). Se desarrollarán diversas dinámicas grupales para trabajar los temas de interés, como por ejemplo, los grupos de aprendizaje colaborativo, brainstorming, etc, seguido de una puesta en común general moderada por el docente.

Evaluación: Con el fin de que el alumnado pueda comprobar si ha adquirido las competencias desarrolladas en cada unidad, se incluye una prueba de tipo test. Además, el desarrollo de las actividades teórico-prácticas incluidas en el apartado anterior tiene también un componente autoevaluativo además de práctico.

Prácticas con ordenador: La unidad 5 se ha diseñado en forma de taller. Se requiere disponer de ordenadores a disposición del alumnado con la demo del OMI-AP instalada. Se realizarán prácticas tutorizadas en el ordenador. Primero los supuestos prácticos paso a paso y a continuación se resolverán los casos clínicos de ejemplo para practicar cada uno de los apartados de esa unidad.

2 Abreviaturas

Abreviaturas usadas en este libro

AECC	Asociación española contra el cáncer
AH	Atención Hospitalaria
AP	Atención Primaria
APS	Atención Primaria de Salud
CS AP	Cartera de Servicios de Atención Primaria
DGP	Datos Generales del Paciente
EAP	Equipo de Atención Primaria
EFyC	Enfermería Familiar y Comunitaria
EPE	Evaluar - Proporcionar información - Evaluar
EpS	Educación para la salud
ESAD	Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria
ICU	Informar - Comprobar - Informar
OMS	Organización Mundial de la Salud
SMS	Servicio Murciano de Salud
SNS	Servicio Nacional de Salud
TAD	Tensión arterial diastólica
TAS	Tensión arterial sistólica
ZBS	Zona básica de salud

1

La Atención Primaria de Salud

Autora: Isabel Morales Moreno

1 Introducción

La reforma que los sistemas sanitarios han experimentado en los últimos años, y sobre todo a partir de la conferencia de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Alma Ata, viene propiciada a raíz de toda una serie de cambios sociales, políticos, económicos, así como culturales que evidencian un nuevo planteamiento del concepto de salud y de la sistemática del funcionamiento de la prestación de servicios sanitarios, la cual se centraba casi exclusivamente en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad del individuo.

Esta nueva perspectiva se orienta en torno a la potenciación del polo opuesto: la salud de las comunidades, y para ello ha sido preciso considerar la Atención Primaria de Salud como el núcleo central básico de los sistemas sanitarios, para poder garantizar el derecho a la salud. De esta forma, no podríamos hablar de Enfermería Familiar y Comunitaria (EFyC) sin hacer referencia a los cambios conceptuales cualitativos y a este primer nivel asistencial que constituye el ámbito básico de la EFyC.

Es necesario remontarse al concepto de salud, sus determinantes, la visión integral de ésta, la epidemiología y los factores de riesgo como premisas para poder comprender la dinámica del ámbito de trabajo que constituye la Atención Primaria de Salud (APS). A su vez, progresamos en la profundización de conocimientos centrándonos en la metodología de trabajo en la red de Centros de Atención Primaria, basada principalmente en los programas de salud, avanzando en los contenidos de todos los programas de promoción y prevención que se aplican durante toda la vida del individuo, familia y comunidad, contando con una herramienta fundamental adaptable a todos los casos, la Educación para la Salud. Así pues, se podría decir que vamos a seguir un proceso de aprendizaje que va desde una perspectiva general a otra más particular, hasta lo más específico del manejo de la consulta de Enfermería de Atención Primaria.

2 Objetivos

- Comprender y explicar qué es la APS
- Conocer del desarrollo de la APS a nivel nacional y regional en un contexto global.
- Conocer el sistema de organización básica en APS
- Conocer la metodología de trabajo en APS
- Identificar la atención de Enfermería en los servicios de APS

3 Contenidos teóricos

3.1 Generalidades

El devenir histórico de cada país ha modelado la constitución de sus propios mecanismos de control de la salud y de la enfermedad en cada lugar del mundo, con la influencia de variables muy distintas de corte social, cultural, histórico, político, biológico, etc. y bajo esta premisa, las distintas formas de relación de los grupos humanos con la salud ofrece una panorámica ecléctica, con proyecciones hacia dimensiones absolutamente diferentes, pero con algunos puntos en común marcados por los avances científicos y los logros sociales. Poco a poco, se fue dibujando así un mapa marcado por coordenadas de salud distintas, y ante las cuales, la mayor parte de los países del mundo decidieron aplicar una estrategia común que cada sociedad debía adaptar a su propia realidad.

Es en la década de los años 70 donde debemos fijar el punto de inflexión que marcó un antes y un después en el desarrollo de lo que hoy entendemos como sistemas sanitarios. El desarrollo tecnológico creciente, la subespecialización y el hospitalocentrismo son tres de los elementos fundamentales que definen la atención a la salud de la segunda mitad del siglo XX, la cual, ha estado centrada eminentemente en los mecanismos por los que se producen las enfermedades, su diagnóstico y su tratamiento, alcanzando elevados grados de sofisticación científico-técnica. La rapidez en la introducción de nuevos conocimientos y tecnologías y la imposibilidad de dominarlos todos justifican el origen de la subespecialización creciente de las profesiones sanitarias, y el hospital representa la institución donde se aglutinan, desarrollan y aplican la mayoría de los últimos avances tecnológicos en salud (Martín, Cano & Gené, 2014)

Todos estos elementos confluían en el tiempo con la aparición de otros dos fenómenos muy importantes: por un lado, la aparición de las enfermedades crónicas como nuevo problema de salud, aumentando el número de casos en la población rápidamente, sin identificarse procesos de atención a la salud que permitieran una adecuada evolución del problema evitando las complicaciones; y por otro lado, se manifestó un importante problema con respecto al control del gasto sanitario; las nuevas tecnologías resultaban ser muy costosas, precisando profesionales muy cualificados para su aplicación y manejo.

El incremento de la complejidad y de los costes de los sistemas sanitarios alcanza un nivel en el que deja de establecerse una relación directamente proporcional, aspecto que se ha reflejado en la falta de mejora o incluso empeoramiento de la salud de la población atendida. Es evidente que aparecen nuevas necesidades de salud en la población, ante las cuales, los sistemas sanitarios sólo podían responder con un enfoque eminentemente curativo y medicalizado, cuyo núcleo central se basaba en los beneficios que reportaba el manejo de la tecnología hospitalaria en la lucha contra la enfermedad, y que resultó no sólo ser claramente inadecuado e insuficiente sino también, insostenible.

Se asume que los sistemas sanitarios centrados esencialmente en las aplicaciones tecnológicas no son eficientes en términos de salud poblacional (Martín & Cano, 2003). A partir de este momento que es-

tamos describiendo, finales de la década de los 70, comenzaron a darse las condiciones necesarias para iniciar una nueva forma de atender y entender la salud, que apostara por el equilibrio entre la curación y la prevención, la salud frente a la enfermedad, la educación para la salud frente a la curación. En este momento fue cuando se llevó a cabo la reforma de la APS.

Atención Primaria de Salud: orígenes y conceptualización.

En 1978, la OMS junto con Unicef, celebraron en Alma Ata una conferencia mundial bajo el lema “Salud para todos en el año 2000”, aglutinando a más de 134 países que acordaron unánimemente desarrollar la estrategia de Atención Primaria de Salud (Martín & Cano, 2003). Se trató de una propuesta estructural común que debía adaptarse a las circunstancias que operaban en cada contexto, y que se desarrollaría en adelante de manera progresiva y paulatina según lo fuesen permitiendo tanto el alcance técnico como el desarrollo social, pero persiguiendo un fin último común, un bien superior que se manifestase con la mejora de la salud humana.

Para entender esta verdadera revolución, es necesario rescatar la definición y los elementos que conceptualizaban esta nueva forma de entender y actuar ante la salud (OMS, 1978)

La APS es la asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación, y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La Atención Primaria es parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

Al leer el concepto de APS, se entiende que esta nueva perspectiva de acercamiento y atención a la salud de las poblaciones se centraba en dar un papel especialmente importante al autocuidado de los individuos y familias, apostando por los enfoques preventivos como punto esencial y básico en el sistema sanitario de muchos países del mundo con muy diversas características y circunstancias, cuya adhesión a esta estrategia se inició desde aquel momento.

Los aspectos esenciales de la declaración de Alma Ata son los siguientes (Ponte, 2008):

- El derecho a la salud requiere la acción colectiva y su garantía es responsabilidad de los gobiernos de cada país del mundo.
- La importancia de la participación popular en salud, como derecho y como responsabilidad.
- La trascendencia de la Atención Primaria en la prevención, promoción, curación y rehabilitación.
- Lograr salud requiere el esfuerzo coordinado de todos los sectores implicados, no sólo el sanitario.
Enfoque multisectorial
- Rechazo de las desigualdades en salud
- Importancia de la paz y el desarme como fuente de salud y desarrollo.

La declaración de Alma Ata expresaba así la convicción de que las soluciones técnicas son insuficientes y que el desarrollo económico y social está íntimamente asociado a la salud, defendiendo la participación

colectiva en salud en oposición al individualismo y el consumismo. La consigna de “Salud para todos en el año 2000” había que entenderla como una meta social y política, pero también como un grito de guerra para convocar a sanitarios y ciudadanos a la acción (Tejara de Rivero, 2003)

Diferencias conceptuales y de contenido entre la antigua asistencia ambulatoria y la APS	
OBJETIVOS De ... enfermedad, curación	a ... salud, promoción, prevención, cuidado
CONTENIDO De ... tratamiento, cuidado esporádico, problemas específicos	a ... promoción de salud, cuidado continuo, cuidado global
ORGANIZACIÓN De ... especialistas médicos, práctica individual	a ... médicos generales, otros profesionales, trabajo en equipo
RESPONSABILIDAD De ... sector sanitario aislado, dominio profesional, recepción pasiva de los cuidados	a ... colaboración intersectorial, participación comunitaria, autoresponsabilidad

Según H. Vuori(1984), Delegado de la OMS para Europa tras Alma Ata, los contenidos de APS se pueden analizar desde 4 perspectivas:

- Como un conjunto de actividades
- Como un nivel de asistencia
- Como una estrategia (acción + recursos)
- Como una filosofía

La APS entendida como un conjunto de actividades requiere para poder ser definida como tal, la inclusión de una serie de premisas, como por ejemplo, provisión de alimentos, medicamentos, salubridad del agua, sistemas de saneamiento básicos, etc. en tanto que se establece para países en distintos niveles de desarrollo. A primera vista, puede parecer que los países desarrollados ya tienen resueltas muchas de ellas de forma satisfactoria, pero un análisis en profundidad, nos revela que en bastantes ocasiones esto no es así: el suministro de agua potable o el de medicamentos esenciales pueden ser adecuados, pero no por ello deja de ser significativa la contaminación de los cursos naturales de agua y de las playas, la proliferación injustificada de preparados farmacéuticos idénticos o el aumento del número de intoxicaciones accidentales y los trastornos por hipernutrición en la infancia. Estos y otros datos nos indican que la estrategia de la APS no es un proyecto adecuado exclusiva ni principalmente para los países subdesarrollados, sino que ha de ser asumido también por las naciones ricas e industrializadas, introduciendo los matices lógicos derivados de su situación concreta respecto a los distintos grupos de actividades propias de la APS.

La APS entendida como un nivel de asistencia implica su consideración como primer punto de contacto individual y comunitario con el sistema de salud, con independencia de las restantes subdivisiones organizativas establecidas en él. Esta primera toma de contacto ha de ser mutuamente interactiva, en el sentido de que no se limite al acceso de la persona enferma a los cuidados proporcionados por el sistema, sino que también sea este el que promueva los contactos con los componentes sanos y enfermos de la comunidad y potencie el autocuidado y autorresponsabilización. Es preciso no olvidar que una gran parte de los problemas de salud, sobre todo los crónicos, no son abordados exclusiva o permanentemente en uno u otro nivel del sistema sanitario, sino que son atendidos en ambos y en momentos diferentes, manteniendo la Atención Primaria la responsabilidad de la continuidad y longitudinalidad asistencial.

Para que esta estrategia de organización asistencial sea viable, es preciso introducir un cambio significativo en la priorización de la asignación de los recursos presupuestarios y funcionales, orientándolos más hacia la organización de la atención de los procesos (problemas y necesidades) y menos hacia el mantenimiento de las estructuras (hospitales y centros de salud), que han de ser concebidas como meros instrumentos y no como elementos finalistas del sistema.

La APS como estrategia de organización de los servicios sanitarios hace referencia a la necesidad de que estos estén diseñados y coordinados para poder atender a toda la población y no solo a una parte de ella, ser accesibles y proporcionar todos los cuidados propios de la Atención Primaria. Al mismo tiempo, los servicios sanitarios deben mantener una relación adecuada costo-beneficio en sus actuaciones y resultados, y estar abiertos a la colaboración intersectorial.

La APS como filosofía implica el desarrollo de un sistema sanitario que asuma el derecho a la atención de la salud en el marco de los derechos fundamentales de las personas, que garantice su defensa prioritaria y responda en todo momento a criterios de justicia e igualdad en el acceso y disfrute de este derecho por toda la ciudadanía, con independencia de cualquier otro factor de salud (Martín, Cano & Gené, 2014)

Diferencias entre la APS centrada en el paciente y APS centrada en la persona	
APS CENTRADA EN EL PACIENTE	APS CENTRADA EN LA PERSONA
Habitualmente referida a la visitas.	Considera los episodios como parte del curso de la vida y su interacción con la salud.
Centrada en el abordaje de enfermedades.	Visualiza las enfermedades como fenómenos interrelacionados.
Visualiza la comorbilidad como un número de enfermedades crónicas.	Frecuentemente considera la morbilidad como una combinación de tipos de enfermedades (multimorbilidad)
Visualiza de forma independiente los sistemas corporales.	Visualiza los sistemas corporales de forma interrelacionada.
Utiliza sistemas de codificación que reflejan la visión profesional de los problemas.	Usa sistemas de codificación que incorporan también especificaciones sobre la visión y preocupaciones de las personas.
Su preocupación esencial se centra en la evolución de las enfermedades de los pacientes.	Se preocupa tanto de la evolución de las enfermedades como de las experiencias de las personas en relación con los problemas de salud.

Fuente : Starfield, 2011

Elementos conceptuales de Atención Primaria	
Integral	Basada en el trabajo de equipo
Integrada	Comunitaria y participativa
Continuada y permanente	Programada y evaluable
Activa	Docente
Accesible	Investigadora

3.2 Estructuras básicas de salud y mapa sanitario. Real decreto 137/1984

1.- Equipo de Atención Primaria

Conjunto de profesionales sanitarios y no sanitarios con actuación en la Zona Básica de Salud (ZBS) Es el pilar funcional.

Ámbito territorial: ZBS

Localización física principal: Centro de Salud

Características:

- Personal variable según las necesidades de la zona
- Distribución de pacientes por cupos (cantidad desde el año 2010)
 - Medicina General: Hasta 1500 (TIS)
 - Enfermería: Hasta 1800 TIS
 - Pediatría: Hasta 1000 niños (0-14 años) (TIS)
- Libre elección de médico y enfermero siguiendo el criterio de cupo con menor nº de TIS
- Un derecho del usuario vs. esfuerzo organizativo
- Estratificación de pacientes (gestión de crónicos y distribución de cargas de trabajo)

2.- Centro de salud

Espacio físico que posibilita la estructura funcional y el desarrollo de una APS coordinada, integral, permanente y continuada, basada en el trabajo en equipo (trabajadores sanitarios y no sanitarios)

También hay una red de consultorios locales (periféricos) en medios rurales y aislados que dependen del centro de salud de la zona básica de salud.

3.- Zona básica de salud (ZBS)

Demarcación poblacional y geográfica fundamental, delimitada a una población de 5000 a 25000 habitantes, capaz de proporcionar una atención de salud continuada, integral y permanente.

Las competencias para delimitar las ZBS corresponde a las Comunidades Autónomas, teniendo en cuenta que ningún punto de la zona esté a más de 30 minutos del centro de salud utilizando los medios de transporte habituales, lo que se conoce como isocrona de atención.

La ZBS se considea tanto una estructura básica de salud como una demarcación territorial del mapa sanitario

Con la Ley General de Sanidad (1986) se llevó a cabo la Ordenación Territorial, dando lugar a los mapas sanitarios. El diseño y delimitación de los mismos recayó en las Comunidades Autónomas, aún cuando solo unas pocas habían recibido las transferencias sanitarias y todavía no se había iniciado el proceso de descentralización. En el mapa sanitario se establecieron dos demarcaciones territoriales:

- Áreas de Salud (Desarrollo desigual en distintas partes de España)
- Zonas Básicas de Salud (Estructura Básica de Salud)

Área de Salud Abarca una población entre 200.000-250.000 habitantes. Exceptuando Baleares, Canarias, Ceuta y Melilla (en los que los también influyen los criterios geográficos)

Confluyen los dos niveles asistenciales (APS y AH)

Asegura la continuidad e integralidad en la Atención Sanitaria.

Existe gestión unitaria de recursos (APS y AH)

Es un centro presupuestario único.

Asignación de recursos sanitarios por TIS.

Se incluyen varios EAP's y al menos un Hospital de referencia.

El área de salud se constituye en base a datos demográficos y a comunicación pública.

El Gerente de Área Responsable de la asignación de recursos en función de:

- Criterios objetivos y/o consensuados.
- Con base prospectiva y validez en el tiempo.
- Presupuestos propios para la gestión a nivel operativo.

Desarrolladas como tal desde 1986 y de manera desigual en las distintas comunidades autónomas.

Actualmente hay un total de 9 áreas de salud en la Región de Murcia con una gestión de área unificada (Ver figura 1.1)

Con la reordenación del mapa sanitario de la Región de Murcia, hay actualmente 89 ZBS

El factor G de dispersión es un indicador o descriptor del nivel de dispersión poblacional de la ZBS y abarca puntuaciones de 1 a 4. A mayor puntuación, mayor dispersión y menor densidad poblacional. Las coberturas poblacionales se gestionan en función de la dispersión geográfica de la zona.

3.3 Papel de la enfermería en el equipo de atención primaria. Componentes del equipo de salud

FUNCIONES DE LA ENFERMERÍA

Asistencial	Docente
Investigadora	Administrativa

El **pilar organizativo** en el que se basa el desarrollo de los contenidos sanitarios de la APS es el trabajo en equipo multidisciplinario.

El equipo de salud es la **estructura organizativa y funcional** constituida por el conjunto de profesionales sanitarios y no sanitarios que desarrollan de forma continuada y compartida las funciones y actividades de la APS en el seno de una comunidad determinada.

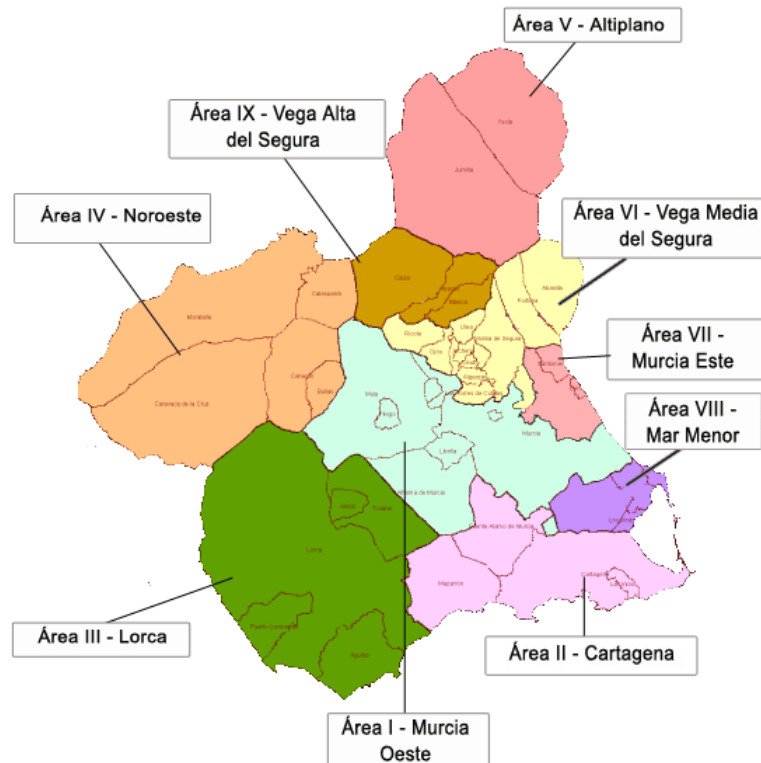


Figura 1.1: Mapa sanitario de la Región de Murcia. Imagen recuperada de www.murciasalud.es

CARACTERÍSTICAS DEL EAP. RESPONSABILIDADES Y TAREAS COMPARTIDAS

- Mucho más que la mera yuxtaposición física de sus componentes y actividades.
- No es la suma de los componentes.
- Es necesario asumir objetivos comunes.
- Se establecen vínculos funcionales.
- Existe una división funcional del trabajo; no en una línea jerárquica vertical.

Composición del Equipo de Atención Primaria	
NÚCLEO BÁSICO	APOYO ESPECIALIZADO
Médicos de familia	Odontología y fisioterapia
Enfermeras (nuevo perfil de enfermera gestora de casos)	Salud mental
Trabajadores sociales*	Laboratorio y RX
Matronas*	Farmacéuticos
Personal no sanitario (administrativos, celadores)**	Veterinarios
Auxiliar de enfermería***	Cuidados paliativos y ESAD

*Profesional para varias ZBS **Personal polivalente ***Perfil en extinción

3.4 Atención a demanda, programada, domicilio y urgencias.

El respeto y el reconocimiento se obtendrá prestando servicios de cuidados de salud donde éstos no existen, inculcando en el usuario el sentimiento de necesitar disponer de servicios enfermeros.

J.J.Soldevilla

CONSULTAS DE ENFERMERÍA

Proceso de interacción que tiene lugar en un espacio físico y temporal determinado entre el usuario y el profesional de enfermería, a través del cual éste proporciona cuidados enfermeros a individuos o grupos de la comunidad con el fin de promover, proteger y restaurar su salud.

TIPOS DE CONSULTAS DE ENFERMERÍA

Atendiendo a la naturaleza de la consulta y a la iniciativa en cuanto a la solicitud de asistencia sanitaria, podemos clasificar las consultas de enfermería en programadas, a demanda y urgentes:

Consulta programada

- Surge del consenso entre usuario y profesional de Enfermería, normalmente a propuesta de éste.
- Tiene carácter sistemático y continuado.
- Contemplada como actividad dentro de un programa de salud.
- Se asignan citas concertadas.

Consulta a demanda

- A iniciativa del usuario o derivada de otro profesional.
- Se establece durante la marcha diaria de la propia consulta.
- Se procuran adecuar los horarios de médico-enfermera de cupo.
- Suele utilizarse para resolver problemas de tipo puntual o como entrada para otro tipo de consulta; no forma parte de las actividades que contempla un programa de salud.
- Se asignan citas en modalidad de cita previa. El hecho de ser una actividad puntual demandada por el usuario no significa que no vaya sujeta a cita previa en la agenda del profesional.

Consulta urgente

- Requiere intervención en un plazo entre 30 y 120 minutos (AEEUU, 2013). La consulta emergente se diferencia de ésta por implicar un compromiso vital inmediato.

Atendiendo al ámbito de aplicación de las consultas, podemos establecer otra clasificación : consulta en el centro y consulta en el domicilio.

La implantación de la telemedicina en nuestro medio está llamada a desempeñar un papel muy importante, favorecedor de la integración de servicios y actividades, con repercusiones significativas en las necesidades y distribución de los recursos humanos del sistema. La transmisión a distancia de datos e imágenes y la posibilidad de interacción de diferentes profesionales disminuye los desplazamientos de los pacientes y acelera los procedimientos diagnósticos y terapéuticos. El desarrollo exponencial de estas tecnologías está permitiendo la implantación de teleasistencia, atención a través del correo electrónico, videollamadas, etc.

La atención en el domicilio constituye una de las actividades básicas que deben realizar los EAP y en cuyo desarrollo intervienen de forma diferenciada todos sus componentes para dar respuesta a necesidades de asistencia creadas por personas que, de forma temporal o permanente, se encuentran incapacitadas para desplazarse al centro de salud. También es preciso contemplar la asistencia en el domicilio en determinadas circunstancias en las que sea necesario realizar procesos de atención familiar que impliquen un conocimiento directo del entorno vital inmediato de sus integrantes. Hay que potenciar esta modalidad de asistencia y sobre todo, analizar en profundidad sus indicaciones concretas en razón de las características de la comunidad atendida y de los recursos disponibles.

La actividad domiciliaria debe entenderse como una actividad clave de la Atención Primaria de Salud, está adquiriendo una relevancia creciente en nuestro entorno y debe ser organizada con base a programas integrados.

No penséis que hacéis algo útil como enfermeras hasta que, saliendo del hospital, vayáis al domicilio de los enfermos.

F. Nightingale

4 Práctica. Discusión sobre gestión del trabajo en AP

Pon ejemplos de las distintas posibilidades asistenciales del siguiente listado:

- 1 Consulta programada en el centro
- 2 Consulta programada a domicilio
- 3 Consulta a demanda en el centro
- 4 Consulta a demanda en el domicilio
- 5 Demanda citada
- 6 Consulta urgente en el centro
- 7 Consulta urgente en el domicilio
- 8 Consulta programada concertada

Temas de discusión:

- 1 La atención primaria en el siglo XXI y gestión descentralizada
- 2 Hacer de la especialidad de enfermería familiar y comunitaria una realidad
- 3 Enfermería escolar
- 4 Prescripción enfermera
- 5 Coordinación sociosanitaria para la atención a la dependencia
- 6 Gestión de casos
- 7 Consulta a demanda de enfermería
- 8 Accesibilidad del usuario

5 Evaluación

A continuación, se exponen algunas cuestiones tipo test para que puedas evaluar tus conocimientos de esta unidad temática.

1. Es una demarcación territorial, geográfica y poblacional del mapa sanitario que abarca 250.000 habitantes
 - a) Zona Básica de Salud
 - b) Área de Salud
 - c) Desde 2.010, existen 9 en la Región de Murcia
 - d) b y c son correctas

2. En cuanto a la clasificación de actividad programada / actividad a demanda, la realización de una primera cura en el centro de salud, se denomina:
 - a) Demanda en el centro
 - b) Demanda citada
 - c) Programada en el domicilio
 - d) Ninguna es correcta

3. Respecto al factor “G”, señale la opción correcta:
 - a) El factor G mide la densidad poblacional
 - b) El factor G máximo es de 6
 - c) A mayor densidad poblacional, mayor factor G
 - d) Todas son incorrectas

4. La aparición de los centros periféricos:
 - a) No depende de las isocronas sino del Factor G
 - b) No viene determinada por los municipios y Ayuntamientos
 - c) Son independientes organizativamente del Centro de Salud cabecera
 - d) Ninguna es correcta

5. Señale la respuesta correcta:
 - a) El centro de salud es una de las estructuras básicas de salud, siendo 89 centros cabecera los que hay en la Región de Murcia
 - b) Actualmente hay 89 áreas de salud
 - c) El centro de salud es una demarcación territorial
 - d) El área de salud tiene gestión diferenciada; por un lado Atención Primaria de Salud (centros de salud) y por otro, Atención Hospitalaria (hospitales)

6. ¿Cuál de las siguientes dimensiones de Atención Primaria **NO** se ha desarrollado de forma homogénea e igualitaria en toda España?
- Centro de Salud
 - Área de Salud
 - Equipo de Atención Primaria
 - Zona Básica de Salud
7. El Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria:
- Se trata de un equipo de cuidados paliativos a nivel domiciliario
 - Provee asistencia y ayuda en la cobertura de las necesidades básicas de la vida diaria (ABVD) en personas dependientes a domicilio
 - Se enfoca sobre todo a pacientes terminales con corta esperanza de vida
 - a y c son correctas
8. ¿Qué son los cupos de pacientes?
- Distribución básica de la población para la asistencia sanitaria en Atención Primaria dentro de una determinada Zona Básica de Salud
 - Los cupos de mayores y menores de 14 años abarcan el mismo número de usuarios
 - El usuario tiene la posibilidad de elegir libremente cupos distintos para Medicina y Enfermería
 - El cupo de libre elección permite distribuir las cargas de trabajo (cupos con similar número de pacientes geriátricos, etc?)
9. La enfermera gestora de casos (señale la opción incorrecta):
- Es un nuevo perfil de Enfermera de Atención Primaria cuyo pilotaje se está desarrollando sólo en el Área IX de la Región de Murcia
 - Complementa la labor de la enfermera de cupo
 - Pertenece al equipo de cuidados paliativos
 - Está implantado en otros lugares de España
10. Respecto a la enfermera gestora de casos
- Su población diana se centra en pacientes inmovilizados y/o dependientes a domicilio
 - Su población diana se centra en pacientes terminales principalmente
 - Pertenece al Servicio de Ayuda a Domicilio
 - No moviliza recursos sociales

6 Bibliografía

Asociación Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias (AEUU). (2015) *Recomendaciones profesionales: AEEUU*. Recuperado de www.enfermeriadeurgencias.com/documentos/

Martín Zurro, A. & Cano Pérez, J.F. (2003). *Atención Primaria de Salud. Conceptos, Organización y Práctica Clínica*. (5ª Ed.). Madrid: Elsevier.

Martín Zurro, A., Cano Pérez, J.F. & Gené Badía, J. (2014). *Atención Primaria de Salud. Principios, organización y métodos en Medicina de Familia*. (7ª Ed.). Madrid: Elsevier.

Muller, F. (1979). *Participación popular en programas de Atención Primaria Sanitaria en América Latina*. Antioquía: Universidad de Antioquía (Colombia)

Orem, D.E. (1991). *Nursing: Concepts of Practice*. (4ª Ed.). St. Louis: The C.V. Mosby Company.

Organización Mundial de la Salud. (1978). *Atención Primaria de Salud: Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma Ata (URSS), 6-12 de Septiembre de 1978, patrocinada conjuntamente por la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia*. Serie "Salud para Todos", nº1. Ginebra: OMS.

Ponte Mittelbrunn, C. (2008) *Conceptos fundamentales de la salud a través de su historia reciente*. Asociación para la defensa de la Sanidad Pública de Asturias.

Starfield, B. (2011) Is patient-centered care the same as person-focused care? *The Permanente Journal* 15 (2): 10-8 Tejera de Rivero, D. (2003) Alma Ata: 25 años después. *Perspectivas de Salud*, 8 (2), 2-7

Vuori, H. (1984) ¿Qué es la Atención Primaria de Salud? *Atención Primaria*, 1984; 1:3-4

2

Promoción de la salud y prevención de la enfermedad

Autores: Pedro Simón Cayuela Fuentes y Zoila María Lifante Pedrola

1 Introducción

El concepto de salud-enfermedad ha evolucionado a lo largo del tiempo, pasando desde la creencia en que la enfermedad era un castigo “divino” consecuencia del comportamiento individual hasta la asunción de la multicausalidad del proceso individual de salud-enfermedad, influido por condicionantes biológicos, físicos y socioculturales, que interactuando en diferentes niveles de organización, determinan el estado de salud de la población.

La OMS (1946) la define como el “Estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Esta definición aporta un sentido holístico y positivo, pero se la critica por ser utópica, estática y subjetiva.

Milton Terris (1975) la modificó aportando funcionalidad a la definición de salud al definirla como “estado de bienestar físico, psíquico y social y la capacidad de funcionar en sociedad y no solo la ausencia de enfermedad”. La “Salud” está recogida dentro de la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948), en su artículo 25: “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios” y en el artículo 43 de la Constitución Española de 1978 se reconoce el derecho a la protección de la salud como un derecho básico.

Hoy se considera la salud no como un estado abstracto sino como un medio para llegar a un fin, como un recurso que permite a las personas llevar una vida individual, social y económicamente productiva.

La salud es pues un concepto dinámico, de tal manera que pueden existir diferentes niveles de salud y de enfermedad. Siguiendo este razonamiento, se podría definir la salud como “el logro del más alto nivel de bienestar físico mental y social y de la capacidad de funcionamiento que permitan los factores sociales en los que vive inmerso el individuo y la colectividad”. La salud es un recurso para la vida diaria, no el objetivo de la vida. Se trata de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas.

2 Objetivos

En esta unidad aprenderás a:

- Identificar los determinantes de la salud.
- Definir e identificar actividades de promoción de la salud.
- Definir e identificar actividades de prevención de la enfermedad.
- Definir e identificar los distintos niveles de prevención de la enfermedad.
- Definir y aplicar Educación para la salud individual y grupal.

3 Contenidos

3.1 Determinantes en salud

En la búsqueda de explicaciones sobre la salud o su pérdida y los factores (condicionantes) que inciden de forma positiva y negativa en las poblaciones humanas, en 1974 Marc Lalonde, Ministro de Sanidad de Canadá, propuso y desarrolló un modelo holístico en el que incluía cuatro grandes grupos de determinantes de salud:

- **Biología**, condicionada por la herencia genética. Son variables personales y no modificables, entre las que se destacan la edad y el sexo.
- **Estilos de vida**. Las decisiones personales, los hábitos de vida o conductas de salud.
- **Medio ambiente**. Es la unidad de espacio ocupada por una población en un momento dado. Hace referencia a factores físicos, químicos, biológicos, culturales, socioeconómicos y psicosociales.
- **Sistema de asistencia sanitaria**. Se concreta a través de su calidad, cobertura, acceso y gratuidad, de los diferentes niveles de atención (prevención, curación y restauración).

Este modelo ha sido aceptado y asumido tanto por organizaciones internacionales como por casi todos los gobiernos.

El peso específico de cada uno de estos determinantes en la mortalidad de la población y en el gasto sanitario se puede observar en la siguiente tabla:

	PESO EN LA MORTALIDAD	DISTRIBUCIÓN GASTO
ESTILO DE VIDA	43 %	1,2 %
BIOLOGÍA HUMANA	27 %	6,9 %
MEDIO AMBIENTE	19 %	1,5 %
SISTEMA DE SALUD	11 %	90,6 %

Constatando que casi todo el gasto sanitario se concentra en el “Sistema de asistencia sanitaria”, determinante que menos influye en la mortalidad de la población. Y por el contrario, el menor gasto sanitario

(casi simbólico) se destina a los “Estilos de vida”, determinante con mayor peso específico en la mortalidad.

Además, siguiendo la evolución del gasto sanitario público a nivel nacional, que representa más o menos el 6% del producto interior bruto (62 millones de euros), se puede observar que solo el 15% se destina a Atención Primaria de Salud, que según la OMS es la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país. Es el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad.

3.2 Promoción de la salud

Según la OMS la Promoción de la Salud es el proceso que permite (capacita) a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla (Carta de Ottawa para la promoción de la salud, OMS, Ginebra, 1986)

La Organización Panamericana de Salud la definió como el proceso mediante el cual los individuos y las comunidades están en condiciones de ejercer un mayor control sobre los determinantes de la salud y, de ese modo, mejorar su estado de salud. (Organización Panamericana de Salud. Promoción de la salud: una antología. Washington DC;1996)

Concluyendo la Promoción de la Salud constituye un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual.

Principios básicos de la Promoción de la Salud:

- Implica a la población en su conjunto y en el contexto de su vida diaria.
- Se centra en la acción sobre las causas o determinantes de la salud para asegurar que el ambiente sea favorable a la salud.
- Combina métodos diversos pero complementarios, incluyendo medios de comunicación, educación, legislación, medidas fiscales, cambio organizativo y desarrollo comunitario.
- Aspira a la participación efectiva de la población en promocionar la salud de sus comunidades, favoreciendo la autoayuda.
- Los profesionales de salud desempeñan un papel de gran importancia en su desarrollo y implementación. Especialmente aquellos que trabajan en Atención Primaria.

En esencia, la promoción de la salud consiste en conseguir que las opciones más saludables sean las más fáciles de elegir.

3.3 Prevención de la enfermedad

Según la OMS la prevención de la enfermedad “abarca las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida”.

La Organización Panamericana de Salud la definió como “las estrategias para reducir los factores de riesgo de enfermedades específicas, o bien reforzar factores personales que disminuyan la susceptibilidad a la enfermedad”

Según el momento de la intervención podemos distinguir tres niveles de prevención:

- **La prevención primaria:** Conjunto de actividades sanitarias, que se realizan tanto por la comunidad o los gobiernos, como por el personal sanitario, antes de que aparezca una determinada enfermedad. Está dirigida a evitar la aparición inicial de una enfermedad o dolencia.
- **La prevención secundaria:** Conjunto de acciones destinadas a la detección precoz de la enfermedad y su tratamiento oportuno. Está dirigida a detener el proceso patológico (enfermedades que no pueden evitarse con la prevención primaria) lo antes posible después de su aparición.
- **La prevención terciaria:** Conjunto de acciones destinadas a aplicar un tratamiento para intentar curar o paliar una enfermedad o unos síntomas determinados. O reducir la frecuencia de las recaídas, secuelas y el establecimiento de condiciones crónicas.

Algunos autores reconocen la existencia de un cuarto nivel de prevención:

- **La prevención cuaternaria:** conjunto de actividades sanitarias que atenúan o evitan las consecuencias de las intervenciones innecesarias o excesivas del sistema sanitario o sin evidencia. Son las “acciones que se toman para identificar a los pacientes en riesgo de sobretratamiento, para protegerlos de nuevas intervenciones médicas y para sugerirles alternativas éticamente aceptables”.

Se ajusta al principio bioético de “primum non nocere” (lo primero es no hacer daño). Como dice Juan Gervas: “la máxima calidad con la mínima cantidad, tan cerca del paciente como sea posible”.

Tabla 2.2.- Tipos de prevención en función de la visión del enfermar

		VISIÓN DEL PROFESIONAL SANITARIO		
		ENFERMEDAD		
		AUSENTE	PRESENTE	
VISIÓN DE LA PERSONA	ENFERMAR	AUSENTE	PREVENCIÓN PRIMARIA	PREVENCIÓN SECUNDARIA
		PRESENTE	PREVENCIÓN CUATERNARIA	PREVENCIÓN TERCARIA

La prevención de la enfermedad se utiliza a veces como término complementario de la promoción de la salud. Pese a que a menudo se produce una superposición del contenido y de las estrategias, la prevención de la enfermedad se define como una actividad distinta.

En este contexto, la prevención de la enfermedad es la acción que normalmente emana del sector sanitario, y que considera a los individuos y las poblaciones como expuestos a factores de riesgo identificables que suelen estar a menudo asociados a diferentes comportamientos de riesgo. No conlleva una visión positiva de la salud

3.4 Educación para la salud

Son numerosas las definiciones y distintas posiciones de los autores en el estudio de la educación para la salud (EpS) e incluso en las definiciones acerca de la expresión de la misma. La OMS formuló que la EpS es “la acción ejercida sobre el educando para un cambio de comportamiento”. La crítica fundamentalmente a esta definición se centra en la expresión “acción ejercida”, entendida como limitación del nivel de autonomía del educando y, en consecuencia, carente de eficacia ya que cualquier objetivo de aprendizaje que se alcance sin respetar la autonomía debida, no integrándose en la personalidad del individuo, será repetitivo, poco duradero e ineficaz. Esta primera definición ha ido evolucionando, integrándose hoy en un concepto de escuela nueva y obteniendo un mayor consenso. Actualmente se define como:

La EpS es el conjunto de actividades de información de educación que mueve a la persona a querer estar sana, saber cómo conseguirlo e intervenir en la propia salud, en la de su familia y en la salud colectiva.

Lawrence W. Green, coautor del modelo teórico más utilizado para planificar estrategias útiles en educación para la salud, modelo PRECEDE (**P**redisposing, **R**einforcing and **E**nabling, **C**onstructs in **E**ducational, **D**iagnosis and **E**valuation), la define como: “Toda aquella combinación de experiencias de aprendizaje planificada, destinada a facilitar los cambios voluntarios de comportamientos saludables”.

Esta última definición está reconocida actualmente como una de las más completas, puesto que sienta las bases para una buena práctica de la educación sanitaria, a la vez que nos permite analizar la complejidad de un proceso educativo en el campo de la salud.

Alain Rochon analiza esta definición examinándola por partes:

- La utilización de la palabra **combinación** denota la importancia de la complementariedad de los métodos educativos. Cada método se corresponde con objetivos de aprendizaje. La combinación de estos métodos permite alcanzar el conjunto de los objetivos del proyecto de educación para la salud.
- Se habla de **experiencias de aprendizaje**. Equivale a decir que se acentúa el hecho de “domesticar” un comportamiento y experimentar situaciones de aprendizaje. Esto permite integrar los aspectos cognitivos (conocimientos), afectivos (actitudes, valores) y psicomotores (habilidades) del comportamiento que se pretende que sea realizado.
- Se habla de **aprendizajes planificados**. Estos acentúan un proceso de reflexión sistemática previa a la elaboración del proyecto de educación para la salud.
- **Facilitar** sitúa el rol del educador allí donde debe estar: facilitando los cambios voluntarios del comportamiento.
- **Cambios voluntarios del comportamiento** especifica primeramente que todo individuo posee un modo de vida que está dibujado y condicionado por su herencia, su desarrollo, su cultura y su entorno. Por lo que esta persona tiene sus propios comportamientos, sus actitudes, sus valores, sus experiencias y conocimientos. El rol de la educación para la salud es facilitar los cambios de este estilo de vida de forma voluntaria.
- **Comportamientos saludables**. Los comportamientos que se quieren conseguir, en un proyecto de educación para la salud, son todos los comportamientos que nos permiten mejorar la salud. Así, los técnicos, los dirigentes y los responsables políticos se ven implicados en estos proyectos

puesto que tienen una gran influencia sobre la salud por sus acciones a nivel del entorno, las condiciones de vida o los servicios a la población.

Bases teóricas de la EpS

Las bases de la EpS, se centran en cuatro pilares fundamentales:

1. **Las ciencias de la conducta** (comportamiento): Para motivar, para adaptar una conducta saludable. Nos ayudan a buscar el por qué de las conductas. Psicología (comportamiento individual), Sociología (comportamiento en grupo, familia o grupo al que pertenecen las personas), Antropología (el modo de vida, la cultura, subcultura de los individuos). Estas ciencias estudian la manera en que se modifican las conductas.
2. **Las ciencias de la educación:** Para comprender y entender el aprendizaje y los distintos métodos pedagógicos de enseñanza. Pedagogía (facilitar el aprendizaje de las conductas)
3. **Las ciencias de la comunicación:** Para comunicarnos, transmitir eficazmente el mensaje, estudio de los distintos artefactos (ruidos) en el medio, distintas formas de recibir el mensaje, etc. Nos permiten comprender como se comunican las personas.
4. **Las ciencias de la salud:** Para identificar las conductas saludables, es decir cuáles son los comportamientos que mejoran la salud. Tres grandes sectores tienen como objetivo la mejora de la salud:
 - a) Promoción de la salud (pretende aumentar los determinantes de la salud, modo de vida, entorno saludable)
 - b) Prevención de los problemas de salud (pretende detener las causas de los problemas de salud)
 - c) Tratamiento de los problemas de salud (pretende recobrar la salud)

Concluyendo: La Educación para la Salud se entiende como el proceso planificado y sistemático de comunicación y enseñanza-aprendizaje, orientado a facilitar la adquisición, elección y mantenimiento de conductas saludables y al mismo tiempo, hacer difíciles las prácticas de riesgo para la salud.

Educación terapéutica

Fue definida por Leona Millar en 1972 como la acción de “capacitar al individuo en el tratamiento, control y prevención de complicaciones derivadas de su propia enfermedad”.

La educación terapéutica se reserva a la prevención secundaria y a la prevención terciaria. El objetivo es facilitar al individuo los conocimientos y habilidades que les permita el cambio de conductas no adecuadas a sus problemas de salud, responsabilizándoles de su autocuidado para acortar la duración de la enfermedad o reducir sus manifestaciones clínicas, así como, evitar posibles secuelas y recaídas. Hacerlo competente en el autocuidado de su propia enfermedad.

Según la OMS (1998) la educación terapéutica es el “conjunto de actividades educacionales esenciales para la gestión de las enfermedades crónicas, llevadas a cabo por los profesionales de la Salud formados en el campo de la Educación, creadas para ayudar al paciente o grupos de pacientes y o familiares a realizar su tratamiento y prevenir las complicaciones evitables, mientras se mantiene o mejora la calidad de vida”.

Tabla 2.3.- Educación terapéutica centrada en el educador y la persona

CENTRADA EN EL EDUCADOR	CENTRADA EN LA PERSONA
Dependencia	Autonomía
Adscripción pasiva a normas	Participación
Necesidades definidas por profesional	Necesidades definidas por persona
Planificar para el paciente	Planificar con la persona
Cambios en comportamiento	Toma de decisiones
Persona pasiva	Persona activa
No escoge equipo asistencial	Escoge equipo asistencial
Paciente	Cliente, usuario

Objetivos de la EpS

El objeto de la educación para la salud es mejorar la salud. La EpS pretende facilitar al individuo o grupo adecuadamente motivados, el aprendizaje de las conductas destinadas a disminuir los factores de riesgo (tabaco, alcohol, etc.) y/o aumentar los factores de protección (alimentación sana, ejercicio sano, vacunaciones, etc.)

Los objetivos de la Eps son:

- Hacer que los individuos y los grupos acepten la salud como un valor fundamental , es decir hacer de la salud un patrimonio de la colectividad.
- Modificar las pautas de comportamiento de la población, cuando los hábitos o costumbres individuales o sociales son insanos para la salud. Ej.: Dependencia de alcohol, drogas, abuso de medicamentos etc.
- Crear o inculcar hábitos y costumbres sanas a la población.
- Promover la modificación de todos aquellos factores externos al individuo que influyen negativamente en su comportamiento de salud.
- Capacitar a los individuos para que puedan participar activamente en la toma de decisiones sobre la salud de la comunidad.

Se pretende que la persona voluntariamente introduzca una conducta nueva más saludable, que deje de realizar una conducta nociva o que potencie o disminuya determinadas conductas protectoras o factores de riesgo en su estilo de vida.

Orientación de los objetivos

Rogelia Perea, (1994), define los objetivos de la EpS orientados hacia:

- **Hacer de la salud un patrimonio de la colectividad.** Para alcanzar dicho objetivo será necesario partir de la salud como un valor individual y colectivo, superior al poder, placer, ocio, etc., implicándose en el compromiso que exige su promoción y cuidado.
- **Desarrollar conductas positivas de salud.** Exige previamente conocer los avances científicos que se van realizando en las ciencias de la salud, así como su aplicación práctica en la vida diaria y de los grupos ya los problemas concretos de salud, conocer la importancia y trascendencia de ciertos hábitos como alimentación equilibrada y dietética, práctica del ejercicio físico, control de enfermedades degenerativas.

- **Cambiar las conductas insanas.** Estudios epidemiológicos realizados sobre las enfermedades que están siendo objeto de una mayor mortalidad y morbilidad nos muestran, en cuanto a los factores de riesgo asociados, el carácter comportamental de los mismos y su relación con conductas arraigadas en personas y grupos sociales, mostrando la necesidad de un tratamiento educativo para su prevención.
- **Promover cambios ambientales favorables a la salud.** Hay una serie de factores internos y externos que condicionan el estado de salud. Los primeros hacen referencia a las propias conductas y los segundos al medio ambiente físico o psicosocial. Éstos condicionan el estado de salud de la persona y la propia conducta, ya que si no se dispone de unas condiciones ambientales saludables difícilmente podrán desarrollarse hábitos y comportamientos favorables, tales como disponibilidad de alimentos, y hábitos de alimentación equilibrada.
- **Capacitar al individuo** para la participación y gestión de su propia salud y la de la colectividad.

La educación para la salud se inicia en la familia desde los primeros momentos de la vida.

Principios de actuación básicas de la Eps:

- La Eps es responsabilidad de toda la comunidad y ésta debe participar directa y activamente en ella.
- La EpS debe estar planificada para garantizar su eficacia.
- Los objetivos, contenidos y métodos de la educación sanitaria deben estar relacionadas con las necesidades del individuo y la comunidad y con las características de las mismas, (sexo, edad, conocimiento, motivación, estado de salud, etc.)
- La Eps se basa en conocimientos científicos y metodología pedagógica, por lo cual los métodos empleados deben ser experimentados previamente y evaluados permanentemente.
- El educador debe ser un miembro del equipo y tener autoridad profesional legítima para que su opinión goce de credibilidad.

Se trata más de EDUCAR que de INFORMAR

INFORMAR: proporcionar información. Con la información o consejo se aporta una parte del área cognitiva, los conocimientos.

EDUCAR: proceso intencional por el cual las personas son más conscientes de su realidad y del entorno que les rodea, ampliando los conocimientos, valores y habilidades que les permitan desarrollar capacidades para adecuar, según éstas, sus comportamientos a la realidad.

Sólo las personas que disponen de mayores recursos personales en el área emocional y en el de habilidades podrán desarrollar las capacidades y comportamientos propuestos.

3.5 Aprendizaje

El aprendizaje es un proceso activo que produce un cambio relativamente permanente en el modo de pensar, sentir y actuar. Es un fenómeno emocional e intelectual.

En el aprendizaje la motivación es indispensable. No solo se deben asimilar conocimientos, sino también aprender a actuar, a sentir y pensar. Para ello es necesaria una enseñanza que le permita aprender a resolver problemas y adquirir actitudes e intereses. Como las actividades de aprendizaje son los medios que permiten alcanzar los objetivos educativos su elección debe hacerse en función de dichos objetivos (Ralph W. Tyler, 1951)

Los métodos de enseñanza que colocan a la persona en una situación activa de aprendizaje tienen más probabilidades de ser eficaces que los que no lo hacen (G. E. Miller)

SE APRENDE LO QUE SE HACE

Características del aprendizaje:

- Se traduce en un cambio de conducta.
- Conduce a un cambio relativamente permanente que es progresivo, flexible y selectivo.
- Resulta de la práctica, repetición y experiencia.
- No es observable directamente.

Principios del aprendizaje:

- El aprendizaje es una cosa personal.
- El elemento esencial del mismo es la motivación.
- Es importante la comprensión por el estudiante de la experiencia de aprendizaje.
- La retroinformación es importante para el que aprende.

Factores que influyen en el aprendizaje

El modelo educacional PRECEDE, uno de los modelos de diagnóstico en educación para la salud, argumenta la necesidad de un diagnóstico educacional, donde el educador debe identificar los distintos factores que inciden en el cambio de conducta que se pretende adquirir, modificar o incorporar.

Este modelo reagrupa los distintos factores personales y ambientales en tres:

1. **Factores predisponentes:** Condicionan un cambio de conducta. Son los distintos factores internos que suponen una motivación para actuar en una persona o grupo. Son los factores personales que conducen a una persona a intentar una nueva conducta, modificarla, suspenderla o volverla a realizar. Se pueden incluir:
 - a) **La información:** Disponer de los conocimientos relacionados con las patologías que padece y los cuidados de salud.
 - b) **Las actitudes:** Se refiere a las estrategias de afrontamiento que el usuario tiene frente a la enfermedad (aceptación fatalista, negación o lucha activa), percepción del grado de vulnerabilidad frente a la enfermedad y la percepción de auto eficacia a la hora de cumplir con las prescripciones.

- c) **Los valores** que existen en el entorno de la persona y que inciden tanto en las conductas que se quieren modificar o eliminar, sobre las que se quieren promover.
 - d) **Las creencias** respecto a la medicación, la enfermedad y el equipo asistencial.
 - e) **Estado físico:** Hace referencia al curso de la enfermedad.
2. **Factores facilitadores:** Son los factores que preceden al comportamiento y permiten poner al día la motivación. Son los recursos personales y de la comunidad. Se trata de los factores personales y ambientales que permiten a la persona realizar la conducta que desea.
- a) **Las habilidades:** Poseer las destrezas o habilidades requeridas para la realización de los cuidados de salud, tanto las de tipo físico o manuales, como los sociales.
 - b) **Estilos de vida:** Horarios de trabajo, el contexto de vida social puede facilitar el desarrollo de una buena adherencia terapéutica.
 - c) **La existencia y accesibilidad de los recursos** e instrumentos que permiten llevar a la práctica los cuidados de salud (Ej.: Espacios apropiados para realizar ejercicio físico, horarios de consultas amplios)
3. **Factores reforzadores:** Son los consecutivos a los comportamientos (recompensa, penalización) que contribuyen al mantenimiento o a la cesación de la nueva conducta. Son los beneficios sociales, materiales, el auto refuerzo y aquellos que se obtiene a través de la observación de las conductas de las personas significativas. Todas las formas de auto refuerzo personal y del entorno son los que contribuyen al mantenimiento o al abandono de una conducta. Es decir, la respuesta que el medio (pareja, grupo de iguales, familia, equipo asistencial) proporciona tras la realización de la conducta saludable. Si esta reacción es positiva decimos que tiende a reforzar el comportamiento saludable, mientras que si la respuesta es negativa (o incluso neutra) se fomenta que no se vuelva a repetir y, por lo tanto, que no se instaure como patrón de acción.

Tanto si hablamos de factores personales y ambientales como si los reagrupamos según el modelo PRE-CEDE podemos observar que cada uno de ellos tiene un peso específico para cada momento de las fases de cambio de conducta; los factores predisponentes para los primeros momentos, para motivar, para predisponer al cambio; los facilitadores para probar la nueva conducta y los reforzadores para el mantenimiento y la socialización de esta, es decir, no solo la integra como parte de sus hábitos sino que hace partícipe de éstas a su entorno próximo.

Las fases de aprendizaje de una conducta en el adulto

Corresponden a las distintas fases que todo individuo experimenta cuando incorpora una nueva conducta. Esto supone:

- 1 **Estar informado** de la existencia de una conducta (como ya hemos mencionado, ahí radica la importancia del “consejo”). La información correcta y adecuada puede suponer el inicio de un proceso educativo.
- 2 **Estar interesado** en saber más. Para interesar a un adulto debemos valorar su situación educativa para ir dando respuesta a sus necesidades de formación.
- 3 **Sentir la necesidad de tomar una decisión** al respecto de esa conducta nueva de la cual le han informado. En este momento, la motivación intrínseca es muy importante y el educador juega un papel crucial.

- 4 **Tomar una decisión.** Es el momento en que valoran y buscan ventajas e inconvenientes a esa conducta. Clarifican sus ideas y verifican si las soluciones que les proponemos al realizar esa nueva conducta corresponde a sus necesidades.
- 5 **Ensayar el comportamiento.** No podrán hacerlo si no están presentes ciertos factores que le faciliten ensayar la conducta. Es el momento en que los factores personales (creencias, conocimientos, aptitudes, habilidades) y los factores ambientales (recursos existentes de la comunidad que le faciliten llevar a cabo esa conducta, entorno laboral, familiar y social, “opinión” que expresan sobre el tema). El papel del educador sigue siendo fundamental, aportándole alternativas (lo que supone el conocimiento de los recursos de la zona) y contrarrestando con datos objetivos la opinión de su entorno.
- 6 **Adoptar la conducta.** Después de las primeras pruebas puede experimentar satisfacción o insatisfacción. Si sucede lo segundo, se va a plantear de nuevo la necesidad de tomar una decisión. “Lo vuelve a intentar” o decide “abandonarlo definitivamente”. Si esto ocurriera, no implica que el educador abandone también, tendrá que evaluar el proceso para identificar el posible fallo que le permita plantear nuevas estrategias para facilitar el cambio e iniciar nuevamente el proceso.
- 7 **Interiorizar.** Se trata de la integración de la conducta a un valor del individuo. En esa fase se valora la conducta. La persona no realiza solamente la conducta para agrandar a alguien o porque ello le aporte satisfacción, sino porque para ella supone un valor fundamental. Podemos concluir pues, que se ha logrado el proceso educativo.

PRECEDE

Son las siglas de **P**redisposing, **R**einforcing and **E**nabling, **C**onstructs in **E**ducational, **D**iagnosis and **E**valuation) (Factores predisponentes, reforzadores y facilitadores en el diagnóstico y evaluación educacionales)

MOTIVACIÓN

Podemos definir como motivación aquello que suscita una conducta, mantiene una actitud y se dirige a un objetivo.

La motivación es fundamental en la comunicación persuasiva y por lo tanto en la educación sanitaria. Las comunicaciones persuasivas incluyen un mensaje motivacional y esta influye en el área afectiva del individuo, además del mensaje puramente informativo (Salleras, 1990)

La motivación es más bien un proceso dinámico que un estado fijo. Tras esta afirmación podemos decir que los estados motivacionales están en continuo flujo, en un estado de crecimiento y de flujo perpetuo

Cuando la conducta está motivada por fuerzas intrínsecas (fatiga, curiosidad, etc.) está auto-regulada y cuando la motivan fuerzas extrínsecas (dinero, prestigio, recompensas, etc.) está regulada por el ambiente (Bandura, 1986; Deci y Ryan, 1985; Katzel y Thompson, 1990). Los aspectos del ambiente (agentes externos) potencian la motivación para que un individuo realice o no una conducta determinada. La motivación auto-regulada (fuerzas intrínsecas), generalmente surge de intereses, reacciones personales y necesidades al propio comportamiento. Estos aspectos (agentes internos) potencian la motivación necesaria para que un individuo realice o no una conducta determinada.

3.6 Educación individual y grupal

Los programas de educación para la salud que tienen más posibilidades de ser exitosos son aquellos que tienen intervenciones en todos los niveles y que, además, son interinstitucionales e interdisciplinarios. Los niveles de intervención más utilizados son:

- **Información de masas:** Método indirecto de educación (no existe un contacto directo entre los educadores sanitarios y el individuo). Fundamentalmente, son visuales (carteles, folletos, diapositivas, transparencias etc.), sonoros (radio, grabaciones) y mixtos audiovisuales (televisión, cine, diaporama, etc.). Normalmente no producen cambios de conducta importantes, excepto cuando la audiencia a quien se dirige está muy motivada. Son positivas para la difusión e incremento de conocimientos, ya que alcanzan a una gran población, aunque son relativamente poco eficaces para cambiar actitudes que se encuentren firmemente arraigadas. Para conseguir el efecto deseado deben ser continuados y simultaneados con otros medios utilizados en educación para la salud.
- **Educación a grupos:** Con ella se consigue mejor los cambios de actitudes y de conductas, ya que se llega a los tres niveles de la conciencia (afectivo, cognitivo y psicomotor) y se facilita el proceso de la comunicación.

Entre sus ventajas, cabe destacar:

- Reafirmar y ampliar conocimientos.
- Educar a un mayor número de usuarios en un tiempo más reducido.
- Potenciar actitudes positivas.
- Potenciar intercambio de experiencias, conocimientos, opiniones y apoyo mutuo (educación entre iguales)

Entre sus desventajas, cabe destacar:

- Dificil amoldar un programa a usuarios con diversos niveles de conocimientos.
- No exteriorización de temas “delicados” por parte de los usuarios (sexualidad, eutanasia, etc.)
- Indicaciones

- **Educación individual:** Es la más eficaz, ya que se personaliza al máximo el contenido educativo y se adapta a la persona que tenemos delante. Requiere el conocimiento del individuo y su situación particular. El educador debe conocer las técnicas específicas de entrevista y habilidades sociales (asertividad, empatía, escucha activa,..). Es la más recomendable como primera ayuda.

Entre sus ventajas, cabe destacar:

- Se adapta a las necesidades, actitudes y conocimientos del usuario.
- Se pueden tratar temas “delicados”.
- Existe un dialogo más directo con el educador sanitario.

Entre sus desventajas, cabe destacar:

- Consume mucho tiempo.
- Dificil realización si la carga asistencial es fuerte.
- Poca aceptación por parte del usuario si no se le dedica el tiempo suficiente.

4 Actividades

Primera parte

Elige uno de los siguientes temas:

- 1 Salud bucodental
- 2 Alcoholismo
- 3 Infecciones
- 4 Obesidad
- 5 Tabaquismo
- 6 Embarazos no deseados.

Segunda parte

Detalla actividades de promoción de la salud relacionadas con el tema elegido

Tercera parte

Detalla actividades de prevención relacionadas con el tema elegido

Cuarta parte

Comparación y redefinición de actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad relacionadas con el tema elegido

5 Evaluación

1. ¿Cuál de los siguientes “Principios básicos” no sirve de guía en la práctica de la enfermería familiar y comunitaria?
 - a) Se apoya en una base sólida en conocimientos de enfermería y salud pública.
 - b) Su responsabilidad es la atención específica al individuo.
 - c) Debe reconocer, respetar y promover la participación de los clientes en todas las acciones de salud.
 - d) La educación sanitaria es un instrumento de trabajo fundamental y forma parte integral de sus actividades.

2. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones relacionadas con la Prevención es falsa?:
 - a) Abarca medidas destinadas a reducir los factores de riesgo.
 - b) Abarca medidas destinadas a detener el avance de las enfermedades.
 - c) Abarca medidas destinadas a atenuar las consecuencias de las enfermedades.
 - d) Abarca medidas destinadas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas.

3. ¿Cuál de las siguientes actividades no corresponde a la Promoción de la Salud? :
 - a) La enseñanza del cepillado dental.
 - b) Campaña antibacaco en la población joven.
 - c) La puesta en marcha de un carril bici.
 - d) La instauración de los desayunos saludables en los colegios.

4. Señala cuál de los siguientes determinantes de salud (McLalonde) tiene un mayor peso específico sobre la morbi/mortalidad de la población:
 - a) Biología humana.
 - b) Estilo de vida.
 - c) Sistema de salud.
 - d) Medio ambiente.

5. ¿Cuál de los siguientes no es un criterio de selección para la realización de pruebas de Cribado?
 - a) La prueba ha de ser sencilla, económica y válida, y no ha de representar ningún riesgo adicional, ya que la ofrece el sistema sanitario a una población supuestamente sana.
 - b) La enfermedad detectada ha de contar con un tratamiento más eficaz si se hace en la fase clínica que si se hace en la fase subclínica.
 - c) Aceptabilidad de la prueba por parte de la población y, en ciertos casos, por parte de los grupos con mayor riesgo.
 - d) Los recursos materiales y humanos han de ser suficientes y estar disponibles para la confirmación diagnóstica y el tratamiento de las personas detectadas.

6. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre las vacunas vivas atenuadas no es correcta?
- a) La inmunidad es de larga duración y muy intensa, parecida a la debida a la enfermedad natural.
 - b) Pequeñas dosis de vacuna producen una buena respuesta inmune.
 - c) En las que se administran por vía oral suele ser suficiente una dosis.
 - d) Se pueden administrar por inoculación subcutánea, por vía respiratoria o digestiva.
7. ¿Cuál de las siguientes no sería una contraindicación general de la vacunación?
- a) Estar en tratamiento con antibióticos en ese momento.
 - b) Reacción anafiláctica a dosis previas de una vacuna.
 - c) Enfermedad aguda grave con o sin fiebre y afectación del estado general.
 - d) Embarazo, solo las vacunas de microorganismos vivos atenuados.
8. ¿Cuál de las siguientes no es una falsa contraindicación para la vacunación
- a) Una infección simple de las vías respiratorias superiores (Catarro) sin fiebre o con fiebre moderada.
 - b) Administración de inmunoglobulinas, sangre u otro producto que contenga anticuerpos en los 3 meses anteriores.
 - c) Historia familiar de convulsiones y enfermedad neurológica conocida, resuelta y estabilizada.
 - d) Prematuridad.
9. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones relacionadas con Educación para la Salud no es correcta?
- a) Es importante la utilización complementaria de los distintos métodos educativos.
 - b) Se trata de un proceso planificado y sistemático de comunicación y enseñanza-aprendizaje.
 - c) Pretende facilitar la adquisición, elección y mantenimiento de conductas saludables.
 - d) El rol de la Educación para la Salud es conseguir cambios en el estilo de vida, independientemente de la voluntad del individuo.
10. ¿Cuál de los siguientes no es un factor predisponente (PRECEDE) en el aprendizaje?
- a) La información.
 - b) Las habilidades.
 - c) Las actitudes.
 - d) Las creencias.

6 Bibliografía

- Bentzen N, ed. *Wonca Dictionary of General/Family Practice*. Wonca International Classification Committee: Copenhagen, 2003.
- Colomer Revuelta C, Álvarez-Dardet Díaz C. *Promoción de la salud y cambio social*. Barcelona: Masson S.A.; 2006.
- Del Rey Calero J, et al. *Fundamentos de epidemiología para profesionales de salud*. Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces; 2007.
- Frías Osuna A. *Salud Pública y Educación para la Salud*. Barcelona: Masson, S.A.; 2004.
- Gérvás J. La clave para mejorar la clínica: más calidad con el mínimo de cantidad. *Gac Med Bilbao*. 2006;103:46-7.
- Hernández Aguado I. Gil de Miguel A. Delgado Rodríguez M, Bolumar Montrull F. *Manual de Epidemiología y Salud Pública*. Madrid: Panamericana; 2005.
- Hernández Ávila M. *Epidemiología. Diseño y análisis de estudios*. Madrid: Panamericana; 2007.
- Martín Zurro A, Jodar Solá G. *Atención familiar y Salud Comunitaria. Conceptos y materiales para docentes y estudiantes*. Barcelona: Elsevier; 2011.
- Martínez Riera JR, Del Pino Casado R. *Enfermería en Atención Primaria. Vol. I y II*. Ediciones DAE. Madrid, 2006.
- Martínez Riera JR, Del Pino Casado R. *Manual práctico de enfermería comunitaria*. Barcelona: Elsevier, 2013.
- Mazarrasa L, German Bes C, et al. *Salud Pública y Enfermería Comunitaria. Vol.1*. Madrid: MacGraw Hill Interamericana; 2000.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [sede Web]. Madrid [acceso 21 de junio de 2015]. *Estadística de Gasto Sanitario Público 2013*. Dirección General de Cartera Básica de Servicios del SNS y Farmacia. Secretaría General de Sanidad y Consumo. Recuperado de: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/EGSP2008/egspPrincipalesResultados.pdf>
- Organización Mundial de la Salud [sede Web] Ginebra: [acceso 21 de junio de 2015] *Promoción de la Salud. Glosario*. Recuperado de: <http://www.mecd.gob.es/dms-static/beb68e02-9e99-490f-897f-792d1af6b783/glosario-pdf.pdf>
- Perea Quesada R (Dir). *Promoción y Educación para la Salud. Tendencias innovadoras*. Madrid: Díaz de Santos; 2009.
- Pérez RM, Sáez S. *El grupo en la promoción y la educación para la salud*. Ed. Milenio, 2005.
- Piédrola Gil G. *Medicina Preventiva y Salud Pública*. 11ª edición. Barcelona: Masson; 2008.
- Servicio Murciano de Salud (SMS) (2010) *Plan de Salud de la Región de Murcia*. Recuperado de: https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/185877-Plan_salud_2010_2015.pdf
- Sánchez Moreno A, et al. *Actuación en Enfermería Comunitaria. Serie Enfermería Comunitaria. Vol. 1 y 2*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2000.

3

Cartera de Servicios de Atención Primaria

Autores: Zoila María Lifante Pedrola y Pedro Simón Cayuela Fuentes

1 Introducción

La Cartera de Servicios de Atención Primaria (CS AP) es un instrumento clave para la organización de la atención y la gestión de la AP en España (SNS, 2010)

La elaboración de la CS AP del Servicio Murciano de Salud se realizó con el apoyo de la Dirección General de Asistencia Sanitaria y en coordinación con la Dirección General de Calidad, Docencia e Investigación, y bajo la coordinación del Grupo Central de Cartera, a finales de 2004. Se constituyeron 19 grupos de trabajo formados por 117 profesionales de todas las categorías implicadas seleccionados mediante criterios previos y se les encargó la redacción de 36 servicios con una estructura fija plasmada en un documento marco: la Cartera de Servicios de Atención Primaria.(SMS, 2007)

El documento de CS AP del Servicio Murciano de Salud recoge, de modo sistematizado, los servicios y prestaciones que desde el nivel de atención primaria se ofrecen a todos los ciudadanos de la Región de Murcia, recogiendo criterios de inclusión en cada uno de los servicios y pautas de actuación comunes para todos los profesionales, favoreciendo la equidad en las prestaciones, el análisis, la evaluación y en definitiva la mejora continua de la asistencia que prestamos a los usuarios de la Región de Murcia. Para facilitar la aplicación de la Cartera de Servicios en la práctica diaria de los profesionales se introduce una funcionalidad en la Historia Clínica Electrónica de Atención Primaria, que consiste en un sistema de avisos que recuerdan las actividades que hay que desarrollar, con la periodicidad adecuada, en función de los programas preventivos en los que esté incluido el paciente y las patologías asociadas a éste, lo que facilita el registro, el análisis y evaluación del cumplimiento de las normas exigidas en Atención Primaria.

La Cartera permite que se oferten servicios según las necesidades (prevalencia de los problemas de salud), con criterio de equidad (igual atención a igual necesidad), estableciendo los “mínimos” de atención con las Normas de Proceso de cada servicio y disminuyendo la “variabilidad de la atención”, mediante la protocolización de las actuaciones. Lo que supone “garantía de calidad” para el paciente. Al disponer de un registro único en la Historia Clínica Electrónica del paciente se permite una mejor continuidad en la atención por Médicos de Familia / Pediatras, Enfermeros, Matronas, Trabajadores Sociales y Unidades de Apoyo (Salud Bucodental, Fisioterapia y Unidades Ginecológicas de Apoyo)

La CS AP a nivel nacional (SNS, 2010) ha supuesto un apoyo conceptual y técnico a la nueva organización de la Atención Primaria (AP), al dotar de contenido normalizado a una parte de la consulta de enfermería. Una de las líneas de trabajo de la CS AP fue la del desarrollo de los planes de cuidados incluidos en muchos de los servicios de CS AP, estandarizando los cuidados mediante la metodología de procesos de Enfermería que, iniciado en 1998, cristalizó en un documento de 2001, que promovió la inclusión en un conjunto priorizado de servicios de normas técnicas y el abordaje de la incorporación de la metodología del proceso de atención de enfermería para la planificación de cuidados en la historias clínicas informatizadas.

2 Objetivos

- Conocer la Cartera de Servicios de Atención Primaria de Salud.
- Identificar los servicios propios de la profesión enfermera en Atención Primaria de Salud.
- Conocer los servicios donde enfermería aporta su conocimiento dentro del equipo interdisciplinar.

3 Contenidos

3.1 Usos específicos de la CS AP

La Cartera es una herramienta bien diseñada con ventajas:

Para el usuario: Oferta de servicios según sus necesidades (prevalencia de los problemas de salud), con criterio de equidad (igual atención a igual necesidad) Establece los “mínimos” de atención con las Normas de Proceso de cada servicio. Disminuye la “variabilidad de la atención”, mediante la protocolización de las actuaciones. Supone “garantía de calidad” para el paciente.

Para el gestor: mediante monitorización y evaluación de los indicadores, permite identificar oportunidades de mejora en las prestaciones de servicios y organización de recursos; para ajustar las actuaciones a los objetivos del Servicio Murciano de Salud en accesibilidad, proceso y resultado. Además permite identificar las necesidades de formación e investigación en AP y es un instrumento válido para abordar mejoras de calidad en las prestaciones.

Para el profesional de AP, apoya la realización de actuaciones según la competencia profesional (mejora de la calidad científico- técnica) y disminuye la variabilidad clínica. Ayuda a tomar decisiones sin limitar la libertad de la actuación médica o enfermera. Por otro lado, facilita la coordinación entre los propios profesionales de AP (no asignando actividades según el profesional sanitario, sino que da libertad para realizarlas a quien tenga competencias, según la organización de cada Equipo de Atención Primaria o Área de Salud) y entre Atención Primaria y Hospitalaria (criterios de derivación) También aporta respaldo o seguridad jurídica al profesional, ante “resultados no esperados” y sirve como herramienta para el reconocimiento profesional y la incentivación económica.

En resumen, la CS AP del Servicio Murciano de Salud ofrece las siguientes funcionalidades:

- 1 Catálogo de prestaciones.
- 2 Equidad en el acceso y prestación de servicios.
- 3 Mejora de la calidad científico-técnica, apoyo a la gestión clínica, disminución de la variabilidad clínica.

- 4 Análisis y evaluación de la asistencia, oportunidades de mejora, necesidades de formación e investigación.
- 5 Coordinación entre profesionales y niveles asistenciales.
- 6 Reconocimiento profesional e incentivación.

3.2 Estructura de la CS AP

Según el Plan para la Mejora y Modernización de la AP, la CS AP se agrupa en 13 áreas y 36 servicios:

Tabla 3.1.- Áreas de atención a las personas

- 1 Atención en consulta de medicina
- 2 Atención de enfermería
- 3 Atención de urgencias
- 4 Atención al niño
- 5 Atención al joven
- 6 Atención a la mujer
- 7 Atención al adulto y anciano
- 8 Inmunizaciones
- 9 Atención comunitaria
- 10 Cirugía menor
- 11 Salud bucodental
- 12 Fisioterapia
- 13 Gestión en la unidad administrativa

Cada uno de los 36 servicios presenta la siguiente estructura:

- **Objeto del Servicio**, que contiene, en ciertos casos, objetivos generales (en términos de morbi-mortalidad, generalmente) y objetivos específicos (de atención, generalmente)
- **Población diana**, con su estándar y justificación.
- **Criterios de inclusión** con sus excepciones, aclaraciones y justificación.
- **Normas de proceso**, estructuradas cada una de ellas en: enunciado, excepciones, aclaraciones y justificación.
- **Indicadores** de accesibilidad, proceso, resultados y uso racional de medicamentos. Cada indicador contiene: numerador, denominador, aclaraciones, estándar y justificación.
- **Anexos**

Cada apartado “justificación” incluye referencias bibliográficas seleccionadas y calificadas con niveles de evidencia.

Tabla 3.2 Listado de servicios

1. Atención de medicina de familia	19. Atención a personas con hipercolesterolemia
2. Atención de pediatría.	20. Atención a personas con obesidad
3. Atención de enfermería.	21. Atención a personas con EPOC
4. Atención urgencias.	22. Atención a personas con asma (adultos)
5. Revisiones periódicas del niño.	23. Atención a las personas con artrosis primaria
6. Asma infantil.	24. Atención al consumidor de tabaco
7. Atención al joven.	25. Atención a personas con consumo excesivo de alcohol
8. Seguimiento de la mujer embarazada.	26. Atención domiciliaria a pacientes inmovilizados
9. Educación maternal y preparación al parto.	27. Atención a personas en situación terminal
10. Atención al puerperio.	28. Prevención y detección de problemas en las personas mayores
11. Información y seguimiento de métodos anti-conceptivos.	29. Inmunizaciones programadas en el niño
12. Detección precoz del cáncer de cervix.	30. Otras inmunizaciones programadas
13. Detección precoz del cáncer de endometrio.	31. Educación para la salud en la escuela
14. Detección precoz del cáncer de mama.	32. Educación a grupos de pacientes diabéticos
15. Atención a la mujer en el climaterio	34. Cirugía menor en atención primaria
16. Prevención enfermedades cardiovasculares	35. Prevención de la caries infantil
17. Atención a personas con hipertensión arterial	36. Fisioterapia
18. Atención a personas con diabetes mellitus	37. Gestión en la unidad administrativa de los equipos de atención primaria

3.3 Implementación de la cartera de servicios en la historia clínica informatizada

Los planes personales son el soporte funcional del instrumento de trabajo de los profesionales de AP. Con los planes personales se intenta permitir a los profesionales sanitarios de una forma operativa, práctica e integrada, el aplicar a los pacientes los criterios de calidad definidos en la CS AP. Es una buena herramienta de trabajo ya que proporcionan dinamismo y son capaces de reconfigurarse con arreglo a los cambios del estado de salud o necesidades del paciente:

En función de la edad y el sexo se activan determinados planes personales, sin necesidad de que lo tenga que dar de alta el profesional sanitario. En la figura 3.1 (página siguiente) se puede observar como cambian los planes personales en jóvenes de 17 años dependiendo del sexo. En el caso de las chicas, se activa el plan personal “INFORMACIÓN ANTICONCEPTIVOS”.

Otros planes personales como el seguimiento de la mujer embarazada, la atención al puerperio o la detección precoz del cáncer de cervix, endometrio o mama se activan en mujeres a partir de una edad determinada.

De momento no existe ningún plan personal dirigido exclusivamente a los hombres. Todos los que no van dirigidos exclusivamente a las mujeres, se activan indistintamente en ambos sexos. Eso no quiere decir que no debemos prestar atención a procesos que afecten solo a los hombres (p.ej. el cáncer de próstata), sino que no existe un servicio específico para ello en la CS AP.

Figura 3.1.- Planes personales en chicos y chicas de 17 años

CHICO (Edad: 17 Años)	CHICA (Edad: 17 Años)	Actividad	Valor	Epi
<ul style="list-style-type: none"> ⊖ ATENCIÓN AL JOVEN-SMS V2.0 ⊖ TEST APGAR FAMILIAR - SMS V2.0 ⊖ TEST DE APGAR FAMILIAR ⊖ HABITOS TOXICOS - SMS V2.0 ⊖ TABACO (SI/NO) ⊖ ALCOHOL (SI/NO) ⊖ CONSUMO DROGAS (SI/NO) ⊖ ATENCIÓN AL JOVEN SMS V2.1 ⊖ PROB. ALIMENTACION/NUTRICION ⊖ PROB. AUTOPERCEPC./AUTOCONCEPT ⊖ PROB. PERCEPCIÓN/CONTROL SALUD ⊖ PROB. ROL/RELACIONES(FAMILIAR) ⊖ PROB. ROL/RELACIONES(SOCIAL) ⊖ PROB. SEXUALIDAD ⊖ SIN PROBL. IDENTIF. (P.CUIDAD) ⊖ IMC/PC - SMS V2.0 ⊖ PESO (KG) ⊖ TALLA (CM) ⊖ IMC ⊖ PERIMETRO ABDOMINAL ⊖ PREV. ENF. CARDIOVASCULARES-SMS V2.0 ⊖ HABITOS TOXICOS - SMS V2.0 ⊖ TABACO (SI/NO) ⊖ ALCOHOL (SI/NO) ⊖ CONSUMO DROGAS (SI/NO) ⊖ TAS (MM HG) ⊖ TAD (MM HG) ⊖ PERFIL LAB. CARDIOVASCULAR-SMS ⊖ PERFIL: PERFIL AP CARDIOVASCULAR1 	<ul style="list-style-type: none"> ⊖ ATENCIÓN AL JOVEN-SMS V2.0 ⊖ TEST APGAR FAMILIAR - SMS V2.0 ⊖ TEST DE APGAR FAMILIAR ⊖ HABITOS TOXICOS - SMS V2.0 ⊖ TABACO (SI/NO) ⊖ ALCOHOL (SI/NO) ⊖ CONSUMO DROGAS (SI/NO) ⊖ ATENCIÓN AL JOVEN SMS V2.1 ⊖ PROB. ALIMENTACION/NUTRICION ⊖ PROB. AUTOPERCEPC./AUTOCONCEPT ⊖ PROB. PERCEPCIÓN/CONTROL SALUD ⊖ PROB. ROL/RELACIONES(FAMILIAR) ⊖ PROB. ROL/RELACIONES(SOCIAL) ⊖ PROB. SEXUALIDAD ⊖ SIN PROBL. IDENTIF. (P.CUIDAD) ⊖ IMC/PC - SMS V2.0 ⊖ PESO (KG) ⊖ TALLA (CM) ⊖ IMC ⊖ PERIMETRO ABDOMINAL ⊖ INFORMACION ANTICONCEPTIVOS V2.0 ⊖ METODOS ANTICONCEPTIVOS - SMS V2.0 ⊖ TIPO DE ANTICONCEPTIVO A CONSEJ ⊖ PREV. ENF. CARDIOVASCULARES-SMS V2.0 ⊖ HABITOS TOXICOS - SMS V2.0 ⊖ TABACO (SI/NO) ⊖ ALCOHOL (SI/NO) ⊖ CONSUMO DROGAS (SI/NO) ⊖ TAS (MM HG) 			

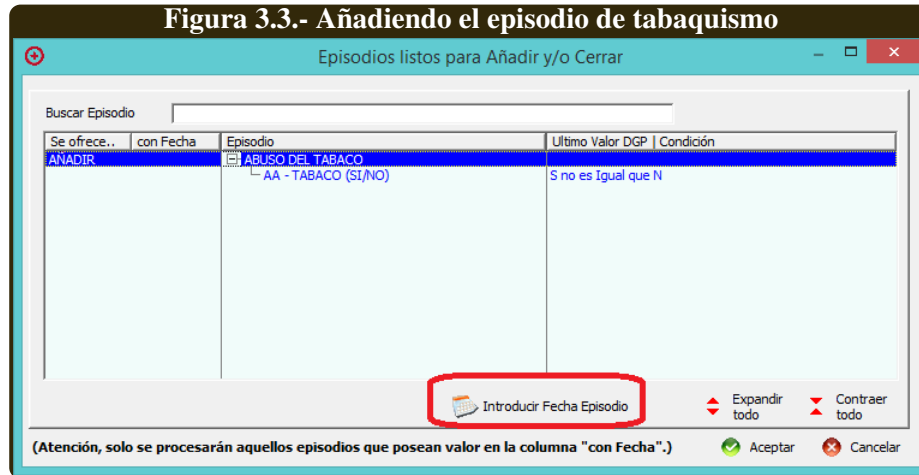
La figura 3.2 muestra otro ejemplo de planes de cuidados que se activan a partir de una determinada edad. El plan de cuidados “PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DE PROBLEMAS EN PERSONAS MAYORES” o “VACUNACIÓN GRIPE Y NEUMOCOCO A” se encuentran activados en el hombre de 85 años, pero no en el de 59 años.

Las revisiones periódicas, las inmunizaciones programadas en los niños o la prevención de la caries infantil son también ejemplos de planes personales que se activan en función de la edad.

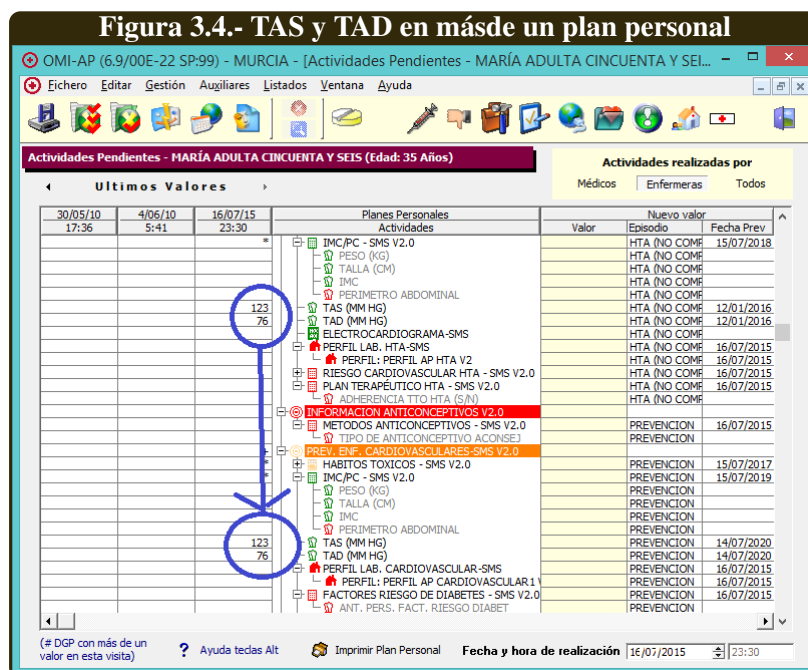
Figura 3.2.- Planes personales en adultos de 55 y 89 años

ADULTO SESENTA Y DOS (Edad: 55 Años)	US ANCIANO CINCUENTA (Edad: 86 Años)	Actividad	Valor	Episodi
<ul style="list-style-type: none"> ⊖ PREV. ENF. CARDIOVASCULARES-SMS V2.0 ⊖ HABITOS TOXICOS - SMS V2.0 ⊖ TABACO (SI/NO) ⊖ ALCOHOL (SI/NO) ⊖ CONSUMO DROGAS (SI/NO) ⊖ IMC/PC - SMS V2.0 ⊖ PESO (KG) ⊖ TALLA (CM) ⊖ IMC ⊖ PERIMETRO ABDOMINAL ⊖ TAS (MM HG) ⊖ TAD (MM HG) ⊖ PERFIL LAB. CARDIOVASCULAR-SMS ⊖ PERFIL: PERFIL AP CARDIOVASCULAR1 ⊖ FACTORES RIESGO DE DIABETES - SMS V2.0 ⊖ ANT. PERS. FACT. RIESGO DIABET ⊖ RIESGO CARDIOVASCULAR - SMS V2.0 ⊖ RIESGO CAR-VASC. - NIVEL (TXT) ⊖ RIESGO CARDIOVASCULAR - SMS V2.0 ⊖ RIESGO CAR-VASC. - NIVEL (TXT) 	<ul style="list-style-type: none"> ⊖ VACUNACIÓN GRIPE Y NEUMOCOCO -A-SMS V2 ⊖ [12-A] NEUMOC. POLISAC. RIESGO A ⊖ PREV. ENF. CARDIOVASCULARES-SMS V2.0 ⊖ IMC/PC - SMS V2.0 ⊖ PESO (KG) ⊖ TALLA (CM) ⊖ IMC ⊖ PERIMETRO ABDOMINAL ⊖ TAS (MM HG) ⊖ TAD (MM HG) ⊖ PERFIL LAB. CARDIOVASCULAR-SMS ⊖ PERFIL: PERFIL AP CARDIOVASCULAR1 ⊖ FACTORES RIESGO DE DIABETES - SMS V2.0 ⊖ ANT. PERS. FACT. RIESGO DIABET ⊖ RIESGO CARDIOVASCULAR - SMS V2.0 ⊖ RIESGO CAR-VASC. - NIVEL (TXT) ⊖ RIESGO CARDIOVASCULAR - SMS V2.0 ⊖ RIESGO CAR-VASC. - NIVEL (TXT) ⊖ PREV Y DETEC PROB PERS MAYORES-SMS V2 ⊖ PREVENCIÓN EN PERSONA MAYORES - SMS V ⊖ BARBER ⊖ TEST ESCALA DE WASHINGTON - SMS V2.0 ⊖ ESCALA DE WASHINGTON (VALORAC) ⊖ HABITOS TOXICOS - SMS V2.0 ⊖ TABACO (SI/NO) ⊖ ALCOHOL (SI/NO) ⊖ CONSUMO DROGAS (SI/NO) ⊖ IMC/PC - SMS V2.0 			

Hay algunos Datos Generales del Paciente (DGP) llamados “unívocos” que por sí solos activan episodios dependiendo de los valores que registremos en ellos. Cuando ocurra esto, nos mostrará una ventana en la que nos solicita que introduzcamos la fecha en la que se inició el episodio. Si no la conocemos, pondremos una aproximada. (ver figura 3.3)



Cuando introducimos información en un DGP clínico (Ej. la tensión arterial sistólica y diastólica TAS/-TAD) se muestra en todos los planes donde se requiere el registro de dicho DGP, sin necesidad de repetir el registro.



Resumen. Los planes personales son un sistema de avisos de la historia clínica informatizada, que nos recuerdan actividades clínicas pendientes de realizar y registrar, y que se activan automáticamente en función de parámetros demográficos o de características clínicas de los pacientes, facilitando también su cumplimentación y ofreciendo información rápida sobre el grado de ésta. Son una ayuda para el sanitario informatizado en su trabajo cotidiano.

3.4 Planes personales en OMI-AP. Clasificación de las actividades

Las actividades incluidas en los planes pueden agruparse conceptualmente basándonos en diferentes criterios:

1. Según vayan dirigidas a toda persona de una cierta edad y sexo, o sólo a las que presenten determinados problemas ya identificados y definidos como episodios, así las clasificaremos en actividades:
 - a) Asociadas a tareas de prevención. Afectarán a todas las personas incluidas en el rango de edad y sexo preestablecidos en su diseño. Ejemplo de planes de este tipo son: “La Prevención de enfermedades cardiovasculares”, “Atención al joven”.
 - b) Asociadas a tareas curativas y de rehabilitación (episodios). Para que estas actividades se activen, será preciso que el paciente tenga incluido en su historial al menos un episodio determinado. Ejemplo de planes de este tipo son: “Atención al Paciente con diabetes”
2. Según deban activarse en función de intervalos prefijados de tiempo o bien a una edad concreta de la persona afectada, se dividirán en actividades:
 - a) Dinámicas. En este caso, la actividad en cuestión, una vez anotada, se nos volverá a mostrar como pendiente cuando se sobrepase el intervalo de tiempo definido (por ejemplo, un mes, un año, cinco, etc.)
 - b) Estáticas. Estas actividades sólo permanecerán pendientes durante un periodo predefinido de la vida del paciente, de forma que si entráramos en la historia clínica informatizada dentro del rango establecido para su activación (Ej. entre los 14 años y los 16 años de edad, para una determinada actividad) se nos mostraría como pendiente, pero antes y después de estas edades no figuraría siquiera en la pantalla

Además de esto, las actividades podrán dirigirse a uno u otro sexo o bien a ambos, o mostrarse para su registro en OMI a todos los sanitarios o solamente a médicos o sólo a enfermeras.

Figura 3.5.- Profesional que realiza el plan y fecha prevista

Actividades Pendientes - MARÍA ADULTA CINCUENTA Y SEIS (Edad: 35 Años)

Actividades realizadas por: Médicos, Enfermeras, Todos

Ultimos Valores			Planes Personales	Valor	Nuevo valor	Fecha Prev
30/05/10	4/06/10	16/07/15	Actividades		Episodio	
17:36	5:41	23:30	IMC/PC - SMS V2.0		HTA (NO COME)	15/07/2018
			PESO (KG)		HTA (NO COME)	
			TALLA (CM)		HTA (NO COME)	
			IMC		HTA (NO COME)	
			PERIMETRO ABDOMINAL		HTA (NO COME)	
		123	TAS (MM HG)		HTA (NO COME)	12/01/2016
		76	TAD (MM HG)		HTA (NO COME)	12/01/2016
			ELECTROCARDIOGRAMA-SMS		HTA (NO COME)	
			PERFIL LAB. HTA-SMS		HTA (NO COME)	16/07/2015
			PERFIL: PERFIL AP HTA V2		HTA (NO COME)	17/07/2015
			RIESGO CARDIOVASCULAR HTA - SMS V2.0		HTA (NO COME)	17/07/2015
			RIESGO CAR-VASC. - NIVEL (TXT)		HTA (NO COME)	
			TAD OBJETIVO		HTA (NO COME)	
			TAS OBJETIVO		HTA (NO COME)	
			PLAN TERAPÉUTICO HTA - SMS V2.0		HTA (NO COME)	17/07/2015
			ADHERENCIA TTO HTA (S/N)		HTA (NO COME)	
			INFORMACIÓN ANTICONGESTIVOS V2.0		PREVENCIÓN	17/07/2015
			MÉTODOS ANTICONGESTIVOS - SMS V2.0		PREVENCIÓN	
			TIPO DE ANTICONGESTIVO (ACONSEJ)		PREVENCIÓN	
			PREV. ENF. CARDIOVASCULARES-SMS V2.0		PREVENCIÓN	
			HABITOS TOXICOS - SMS V2.0		PREVENCIÓN	15/07/2017
			TABACO (SI/NO)		PREVENCIÓN	
			ALCOHOL (SI/NO)		PREVENCIÓN	
			CONSUMO DROGAS (SI/NO)		PREVENCIÓN	
			IMC/PC - SMS V2.0		PREVENCIÓN	15/07/2019
			PESO (KG)		PREVENCIÓN	
			TALLA (CM)		PREVENCIÓN	
			IMC		PREVENCIÓN	
			PERIMETRO ABDOMINAL		PREVENCIÓN	

(# DGP con más de un valor en esta visita) Ayuda teclas Alt Imprimir Plan Personal Fecha y hora de realización 16/07/2015 23:30

3.5 Consulta de enfermería a demanda

Desde la implantación en 1984, de la reforma de la AP, los logros conseguidos por la consulta de enfermería son indiscutibles. Las actividades que realizamos las enfermeras en los Centros de Salud tienen poco que ver con las que se realizaban antes de la reforma, esto supone satisfacción para los usuarios y para los profesionales. Así cada enfermero tiene asignada una población y de esta manera cada paciente tiene un enfermero referente.

Un sistema sanitario de calidad, y en virtud de las necesidades sociales actuales, necesita de un servicio abierto que ofrezca a la población una organización en la que todos los profesionales, en base a su capacitación profesional y dentro de su campo de competencias profesionales puedan atender directamente dichas necesidades.

Entendemos por consulta de enfermería a demanda aquella que realiza cada enfermero con “su población asignada”, sin previa programación. El usuario puede acudir o solicitar ser visto en el día por aspectos que competen a enfermería. El objetivo general de la consulta de enfermería es mejorar la atención a la población aumentando la accesibilidad a los servicios de enfermería, evitando el recorrido médico-enfermera para problemas de atención cuya resolución es responsabilidad de la enfermera y abriendo así una puerta de entrada al sistema que mejora la accesibilidad al mismo.

La consulta de enfermería a demanda permite una gestión compartida de la demanda asistencial entre médicos y enfermeras en AP, articulando los mecanismos necesarios para informar y dirigir al usuario al profesional que le podrá atender mejor y dar respuesta directamente a sus problemas; amplía la oferta de servicios desde atención primaria introduciendo, entre otras, la posibilidad de consultas sobre cuidados y mejora la capacidad de respuesta del sistema público en la consulta individualizada sobre hábitos de vida saludables y por lo tanto orientada como punto de contacto no solo de los enfermos, sino también de la población sana ofreciendo a la población unos servicios más rápidos y adecuados a las características de la sociedad actual.

3.6 Atención domiciliaria y fuera del centro de salud

Con el envejecimiento de la población, y mayores necesidades de cuidados, la saturación de los hospitales y las estructuras familiares cambiantes donde aparece la figura del cuidador externo hay una urgente necesidad tanto de asistencia sanitaria como de problemática social que deben solucionarse en conjunto.

La atención en el domicilio es una de las funciones más desarrolladas por el modelo de trabajo de enfermería en Atención Primaria, ésta se realiza junto al resto de profesionales del Equipo de Atención Primaria y con otros organismos e instituciones. El objetivo, es establecer el plan de cuidados de la persona dependiente y coordinar todos los recursos sanitarios y sociales posibles, partiendo de los más cercanos de la comunidad a los más alejados.

En algunos Centros de salud existe la figura “enfermera comunitaria de enlace”, que asume un importante papel en la “gestión de casos”, mediante la valoración de forma individual y personalizada de los usuarios y le permite gestionar la mejor solución posible junto a otros profesionales u organizaciones. Es el profesional encargado de gestionar los recursos disponibles y de coordinar y asegurar la continuidad de los cuidados.

3.7 Metodología del trabajo enfermero. Planes de cuidados

La realidad de la enfermería en el ámbito de APS, exige establecer una sistemática de trabajo común para todos los profesionales que permita proporcionar cuidados de calidad, utilizando un mismo lenguaje para desarrollar la consecución de los objetivos de la APS en la promoción y fomento de la salud y prevención de la enfermedad. De esta forma, se ha puesto en marcha en la praxis diaria la “metodología de trabajo enfermero”, como herramienta básica para el desarrollo y prestación de cuidados y como método de trabajo puesto que nos permite:

- Establecer unos criterios y prácticas comunes en la valoración de la persona
- Realizar la valoración según los once patrones funcionales de Marjory Gordon, método que mejor se adapta a los distintos pacientes, familias, grupos poblacionales y situaciones que se presentan en APS y que permite valorar a las personas en el proceso continuo de salud-enfermedad, teniendo en cuenta el entorno biopsicosocial
- Identificar los Diagnósticos de Enfermería según la taxonomía NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), más frecuentemente utilizados en Atención Primaria, clasificándoles por patrones funcionales alterados
- Definir por cada diagnóstico las intervenciones de enfermería más frecuentes
- Aplicación del método tanto en la historia clínica convencional como en la historia clínica electrónica
- Elaborar planes de cuidados estandarizados para los distintos grupos poblacionales y pacientes crónicos atendidos habitualmente en APS
- Conocer los costes de los cuidados
- Investigar sobre cualquier aspecto de los cuidados enfermeros contribuyendo a potenciar el desarrollo de la enfermería basada en la evidencia

4 Actividades

- 1 Entra en los planes personales de un usuario de tu cupo enfermero.
- 2 Observa las actividades que tiene registradas y las que hay pendiente de registrar.
- 3 Relaciona las actividades de los planes personales con los episodios que tiene activos en la historia clínica.
- 4 Describe las actividades propias de la enfermera y aquellas que se realizan de forma conjunta.

5 Test de evaluación de la unidad 3

1. Señala la afirmación correcta:
 - a) La CS AP recoge una parte importante de los servicios ofrecidos por los usuarios.
 - b) La CS AP establece y unifica máximos de asistencia a la población.
 - c) Es una herramienta de fácil manejo que mejora la calidad de la atención a los usuarios.
 - d) Solo incluye servicios asistenciales de problemas de salud crónicos de alta prevalencia como diabetes.

2. La Cartera de Servicios de Atención Primaria:
 - a) Asegura la equidad (igual atención a igual necesidad) y disminuye la variabilidad en la asistencia.
 - b) Disminuye la variabilidad clínica: ayuda a tomar decisiones sin limitar el acto médico o enfermero.
 - c) a y b son falsas.
 - d) a y b son ciertas.

- 3.Cuál de los siguientes no es parte de la estructura de los servicios de la Cartera?
 - a) Objeto del servicio.
 - b) Población diana.
 - c) Criterios de inclusión, excepciones y aclaraciones.
 - d) Todas están integradas en la estructura de la CS AP.

4. En la Cartera de Servicios de AP se incluyen los siguientes servicios excepto uno. Señálalo:
 - a) Atención de enfermería.
 - b) Atención de urgencias.
 - c) Atención al ahogado.
 - d) Atención a la mujer.

5. Señala el servicio no incluido en la CS AP.
 - a) Inmunizaciones.
 - b) Atención Comunitaria.
 - c) Cirugía mayor.
 - d) Salud Bucodental.

6 Bibliografía

Consejería de Sanidad. (2014). Estrategia de Calidad de los Cuidados de Atención Primaria. Madrid.

Martínez-González N.A., Rosemann T., Djalali S., Huber-Geismann F. & Tandjung R. (2015). Task-Shifting From Physicians to Nurses in Primary Care and its Impact on Resource Utilization: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Int Med Care Res Rev.* 72(4):395-418.

Orden SSI/2065/2014, de 31 de octubre, por la que se modifican los anexos I, II y III del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.

Servicio Murciano de Salud (SMS) (2007) *Cartera de Servicios de Atención Primaria del Servicio Murciano de Salud*. Consejería de Sanidad. Murcia. Recuperado de http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/153131-cartera_sms.pdf

Servicio Nacional de Salud (SNS) (2010) *Cartera de Servicios de Atención Primaria. Desarrollo, organización, usos y contenido*. Ministerio de Sanidad y Política Social. Madrid. Recuperado de http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/Cartera_de_Servicios_de_Atencion Primaria_2010.pdf

Tapia-Valero, C., Montero-Morales, C., Rodríguez-Herrera, M., Duarte-Climents, G., Sánchez-Gómez, M.B., Vargas-Álvarez, C., Veledo-Barrios, P., Rodríguez-Martínez, A. & Guzmán-Fernández, M.A. (2013). La enfermera: primer contacto de los pacientes en atención primaria. Revisión sistemática. Consejería de Sanidad . Junta de Castilla y León.

4

La comunicación con el paciente

Autores: Maria Soledad Delgado Gómez y Josep Sánchez Monfort

1 Introducción

A lo largo del día la enfermera de Atención Primaria (AP) participa en varios encuentros asistenciales en los que las habilidades en comunicación adquieren una importancia especial junto al resto de competencias para poder lograr un proceso asistencial satisfactorio y de calidad.

Una comunicación deficiente origina múltiples problemas: insatisfacción del usuario, falta de adherencia al tratamiento, desencuentros, malentendidos, relaciones tensas, etc. que afectan negativamente al resto de competencias del profesional llegando a ponerse en duda la capacidad técnica de la enfermera. Por el contrario, una buena relación puede convertirse en el mejor instrumento para lograr los objetivos de los cuidados que presta el profesional de enfermería.

Debemos ser conscientes de la importancia de la comunicación en la relación y de los diferentes aspectos que la integran y reconocer nuestras deficiencias o carencias formativas para suplirlas sabiendo que no partimos de cero, sino que cada cual tiene su propio estilo, su personalidad y experiencia previa.

Con un buen manejo de estas técnicas, la enfermera mejora la calidad de los datos que obtiene a través de la entrevista accediendo a sentimientos, emociones y creencias, aprende a transmitir mejor la información mejorando la adherencia a los tratamientos, acompaña las exploraciones o técnicas instrumentales minimizando su impacto, ayuda al usuario a adoptar cambios en su estilo de vida, proporciona soporte emocional a la persona enferma y su familia, mejorando, en definitiva, la calidad de los cuidados que presta a la población.

2 Objetivos

Al finalizar esta unidad serás capaz de:

- Explicar la importancia de la comunicación en la relación paciente-enfermera en Atención Primaria.
- Conocer las habilidades comunicativas necesarias para conseguir una relación terapéutica con las personas que atendemos en el ámbito de la Atención Primaria.

- Aprender a dar consejos eficaces para conseguir cambios en el estilo de vida.

3 Contenidos

3.1 Aspectos esenciales de la comunicación en la relación enfermera-paciente

La relación del profesional de enfermería con el paciente es una relación en la que el enfermero (profesional) ayuda a la persona que le pide ayuda (paciente) y donde debe primar la excelencia de los cuidados dados y tener como objetivo la consecución de un cambio. Debemos respetar las características de nuestro paciente, no significando ésto tener que estar de acuerdo con él, así como no debemos entrar en cuestionar, juzgar, ni moralizar, ni mucho menos intentar proyectar nuestra escala de valores en él. El paciente tiene derecho a conocer la información que versa sobre él, decidiendo desde la libertad, así como que dicha información sea transmitida de un modo adecuado, adaptando el lenguaje a sus circunstancias y nivel de comprensión, evitando caer tanto en la postura paternalista como en la del encarnizamiento informativo, producido por ofrecer más información de la solicitada.

Arranz y col. (2003) establecieron distintos modelos de relación del profesional sanitario con el paciente en función de su modo de comunicar:

-Modelo Paternalista : El enfermo es cuidado por el profesional, ya que él es el que sabe lo que le conviene, al tiempo que no se le reconoce al enfermo una capacidad decisoria. Se le protege de la información que le pueda hacer daño, así como se le niegan opciones de actuación. Implica un alto control por parte del profesional de la salud y bajo por parte del paciente (*yo analizo tu situación, yo decido*)

-Modelo Clientelista: Se sitúa en el extremo opuesto al anterior. El paciente pide que el profesional le proporcione información y los servicios técnicos. El paciente dirige la consulta.

- Modelo de Mutualidad: Es una postura intermedia a las dos anteriores. Cada uno de los componentes expone las fuerzas y recursos de los que dispone. Las decisiones son fruto de un encuentro entre iguales.

- Modelo de Ausencia: La ausencia total de control por ambas partes caracteriza esta relación. Ni el enfermero ni el paciente han asumido la responsabilidad de sus decisiones. No llevará a ninguna decisión ni tipo de solución. Es fácil que el paciente abandone la relación y no vuelva.

Todo proceso de comunicación consta de una serie de componentes que llamaremos componentes verbales, no verbales y paraverbales (van-der-Hofstadt,2005)

- Componentes verbales: El habla es el componente esencial de la comunicación que permite transmitir ideas, describir sentimientos, argumentar, razonar, debatir, rebatir, etc. Para van-der Hofstadt los principales elementos verbales serían:

- **Contenido:** Dará sentido al tema sobre el que estamos hablando, llenándolo de conceptos y argumentos teóricos.
- **Humor:** Nos referimos al clima que seamos capaces de darle a la interacción (amistoso y distendido a la par que serio y profesional), al margen del contenido que verbalicemos. No es una referencia al contenido concreto de humor que se pueda producir.
- **Atención Personal:** Serían aquellas muestras de interés que manifestemos por el otro, por sus ideas, sentimientos, actividad, etc. Todo ésto lo conseguiremos combinando distintos elementos

como realizar preguntas, mirar cuando se nos habla, dejar terminar las palabras y no interrumpir mientras nos están hablando.

- **Preguntas:** Suponen la solicitud de información. Pueden ser abiertas o cerradas. En las primeras permitimos una extensión en la respuesta del interlocutor, en cambio las cerradas son aquellas cuya formulación marca una respuesta muy concreta, exacta y limitada, como “sí”, “no” o un dato muy concreto.
- **Respuestas a preguntas:** Siguiendo con el apartado anterior, responderemos a las preguntas abiertas con cierta extensión y a las respuestas cerradas de forma concreta.

- **Componentes no verbales:** En ellos no interviene la palabra y se producen siempre que hay interacción presencial. Pueden reemplazar a las palabras cuando se utilizan códigos comúnmente conocidos o compartidos por los grupos sociales. Sus principales elementos son:

- **Mirada:** Es uno de los de mayor importancia. La cantidad y el tipo de mirada ofrece información acerca de nuestras actitudes personales. Mantener contacto visual con el paciente transmite interés por él, aunque un contacto demasiado intenso puede resultar amenazante o intimidatorio. Por otro lado, la falta de contacto visual con el paciente, puede ser indicativo de informalidad o falta de atención.
- **Sonrisas:** Es un elemento básico en la bienvenida y en las despedidas. Se quiere transmitir aceptación y amabilidad y una impresión favorable.
- **Expresión facial:** Refleja las distintas emociones que la persona está experimentando en ese momento. Hablamos de seis emociones principales: alegría, sorpresa, tristeza, miedo, ira y asco o desprecio
- **Orientación:** Se refiere a la posición de la persona con su/s interlocutor/es, de tal modo que puede estar situada frente a frente o inclinada y con distintos grados de inclinación. La posición frente a frente es la que facilita la comunicación.
- **Distancia/Contacto Físico:** Ambos conceptos se incluyen dentro del mismo punto ya que el contacto físico se entiende como “distancia 0”. La proximidad se establecerá según el tipo de relación planteada y el grado de aceptación de la misma.
En ocasiones, la practica sanitaria requiere lo que podría ser interpretado como una invasión del espacio personal e íntimo y sentirse amenazado el paciente, por ello, en caso de tener que hacerlo, lo haremos explicando el por qué y con el mayor respeto.
- **Gestos:** Normalmente nos referimos a las manos, con las que normalmente ilustramos el mensaje verbal enfatizándolo y apoyando el contenido del discurso, demostrando estados emocionales y generalmente de manera no intencionada.
- **Apariencia personal:** Es el aspecto externo de las personas. Peluquería, manicura, aseo personal, maquillaje, ropas, adornos, etc., ofrecen información acerca del estatus, inteligencia, personalidad, clase social, estilo, gusto, etc. Queramos o no, nuestra apariencia física es nuestra tarjeta de visita y ésta va a influenciar, ya sea de manera positiva o negativa nuestra relación con los demás.
- **Automanipulaciones:** Normalmente no las planteamos y suelen ser interpretadas como señales de incomodidad y ansiedad. Tocarnos la cara, el pelo, la nariz, etc. serían algunos ejemplos.

-**Componentes paraverbales:** Son aquellos que su utilización no altera las palabras, aunque si puede que lo haga con el contenido de las mismas. Es el cómo se dice, no lo que se dice.

- **Volumen de voz:** Aunque en principio vale para hacernos escuchar, la variación en el mismo puede ser útil para enfatizar, ayudar a evitar la monotonía, transmitir emociones y captar la atención de nuestro interlocutor.
- **El tono:** Se refiere a la calidad o resonancia de la voz. Como depende de las características físicas de las cavidades orales no es fácil su modificación.
- **Velocidad:** Hace mención a la cantidad de palabras emitidas por unidad de tiempo, es decir, hablar rápido o lento. Cuando hablamos muy rápido corremos el peligro de que no se nos entienda, y muy lento de aburrir a los pacientes. Pueden crear expectativas sobre nuestro estado emocional, ya que el habla enlentecida se asocia a estados de tristeza o aburrimiento y el habla rápida alegría o sorpresa.
- **Fluidez Verbal:** Es la forma cómo vamos pronunciando, siendo lo correcto hacerlo sin vacilaciones, balbuceos ni amontonamiento.
- **Timbre:** Es el modo propio de sonar la voz de las personas. Los timbres más desagradables suelen corresponder a los tonos agudos (voz de pito); el hablar de modo más lento puede ayudar a suavizar esta condición.
- **Claridad:** Es importante que nos esforcemos en abrir la boca para hablar ya que lo conseguiremos hacer con mayor claridad y nos haremos entender.
- **Tiempo del habla:** Hace referencia a la duración de las intervenciones. El buen uso del mismo hará que ningún miembro de la conversación la acapare y todos puedan participar.
- **Pausas/silencios:** Pueden deberse a factores emocionales, intelectuales, como una reflexión, o simplemente de interacción con el profesional sanitario. Por ejemplo, ante una situación incómoda o de desconfianza, el paciente puede permanecer en silencio.

El uso que cada uno haga de esos componentes hará que resulten distintos estilos de comunicación. De modo general podemos distinguir entre estilo inhibido, agresivo y asertivo.

El primero, **el inhibido**, se refiere al que suelen utilizar personas que no defienden sus propios intereses ni derechos, mucho menos si para ello deben enfrentarse a los demás. No se respetan a sí mismos, y suelen anteponer los deseos y opiniones de los demás a los suyos propios. Suelen mantener la mirada hacia abajo, la postura hundida y retraída, el tono vacilante y la risa nerviosa, así como movimientos nerviosos de pies y manos. Frases como: *“solo si te viene bien”*, *“me pregunto si podríamos”*, *“si no te supone mucha molestia”*, suelen formar parte de su repertorio. El volumen bajo, el habla entrecortada, tartamudeo y vacilaciones, el uso de muletillas (emmm, es que..., esto...), velocidad inadecuada (muy rápida o muy lenta) y la voz temblorosa formarían su repertorio paraverbal.

El estilo **agresivo**, en cambio, sí defiende a cualquier precio su criterio y derechos, aunque ello sea a costa de mantener una falta de respeto a los derechos de los demás, y una relación desde el desprecio y el dominio. Suelen estar tensos y pierden con frecuencia el control sobre las situaciones. Sus comunicaciones suelen ser unidireccionales, ya que se caracterizan por no escuchar a los demás. La mirada fija, con gesto de amenaza y postura intimidatoria, con signos de tensión e invadiendo el espacio del interlocutor suelen ser características de ellos. Sus frases más características son del estilo de: *“te equivocas”*, *“tu no sabes”*, *“ten cuidado”*, *“deberías”*, etc. Un volumen alto, con un habla rápida, sin dejar hablar al otro y sin permitir silencios caracterizan su conducta paraverbal.

El sujeto con un estilo de comunicación **asertivo** es capaz de expresar sus sentimientos, opiniones e ideas, de modo que aunque defienda sus propios derechos, respeta los de los demás, además de permitir y

facilitar que se expresen libremente. Su objetivo no es conseguir lo que desea a cualquier precio, sino que lo hace adecuadamente y sin agredir, permitiendo que se genere un ambiente de “negociación”. En sus relaciones se manifiesta como una persona relajada y con control. Su estilo se caracteriza por mantener un contacto ocular directo, gestos firmes, postura erguida, las manos sueltas y expresión distendida. “*Pienso que ...*”, “*¿Qué te parece ...?*”, “*¿Cómo podemos ...?*” etc., suelen ser modos de interacción que le definen. Un volumen de voz en tono conversacional, con un habla fluida que no rápida, con un tiempo de intervención adecuado, respetando los silencios, y con una entonación agradable es característico de este estilo (Leal, Van-der Hofstadt , 2012)

3.2 Entrevista clínica semiestructurada

La comunicación entendida en un contexto terapéutico deberá desarrollarse con eficacia y efectividad, además de seguir el principio bioético de beneficencia, por ello no se trata de una conversación llena de buenas intenciones o experiencia profesional acumulada, sino que debe seguir un curso y un proceso lógico.

Para Bayés (2001) el modo de proporcionar la información al paciente requiere mostrar cierta empatía hacia él, así como graduar, en la medida de lo posible, la información negativa que facilitemos si es que se da el caso y hacerlo en mensajes cortos, acompañándolos de mensajes de fuerza y esperanza, sin mentir, y mostrándonos siempre asequibles y disponibles, pero sin caer en el servilismo, facilitando un ambiente de libre expresión de emociones, temores y preocupaciones, escuchando con atención y evitando interrumpir. Es importante ofrecer la información priorizando objetivos, ofreciendo alternativas y posibles soluciones. Debemos huir de las expresiones pobres como “*no se preocupe*”, “*se pondrá bien*”, “*eso no es nada*”, que en nada ayudan a una buena comunicación y expresión de sentimientos (Riquelme, Ortigosa & Martín, 2012)

Partiendo de que para la gran mayoría de los profesionales sanitarios el hecho de comunicarnos con nuestros pacientes ocupa gran parte de nuestro tiempo, hablándoles, escuchándoles y respondiéndoles, es importante que para conseguir efectividad en nuestro trabajo este intercambio de información se produzca de modo acertado, de tal manera que en parte nos aseguremos el éxito profesional (Van-der Hofstadt, Quiles & Quiles, 2006)

Tipos de entrevista clínica. Atendiendo al curso de la entrevista, se puede clasificar en: estructurada, semiestructurada y libre.

- **La entrevista dirigida o estructurada**, con preguntas cerradas y temas acotados, es poco adecuada en Atención Primaria.
- **La entrevista semiestructurada** es la idónea en la consulta de Atención Primaria, caracterizada por una mayor libertad de expresión del paciente.
- **La entrevista libre** permite al paciente expresarse eligiendo el tema y el curso de su intervención, dominando también gran parte del tiempo de las intervenciones.

Las fases de la entrevista. La entrevista clínica transcurre a lo largo de un tiempo parcialmente determinado. En ese tiempo es necesario conectar, tener empatía, negociar, verificar que el paciente comprende, implicarse en el diagnóstico, consensuar un plan de actuación y seguimiento y despedir al paciente (Van-der Hofstadt, Quiles & Quiles, 2006)

Fases de la entrevista clínica semiestructurada			
FASE PERLIMINAR APERTURA	FASE EXPLORATORIA	FASE RESOLUTIVA	FASE FINAL
Recepción empática	Obtener información específica básica: -Cómo son los síntomas -Localización -Intensidad -Cronología y evolución	Síntesis y enumeración del/los problemas	Toma de precauciones
Conocer el motivo de la consulta	Recoger información complementaria: -Presencia de patología -Factores desencadenantes -Entorno sociofamiliar -Antecedentes personales -Situaciones que empeoran o mejoran	Información al paciente de la naturaleza de su problema	Acuerdo final
Evitar el “ya que estoy aquí”, delimitando el/los motivo/s de la consulta	Exploración de la esfera psicosocial: -Creencias y expectativas -Contenido del pensamiento -Afectividad -Personalidad	Comprobación de que ha entendido las explicaciones Implicación del paciente en la elaboración de un plan diagnóstico-terapéutico: -Acuerdos -Negociación -Pactos	Despedida

3.3 Cumplimiento y adherencia al tratamiento (manejo del régimen terapéutico)

La valoración del manejo del régimen terapéutico ocupa una parte importante del tiempo que dedicamos al seguimiento de las personas con patologías crónicas, aunque también lo podemos usar en patologías agudas. Debemos valorar los cinco puntos siguientes: (Sánchez & Pont, 2008)

- 1 **Conocimientos** adecuados sobre el régimen terapéutico prescrito que incluye no solamente los medicamentos, sino el resto de actividades de autocuidados que deben realizar para mantener o mejorar su salud (dieta, autoanálisis, automedición de TA, etc)
- 2 **Habilidades de autocuidado** y/o dificultades (físicas, psíquicas, culturales, etc) para poder seguir la pauta terapéutica prescrita “¿puede tragar las pastillas?” “¿puede seguir la dieta?” “¿puede ponerse la insulina o cuenta con algún cuidador que se la ponga?”, etc.
- 3 **Adherencia al régimen terapéutico.** ¿Toma la medicación y lleva a cabo las actividades prescritas?
- 4 **Resultados conseguidos.** ¿Alcanza los objetivos de control previstos como las cifras de tensión arterial, glucemia, peso, reducción del dolor, etc.?
- 5 **Efectos secundarios** producidos por el tratamiento farmacéutico o por las técnicas realizadas como dolor, molestias gástricas, reacciones adversas, etc. (presencia o ausencia de dichos efectos)

Una vez valorados estos cinco puntos estaremos en condiciones de saber dónde tenemos que intervenir para ayudar a mejorar la adherencia terapéutica con la consiguiente mejora en la salud de las personas que cuidamos.

Para recordar los cinco puntos que debemos valorar, puede usarse el acrónimo **CHARE (Conocimientos, Habilidades, Adherencia al tratamiento, Resultados y Efectos secundarios)**

3.4 Consejo sanitario (cambio de conductas)

El consejo sanitario debe estar adaptado a cada persona, tanto a su nivel educativo como a su edad y debe estar basado en una relación de ayuda, huyendo del paternalismo. Incluye cuatro etapas: (Servicio de Promoción y Educación para la Salud, 2013)

1.- Preguntar sobre la conducta y registrar

Preguntad **DESPUÉS** de haber resuelto el motivo de consulta y nunca antes, para evitar que la persona a la que preguntamos tenga la impresión de que no la estamos atendiendo.

Registrad **SIEMPRE** en la historia del paciente la información que obtengamos sobre una determinada conducta (tabaco, alcohol, sedentarismo, etc.)

Recordad: Primero atendemos el motivo de consulta. Después preguntamos sobre la conducta que queremos valorar.

2.- aconsejar el cambio. Proporcionar información motivadora.

Proporcionar una información adaptada a cada individuo.

INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN

El intercambio de información es una herramienta importante para ayudar a realizar cambios. Incluye tanto la información como el consejo.

Se trata de un proceso bidireccional (nosotros informamos a la persona que nos pide ayuda, pero ella también nos proporciona información importante)

Solemos sobreestimar la cantidad de información que necesitan los pacientes. Si nos molestamos en preguntar que saben sobre el tema que vamos a informar nos sorprenderemos al ver la cantidad de cosas que ya conocen. Esto nos evitará tener que dar información que ya tienen y ganaremos tiempo.

DOS ESTRATEGIAS PARA INFORMAR (Rollnick, Miller & Butler, 2008)

Informar-comprobar-informar (ICI).- La más conocida y seguramente la que más utilizamos, consiste en proporcionar una pequeña dosis de información, comprobar que el paciente lo ha entendido, dar otra pequeña dosis de información y así sucesivamente. Su valor reside en la comprobación rigurosa de que el paciente ha comprendido la dosis de información que le hemos dado, antes de suministrar una nueva dosis.

El punto débil de esta manera de informar reside también en la fase de comprobación, que muchas veces se limita a una pregunta cerrada del tipo: “¿Lo ha entendido?” y que no nos permite saber hasta qué punto la información que estamos dando les va a ser útil. La comprobación debería implicar mucho más, utilizando preguntas abiertas para conocer la perspectiva del paciente, qué piensa de esta dosis de información, si hay alguna parte de la misma que no ha entendido o si quiere preguntar algo más respecto a la información que le hemos dado. De esta forma implicamos al paciente en su propio cuidado aunque estemos informando, comunica paciencia y respeto y la información deja de ser un proceso unidireccional para convertirse en un diálogo.

Evaluar-proporcionar información-evaluar (EPE).- Esta forma es más acorde con el consejo sanitario para el cambio de conductas. Comienza evaluando lo que los pacientes desean y quieren conocer, además del significado que la nueva información tiene para ellos. Esta forma pone énfasis en la implicación activa del paciente en su salud y aumenta la motivación para el cambio de conducta.

Comienza con una pregunta abierta para focalizar la información que desea el paciente, explorando los conocimientos previos y valorando los intereses y la necesidad de la información que vamos a dar. Podemos preguntar: ¿Qué le gustaría saber de? Para saber qué es importante conocer desde la perspectiva del paciente, o bien ¿Qué sabes sobre? Esta segunda forma nos ahorra tiempo al no tener que explicar aquello que ya sabe el paciente y nos permite detectar las ideas erróneas que pueda tener que, de otra manera podrían pasar desapercibidas.

La segunda parte del ciclo EPE (proporcionar información) requiere que tengamos permiso del paciente para dar esa información. Si hemos preguntado antes qué es lo que le gustaría saber, ya nos está dando permiso al responder a la pregunta. Si hemos comenzado antes con la pregunta ¿Qué sabes de? puede que la respuesta del paciente lleve implícita la demanda de más información. En caso de duda siempre podemos pedir permiso: ¿Le gustaría que le contara más cosas de...? Al proporcionar información debemos priorizar en aquello que más necesitan o quieren saber, informando de forma clara y a dosis manejables. Tenemos que resaltar la autonomía del paciente ya que en última instancia es quien decide

cómo debe responder o interpretar la información que le estamos dando.

La tercera parte del EPE consiste en una nueva pregunta abierta para evaluar la respuesta del paciente a la información que le acabamos de dar *¿Qué ha entendido de la información que le acabo de dar? ¿Qué le parece lo que le he contado? ¿Qué importancia tiene esto para usted? ¿Hay algo más que le gustaría saber?*

La diferencia principal entre los dos estilos que hemos visto (ICI y EPE) está en nuestra actitud:

En el ICI tenemos cierta cantidad de información que queremos dar al paciente. La comprobación es solo para asegurarnos de que el paciente lo ha “captado”. Nuestra función es dar información y la del paciente entenderla.

En el EPE hay una actitud más colaborativa que es adecuada para el cambio de conductas. Debemos conocer las inquietudes del paciente, sus conocimientos actuales sobre la materia y su interés en conocer más. No debemos olvidar que nosotros sabemos lo que ha resultado beneficioso para otros pacientes en circunstancias parecidas, pero la persona que tenemos enfrente conoce muy bien qué es lo que mejor funciona en su caso concreto.

3.- Entregar un folleto educativo

Siempre debemos procurar disponer de material educativo sobre los consejos que damos, para poder entregar a los pacientes y ampliar así la información de la conducta sobre la que queremos intervenir, reforzando nuestra intervención. No hay que limitarse a entregar el folleto, sino que debemos explicar su contenido de manera que consigamos motivar a la persona para que se lo lea.

4.- Ofertar apoyo si lo precisa

Debemos expresar nuestra disposición de ayuda para profundizar sobre el tema. Para ello se puede concertar una nueva consulta programada o derivar a otros profesionales expertos en el tema.

Resumiendo. Estas son las cuatro etapas del consejo sanitario:

- 1 **Preguntar sobre la conducta y registrar.**
- 2 **Aconsejar el cambio. Proporcionar información motivadora.**
- 3 **Entregar un folleto educativo.**
- 4 **Ofertar apoyo si lo precisa.**

4 Actividades

ROLPLAY - ENTREVISTAS

En cada caso, una persona hace de paciente y otra de profesional. El resto deben evaluar los puntos de mejora en cada entrevista.

Caso 1

Paciente varón de 40 años que acude a la consulta de enfermería por primera vez. La persona que hace el rol de profesional debe iniciar las fases de apertura y exploratoria de la entrevista clínica

Caso 2

Diabética tipo II de 68 años que acude a consulta programada de enfermería para seguimiento de su diabetes. Necesitamos valorar el manejo del régimen terapéutico.

Caso 3

Paciente de 20 años derivado por su médico para que le enseñemos el uso de un inhalador que le ha pautado a demanda. Notamos que huele a tabaco, pero en su historia clínica no pone nada al respecto

5 Evaluación

1. ¿Cuál de los siguientes es un componente no verbal?
 - a) Humor
 - b) Preguntas
 - c) Gestos
 - d) Contenido

2. ¿Cuál de las siguientes fases NO forma parte de la entrevista clínica?
 - a) Fase exploratoria
 - b) Fase diagnóstica
 - c) Fase resolutive
 - d) Fase preliminar

3. ¿En qué fase de la entrevista clínica se negocia el plan terapéutico?
 - a) Fase preliminar
 - b) Fase exploratoria
 - c) Fase resolutive
 - d) Fase final

4. Durante la valoración del régimen terapéutico preguntamos a una paciente diabética: ¿Qué hace cuando nota que le baja el azúcar? ¿Qué parte del manejo del régimen terapéutico estamos valorando?
 - a) Conocimientos
 - b) Adherencia al tratamiento
 - c) Resultados conseguido
 - d) Efectos secundarios

5. ¿Cómo se denomina la estrategia de información que se recomienda para el cambio de conductas?
 - a) TEP
 - b) ICI
 - c) SAS
 - d) EPE

6 Bibliografía

- Arranz P., Barbero J., Barreto, P. & Bayés R. (2003). *Intervención emocional en los cuidados paliativos. Modelo y protocolos*. Barcelona: Ariel.
- Bayés R. (2001). *Psicología del sufrimiento y de la muerte*. Barcelona: Martínez Roca.
- Gómez, R. , Gómez, M. & Gómez, R. (2012). Relación de ayuda. En *Manual de atención psicosocial*. Capítulo 5. España: Instituto Monsa de Ediciones.
- Leal, C., van-der Hofstadt, C.J. (2012). Comunicación y salud. En *Manual de atención psicosocial*. Capítulo 18. España: Instituto Monsa de Ediciones.
- Riquelme, A., Ortigosa, J.A. & Martín, M. (2012). La comunicación con el enfermo y el manejo de la información sobre la enfermedad. En *Manual de atención psicosocial*. Capítulo 8. España: Instituto Monsa de Ediciones.
- Rollnick S. Miller W.R. & Butler C.C. (2008) *Motivational Interviewing in Health Care*. New York. The Guilford Press.
- Sánchez Monfort J, Pérez Pont I. (2008) Papel de la enfermería en la atención al fumador. En SEMFYC *Manual de tabaquismo* (pp.231-244). Barcelona: Semfyc.
- Servicio de Promoción y Educación para la Salud. (2013) *Consejos eficaces sobre el estilo de vida*. Consejería de Sanidad y Política Social. Murcia
- Van-der Hofstadt, C.J. (2005). *Doctors talking with patients. Patients talking with doctors*. Westport Con: Auburn House.
- Van-der Hofstadt C.J., Quiles M.J. & Quiles Y. (2006). *Técnicas de comunicación para profesionales de enfermería* (1ª edición). Valencia: Generalitat Valenciana. Consellería de Sanitat. Recuperado de <http://publicaciones.san.gva.es/publicaciones/documentos/V.1037-2006.pdf>

5

Registros de enfermería en OMI-AP

Autor: Josep Sánchez Monfort

1 Introducción

OMI-AP es el programa informático que ha adquirido el Servicio Murciano de Salud para registrar la actividad asistencial que se realiza en Atención Primaria. Dichos registros se guardan en una base de datos a la que se puede acceder desde los distintos ordenadores habilitados para ello.

Todo lo que se puede hacer con una base de datos se limita a cuatro acciones: registrar algo, consultar un dato, modificarlo o borrarlo. OMI-AP lo que hace es crear un entorno de trabajo que facilite estas cuatro operaciones. En esta unidad se exponen las tareas más básicas que realizan las enfermeras en OMI-AP y que abarcan una parte muy importante del trabajo que se registra.

El 16 de septiembre de 2010 se publicó en el Boletín Oficial del Estado (BOE) el Real Decreto 1093/2010 que hace referencia a la información mínima que debe constar en la historia clínica de los usuarios (BOE, 2010) Esta información incluye los diagnósticos enfermeros, resultados y actividades expresados en terminología NANDA-NIC-NOC.


2 Objetivos

Al finalizar esta unidad serás capaz de:

- Abrir las agendas donde están citados los pacientes
- Acceder a la historia de cada paciente.
- Abrir nuevos episodios.
- Registrar las actividades realizadas a través de protocolos, planes personales y vacunas.
- Registrar actividades utilizando los planes de cuidados estandarizados.
- Citar a los pacientes en tu agenda o en cualquier otra agenda del centro.

3 Contenidos

3.1 Inicio de sesión en OMI-AP

Para iniciar sesión en OMI-AP, se pulsa primero sobre el icono de OMI  en la pantalla del PC para iniciar sesión en la web de Citrix. Desde allí, deberemos pulsar de nuevo el icono de OMI para abrir el programa.

Tendremos que introducir el nombre de usuario y contraseña que nos habrán facilitado.

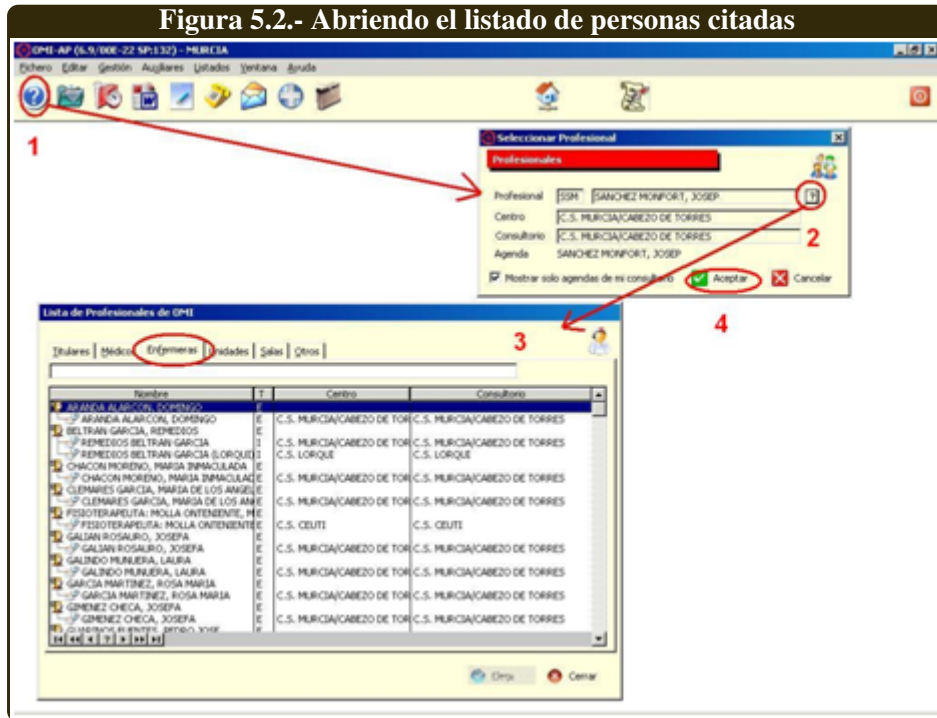


3.2 Acceso a la lista de pendientes (personas citadas)

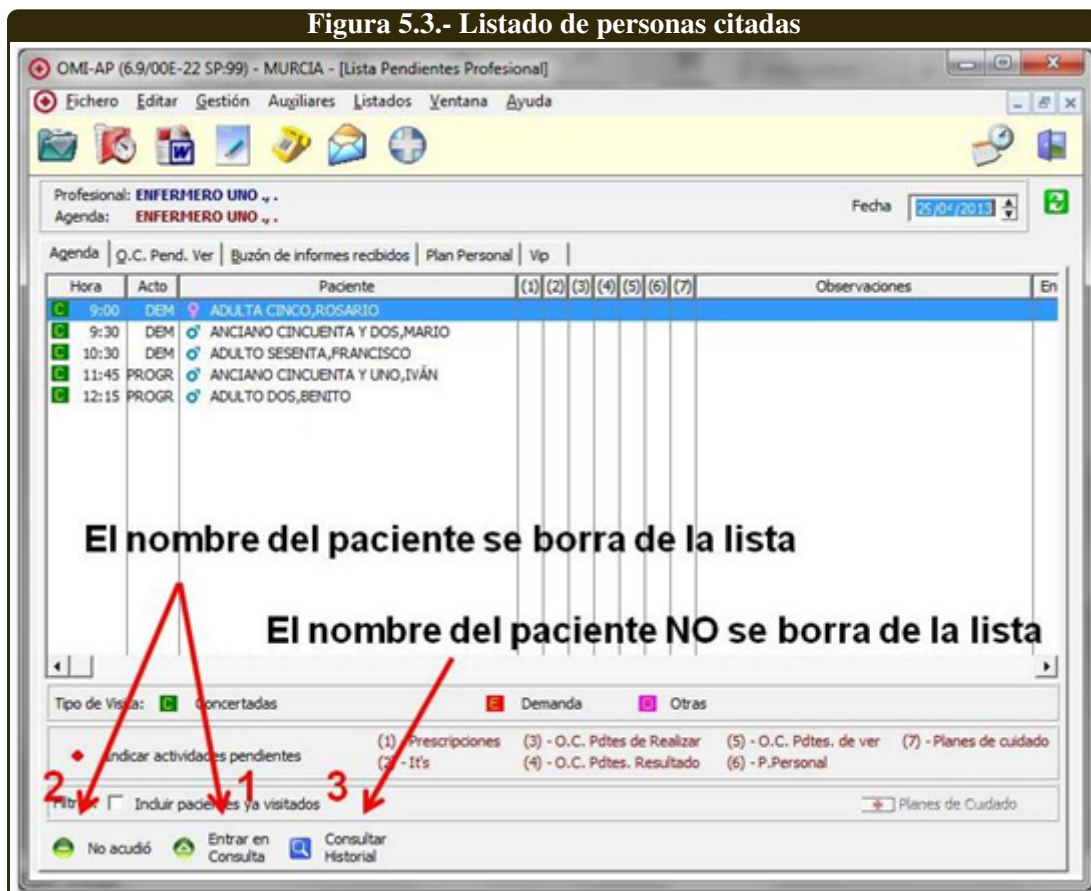
En los Centros de Atención Primaria, cada enfermero/a titular dispone de una agenda donde citar a los pacientes que tiene asignados. Por defecto, el OMI abre la agenda de la persona que ha iniciado sesión, pero si no tenemos agenda asignada, deberemos buscar la del enfermero/a que vamos a sustituir siguiendo los cuatro pasos que se muestran en la figura 5,2:

- 1 Pulsar el icono del interrogante grande (lista de pendientes)
- 2 Pulsar el interrogante pequeño que hay junto a nuestro nombre.
- 3 Buscar el nombre de la persona titular de la agenda.
- 4 Aceptar.

Estos mismos pasos se darán para abrir cualquier agenda, excepto la nuestra que solo precisará de los pasos 1 y 4. (ver figura 5.2)



Una vez abierta la agenda, podemos ver la lista de los pacientes que tenemos citados y desde ahí, gestionaremos la actividad de la consulta.(figura 5.3)



Pueden presentarse tres casos:

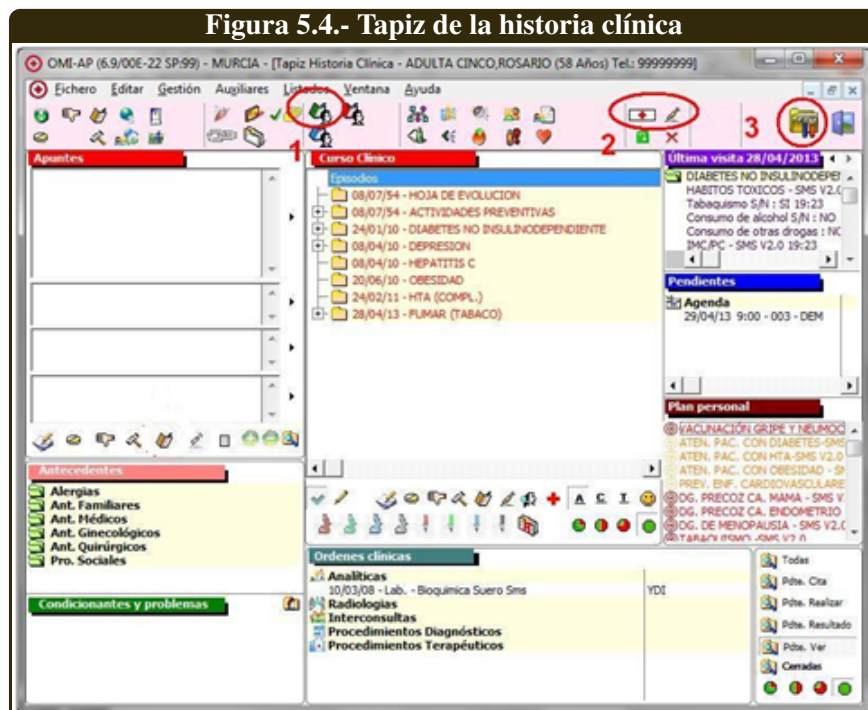
- 1 Llamamos a la persona que esta esperando. Para abrir su historia debemos pulsar sobre el nombre de la persona para activarla (aparecera con fondo azul como se ve en la imagen anterior) y después sobre el icono num 1 (Entrar en consulta) En este caso se abre el tapiz de la historia clínica donde podemos registrar las actividades que realicemos. Cuando volvamos a esta pantalla, el nombre de la persona se habrá borrado de la lista.
- 2 Llamamos a la persona, pero no ha venido. En ese caso, con el nombre activado, pulsamos el icono num 2 (No acudió) El nombre se borrará de la lista sin necesidad de abrir el tapiz de la historia clínica
- 3 Queremos consultar la historia de ua peresona que tenemos citada. Con su nombre activado, pulsamos el icono num 3 (Consultar historial) Se abre el tapiz de la historia clínica, donde podremos consultar y registrar cualquier cosa, y al volver a la lista de pendientes el nombre de la paersona no se habrá borrado del listado.

¿Y si alguien llega tarde y ya hemos registrado que no acudió?

Solo tenemos que activar la casilla **Filtros:** **Incluir pacientes ya visitados:** con lo que se mostrartan todas las personas citadas para ese día. Con fondo blanco las que quedan por visitar, con fondo amarillo las que ya hemos visto y con fondo rojo las que hemos marcado como que no acudió. Solamente tenemos que pulsar doble click sobre el nombre dela persona que no acudió para que se abra su historia y podamos registrar las actividades igual que en el primer caso que se ha expuesto anteriormente.

3.3 Tapiz de la historia clínica

Es el que muestra, en una sola pantalla, un resumen de la historia clínica del paciente y desde donde podremos abrir otras pantallas y protocolos para poder consultar, añadir, modificar e incluso borrar datos de ese paciente (figura 5.4)



Los iconos que nos interesan en esta parte de la unidad son los que están marcados con un círculo rojo y numerados del 1 al 3.

- 1 Pulsando este icono se accede a los **planes personales** (no los confundáis con los planes de cuidados) Se trata de un conjunto de protocolos que nos permiten registrar las actividades descritas en la cartera de servicios (ver unidad 3) y que se activan en cada paciente en función del sexo, edad y patología.
- 2 De los dos iconos, el de la jeringuilla da acceso a la **pantalla de vacunas** donde podremos consultar el estado vacunal del paciente y registrar cualquier vacuna que le administremos. El de la cruz roja sirve para acceder al asistente de los **planes de cuidados**, donde podremos registrar cada uno de los pasos del plan de cuidados: valoración, diagnóstico, objetivos NOC, actividades NIC y seguimiento. También podemos acceder desde aquí a los planes de cuidados estandarizados.
- 3 Da acceso a la **barra de herramientas** que nos permite acceder a otras partes del OMI sin salir de la historia del paciente. Desde aquí podemos, por ejemplo, citar a un paciente, ver el correo interno, abrir la biblioteca del OMI, etc.)

También podemos registrar algunas de las actividades directamente desde la ventana del curso clínico. Vamos a mostrar paso a paso cómo registrar algunas actividades.

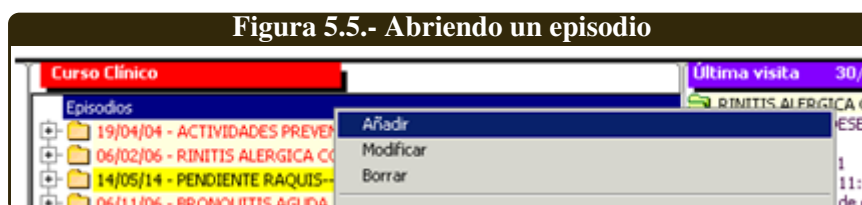
3.4 Registros paso a paso

Vamos a presentar cuatro supuestos prácticos que nos servirán como ejemplo para practicar las formas de registro más habituales:

Supuesto I.- Registro de una actividad

Paciente que ha acudido por un esguince de muñeca izquierda y hemos inmovilizado con un vendaje adhesivo (Se pueden seguir los mismos pasos para registrar en cualquier protocolo de OMI)

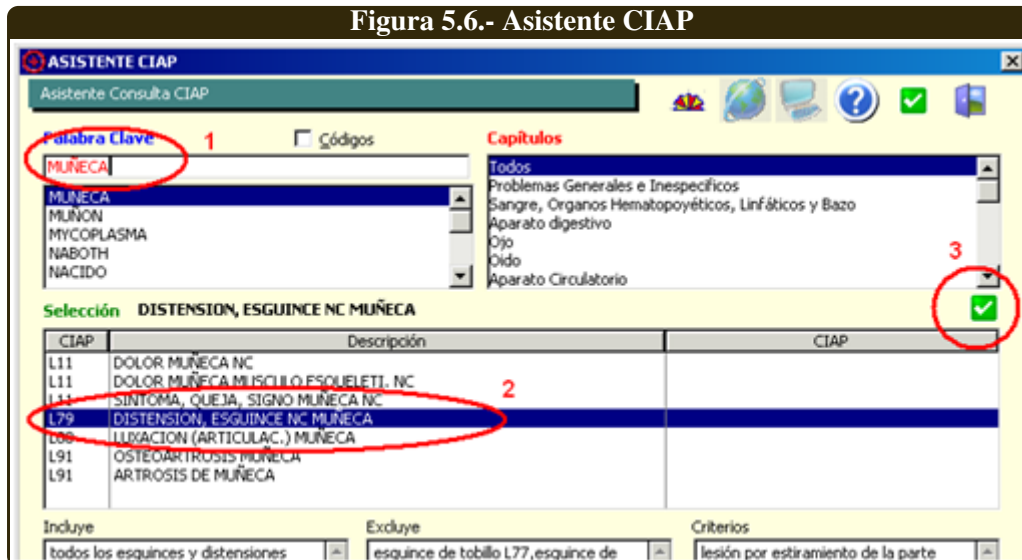
Paso 1.- Abrimos episodio. Pulsamos con el botón derecho del ratón en la línea que pone: “Episodios” y en la ventana que se despliega elegimos la opción: “Añadir”.



Paso 2.- Abrimos la pantalla del asistente CIAP (Clasificación Internacional de Atención Primaria) Se trata de una clasificación que recoge los motivos de consulta y problemas de salud que se dan en AP y que el OMI denomina “Episodios” Para Abrir un episodio, primero lo buscamos en la clasificación siguiendo los tres pasos siguientes: (figura 5.6)

- 1 En la casilla “Palabra Clave” ponemos alguna palabra que tenga que ver con el episodio que queremos buscar. Al tratarse de un esguince de muñeca, pongo la palabra “muñeca” y me muestra todos los episodios que contienen esa palabra en su definición. (podríamos haber usado esguince y el resultado sería el mismo)

- 2 Marcamos el episodio que estábamos buscando (en este caso “DISTENSION, ESGUINCE NC MUÑECA”)
- 3 Pulsamos el icono marcado con el num 3 y el OMI vuelve a la pantalla de la historia clínica donde podemos ver el episodio que hemos seleccionado.



Paso 3.- Ahora tenemos que registrar la actividad realizada (inmovilización de la muñeca con vendaje adhesivo) Para hacerlo, ponemos el cursor sobre el nombre del episodio y pulsamos el botón derecho. Elegimos la opción: “Añadir”.



Paso 4.- Se abre un listado con todos los protocolos del OMI. Afortunadamente, los que solemos usar en enfermería son los primeros de la lista. Elegiremos el episodio: ACTIVIDADES/TECNICAS haciendo doble click sobre el nombre del episodio.





Paso 4.- Se puede registrar la actividad activando la casilla de “Inmovilización” y escribiendo en “Comentarios” el tipo de inmovilización que hemos realizado. Una vez registrado, pulsamos en el icono  para volver a la pantalla de la historia clínica con la actividad registrada.

Figura 5.9.- Registro de actividades y técnicas



(3332) Oxigenoterapia
 (0910) Inmovilización
 (1640) Cuidado de los oídos (1 - 20/03/2013)
 (1650) Cuidados de los ojos
 (0580) Sondaje vesical
 (0505) Irrigación de la vejiga
 (1876) Cuidados del catéter urinario
 (7820) Manejo de muestras
 (4238) Flebotomía: muestra de sangre venosa (1 - 6/10/2010)
 (4200) Terapia intravenosa (IV)
 (1080) Sondaje gastrointestinal
 (1874) Cuidados de la sonda gastrointestinal
 (5510) Educación sanitaria (1 - 20/03/2013)

Comentarios
 Vendaje adhesivo en muñeca

Derivación a M. F. (1 - 20/03/2013)

- FEV 1/CVF (%) U
 - FEV 1/CVF (%) (TEÓRICO) 0

Oscilometría
 Test de embarazo
 Citología

TAS: 0 (120 - 24/04/2013)
 TAD: 0 (63 - 24/04/2013)
 Pulso: 0
 Glu. cap. basal: 0
 Glu. cap. Postprandial: 0
 Colesterol capilar: 0
 INR capilar 0,00

Comentarios

Registro de un plan personal

Vamos a registrar la presencia o no de hábitos tóxicos, aunque el acceso a cualquier plan personal sigue los mismos pasos.

Paso 1.- Se pulsa el icono de Planes Personales



Paso 2.- Entre los protocolos que componen el Plan Personal buscamos el que vamos a registrar y pulsamos dos veces (doble click) en la columna que hay frente al nombre del protocolo (la zona en azul de la imagen 5.11) Nos abre un formulario para que introduzcamos los datos correspondientes.

Figura 5.11.- Acceso al formulario

PLAN TERAPEUTICO HIPERCOLEST - SMS V2.0		DISLIPEMIA	29/05/2015	U:
ADHERENCIA MEDIDAS HD (S/N)		DISLIPEMIA		0:
ADHERENCIA TTO. HIPERCOL (S/N)		DISLIPEMIA		0:
PREV. ENF. CARDIOVASCULARES-SMS V2.0				
HABITOS TOXICOS - DETECCION EPOC		PREVENCION	29/05/2015	0:
TABACO (SI/NO)		PREVENCION		0:
ALCOHOL (SI/NO)		PREVENCION		0:


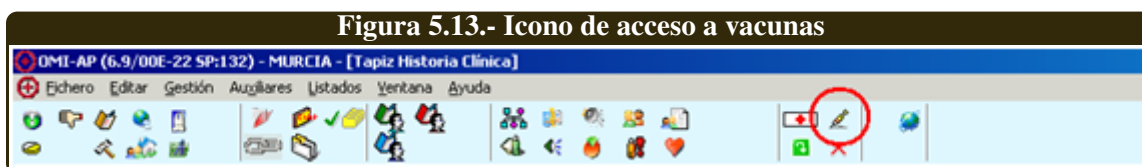
Paso 3.- Rellenamos los campos del protocolo que hayamos valorado y pulsamos en 

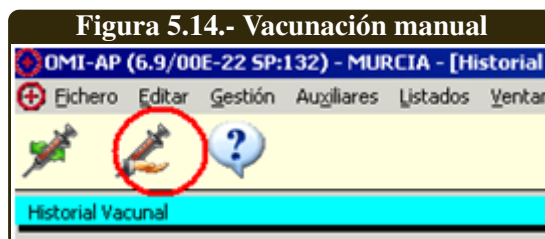
Figura 5.12.- Formulario del protocolo “Hábitos tóxicos”

Registro de una vacuna Hay tres formas de registrar una vacuna: Desde los planes personales (se siguen los pasos del supuesto anterior), la vacunación automática (para vacunas que están dentro del calendario vacunal) y la vacunación manual (para cualquier tipo de vacuna) Vamos a ver la vacunación manual.

Paso 1.- Se pulsa el icono de vacunas para abrir la pantalla del historial vacunal.



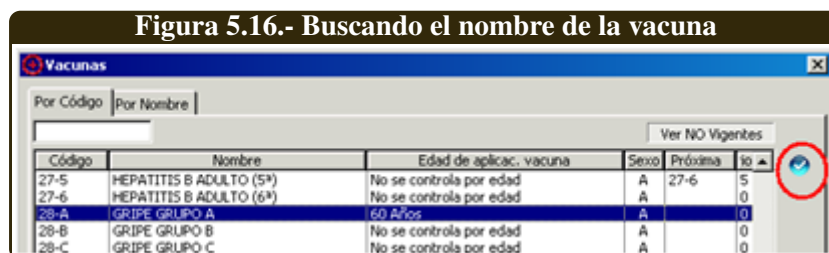
Paso 2.- En el tapiz de vacunas, pulsad en el icono de vacunación manual.



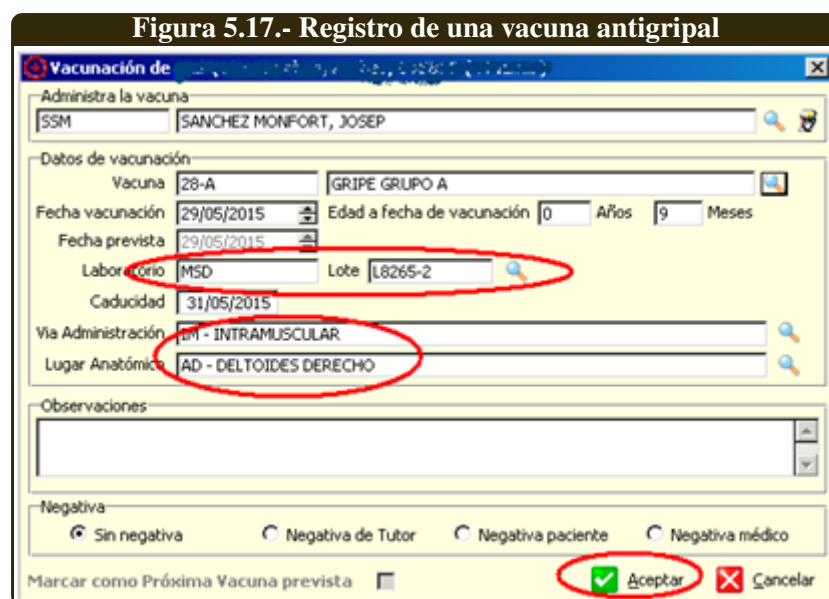
Paso 3.- Se busca el nombre de la vacuna pulsando el icono de la lupa.

Figura 5.15.- Icono para buscar el nombre de la vacuna

Aunque el listado que ofrece el OMI por defecto está por orden de códigos, si pulsamos la pestaña “Por nombre” tenemos las vacunas por orden alfabético. A veces esta segunda opción puede facilitar la búsqueda de algunas vacunas.



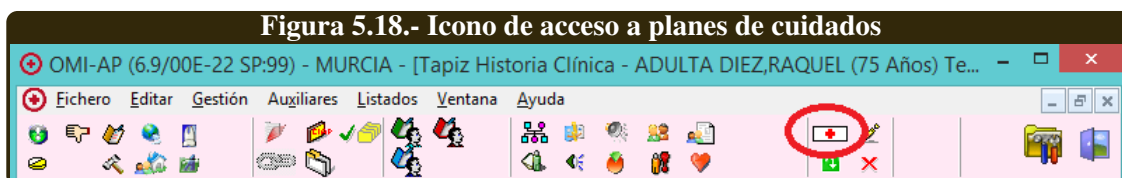
Paso 4.- Comprobad que coinciden el numero de lote y laboratorio y registrad la vía de administración y lugar anatómico de la vacuna. Para terminar, pulsad en como se ve en la figura 5.17



Registro de un plan de cuidados estandarizado

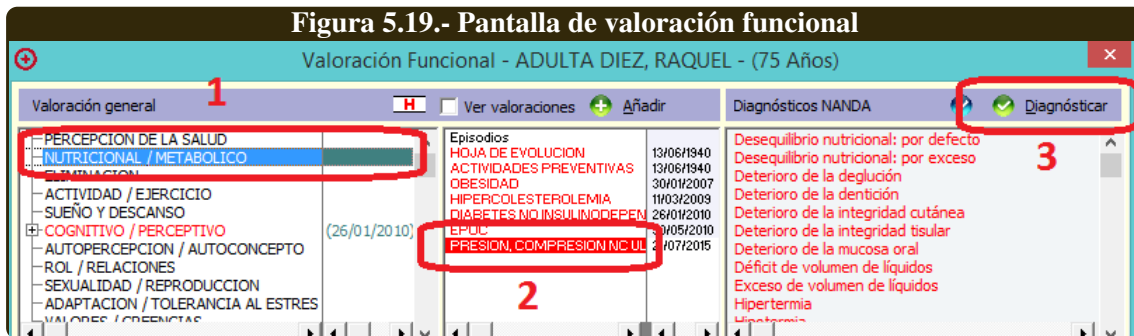
El OMI cuenta con algunos planes estandarizados que al abrirlos nos propone por defecto varias actividades y resultados asociados al diagnóstico que hemos realizado, lo que facilita su registro. En este supuesto crearemos un plan de cuidados para una paciente a la que hemos curado una úlcera por presión.

Paso 1.- Se accede desde el icono marcado en la figura 5.18.

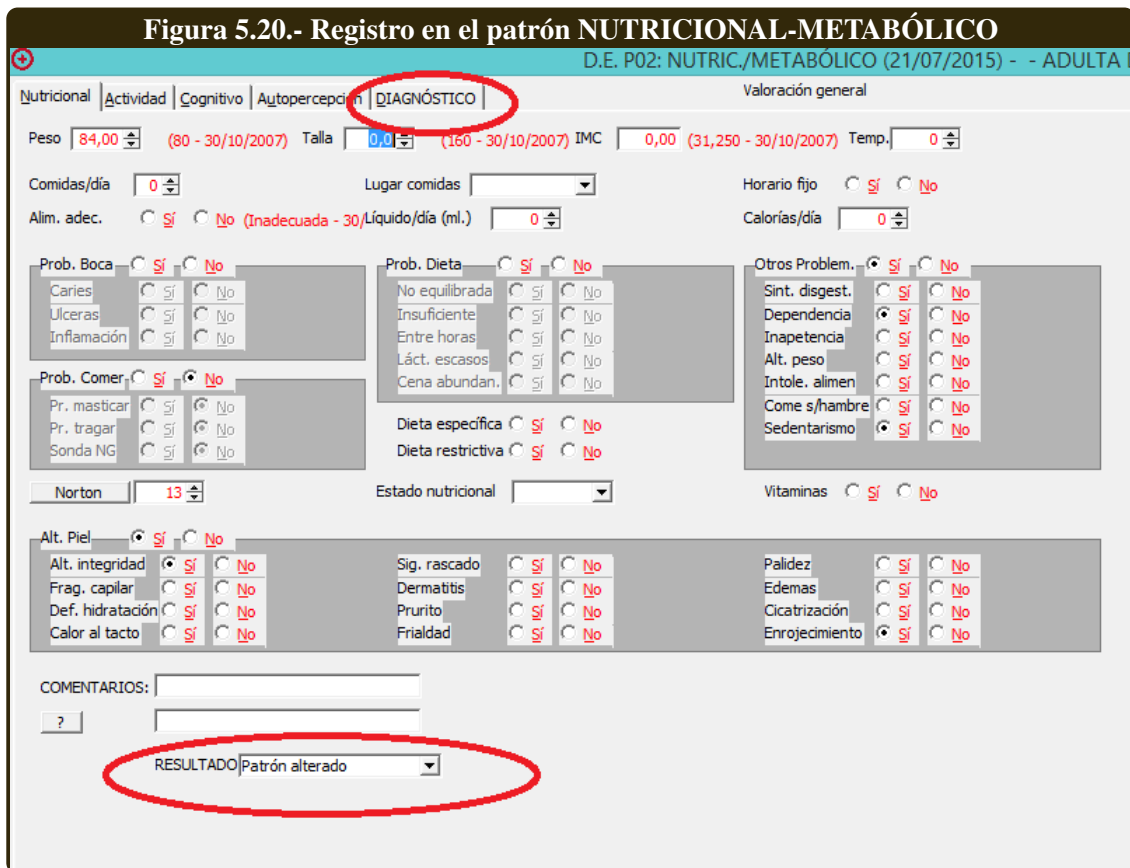


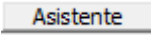

Paso 2.- Se abre la pantalla de valoración funcional (Figura 5.19)

- 1 Activad el patrón NUTRICIONAL-METABÓLICO (azul en la imagen)
- 2 Activad el episodio PRESIÓN, COMPRESIÓN NC ÚLCERA (rojo en la imagen)
- 3 Pulsad en el icono “Diagnosticar”



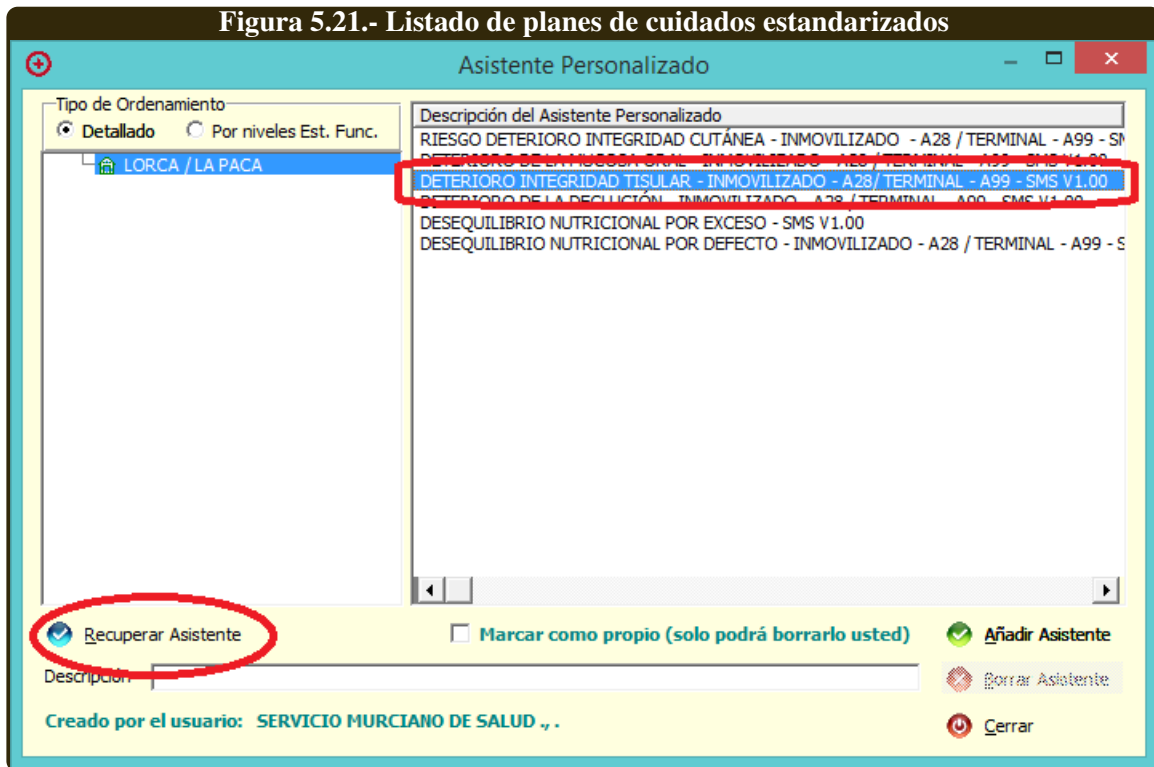
Paso 3.- Registrad los datos de la valoración del patrón Nutricional/metabólico y poned como resultado: “Patrón alterado”. Desde aquí se pueden valorar otros patrones relacionados como el de “Actividad/ejercicio” o el “cognitivo/perceptivo” pulsando en las respectivas pestañas. Al finalizar la valoración, pulsad en la pestaña “Diagnóstico”



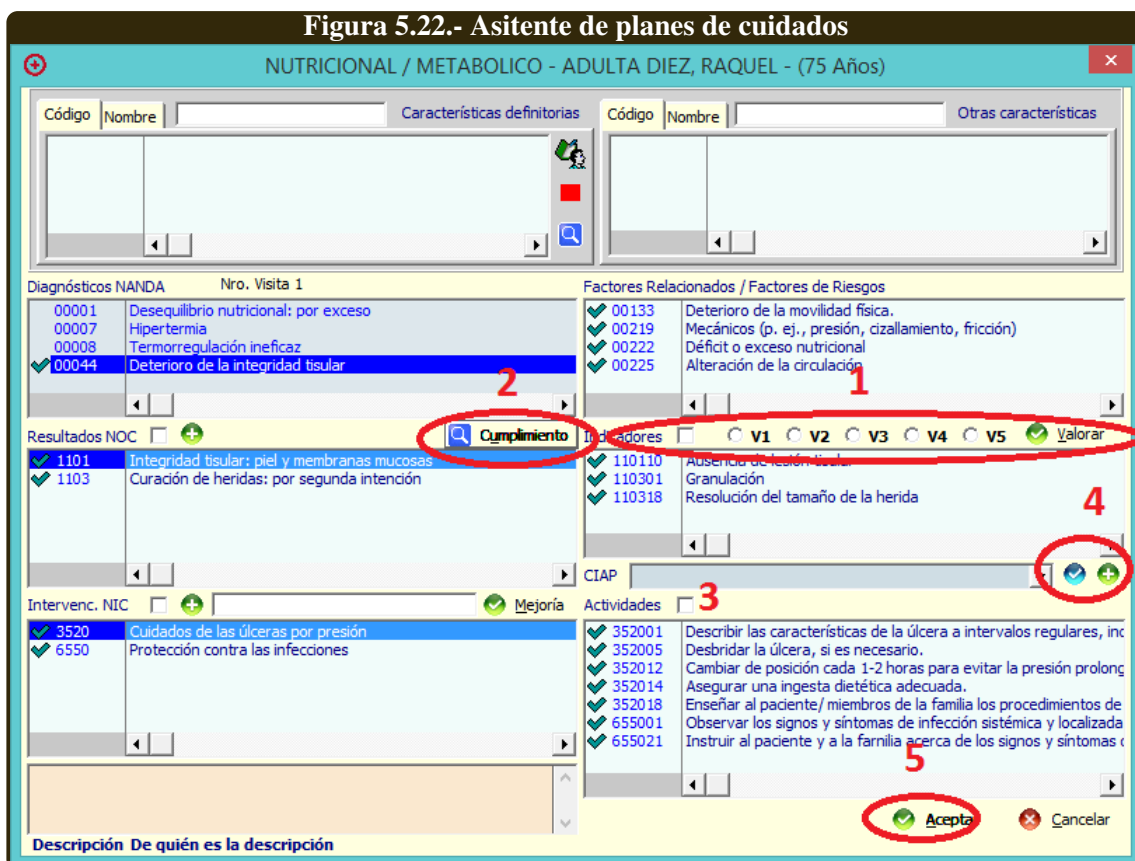
Pasos 4 y 5.- En la pantalla que se abre, solo tenemos que pulsar en el icono  y en la siguiente pantalla el icono  que nos da acceso a los planes de cuidados estandarizados.

Como se ve en la figura 5.21, solo nos muestra los planes de cuidados estandarizados incluidos en el patrón Nutricional-metabólico que es el que se ha activado en el paso 2.

Paso 5.- Elegid el plan de cuidados estandarizado y pulsad el icono “Recuperar asistente” (Figura 5,21) para abrir la pantalla del asistente de planes de cuidados (Figura 5.22)



Paso 6.- A partir de aquí se siguen los mismos pasos que cuando creamos un plan de cuidados personalizado y que se han numerado en la figura 5.22, pudiendo eliminar cualquiera de los indicadores de resultados o actividades que consideremos que no se ajusta al plan que estamos elaborando.




- 1 Valorad cada uno de los indicadores de resultados con una puntuación del 1 al 5 y pulsad cada vez en el icono “Valorar”.
- 2 Pulsad el icono “Cumplimiento” para valorar el criterio de resolución. Como se ve en la figura 5.23, hay que valorar el estado de la integridad tisular (en este ejemplo) así como la fecha cuando debamos volver a valorar y como esperamos encontrarlo en esa fecha.
- 3 Elegid las actividades que vamos a realizar para conseguir el objetivo. Borradas las actividades que no penséis realizar, haciendo doble click en el nombre de la actividad.
- 4 Elegid el episodio donde vamos a registrar el plan de cuidados. En este caso será el de úlcera por presión que ya habíamos marcado en el paso 2
- 5 Pulsad en 

Figura 5.23.- Criterio de resolución de un NOC



Cumplimiento del Criterio de resolución

Valor para Integridad tisular: piel y membranas mucosas

Extremadamente comprometido
 Sustancialmente comprometido
 Moderadamente comprometido
 Levemente comprometido
 No comprometido

Realización en : Meses Días Objetivo numérico:

Fecha estimada para alcanzar el Objetivo: **5/08/2015**


 Aceptar  Cancelar

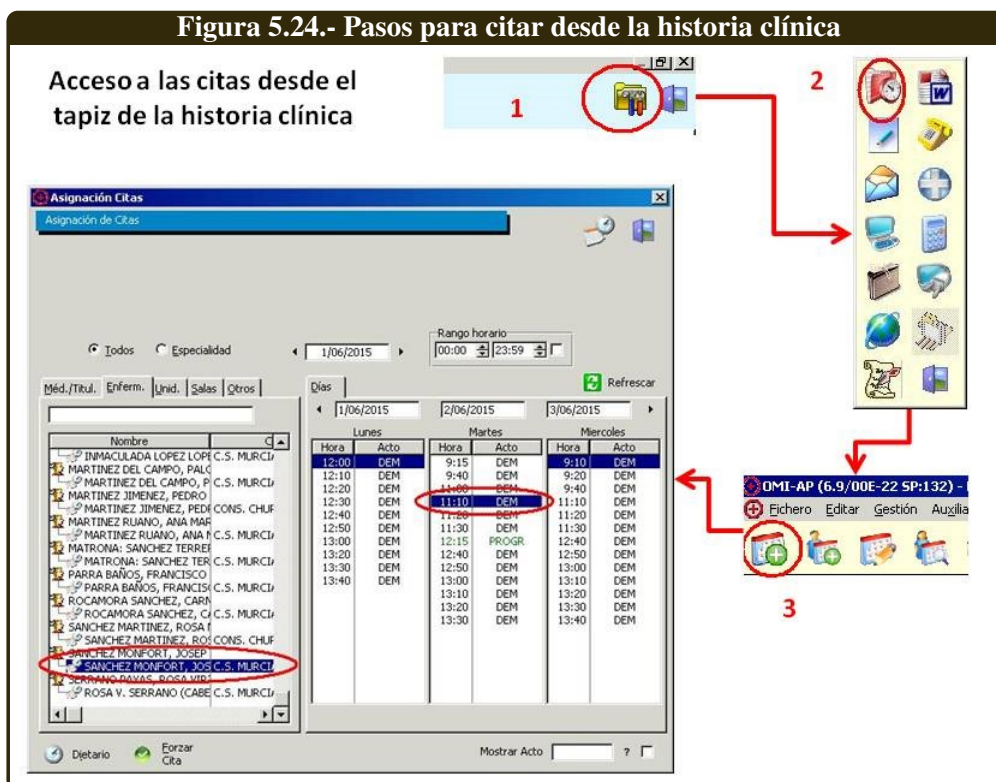
3.5 Citando desde la consulta de enfermería

Tras una consulta programada, concertada o incluso en consultas a demanda que requieran un seguimiento, lo más probable es que tengamos que citar de nuevo a la persona para una próxima consulta. Esto no solo le ahorra molestias a los usuarios que no tienen que pasar por administración para pedir cita, sino que nos permite programarnos las agendas.

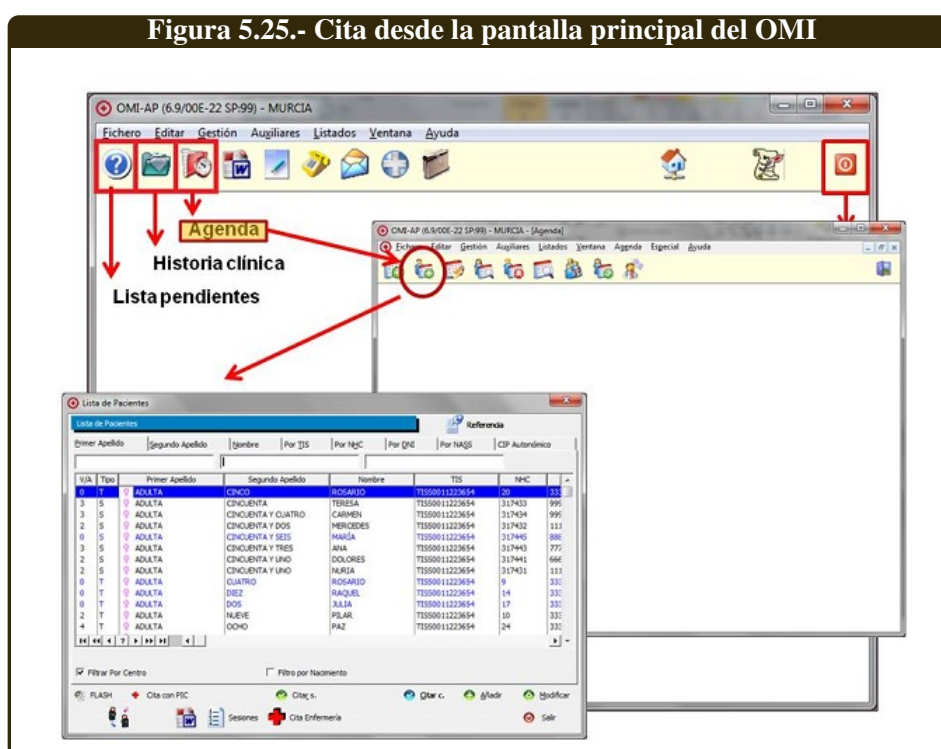
Podemos dar cita sin salir de la historia clínica con los siguientes pasos: (figura 5.24)

- 1 Pulsad el icono “Barra de Herramientas”
- 2 En la barra de herramientas, pulsad el icono de “Agenda”
- 3 En la pantalla de “Agenda” pulsad el icono “Asignación de citas”
- 4 Elegid el nombre del profesional con quien vamos a dar la cita y el día y hora de la cita. Haced doble click sobre la hora de la cita.

Por defecto sale el nombre de la persona cuya historia teníamos abierta, por lo que solo tenemos que pulsar en  cuando nos aparezca la lista de pacientes.



Si necesitamos citar sin tener abierta la historia clínica, también podemos hacerlo accediendo a la agenda desde la página principal del OMI como se muestra en la figura 5.25:



En este caso, primero buscamos el nombre de la persona que se va a citar y después el del profesional con quien vamos a dar la cita.

- 1 Pulsad en el icono de “Agenda”
- 2 Pulsad en el icono de “Asignar por paciente”
- 3 Buscad el nombre del paciente en el listado que nos muestra el OMI. Elegid al paciente y pulsad en “Cita Enfermería” para elegir a la enfermera con quien vamos a dar la cita.
- 4 Por último, elegid el nombre del profesional con quien vamos a dar la cita y el día y hora de la cita. Para terminar, haced doble click sobre la hora de la cita.

3.6 Tipos de citas

Los tipos de citas los podemos clasificar dependiendo de si nos referimos a la forma de solicitar la cita o dependiendo del tipo de consulta.

Según la forma de solicitarla hay dos tipos de cita: A demanda y concertada.

- La cita a demanda es la que pide directamente la persona que quiere ser atendida en el centro de salud.
- La cita concertada es la que dan los profesionales cuando acuerdan con el paciente una próxima cita.

No tenemos que preocuparnos por esta clasificación. El OMI, de forma automática considera citas a demanda todas las que se dan en administración, por internet o a través del teléfono de cita previa. Todas las citas que demos nosotros las considera citas concertadas. Cuando accedamos a la lista de pendientes (lista de pacientes citados) junto al nombre del paciente veremos una D si la cita es a demanda, o una C si es concertada.

Dependiendo del tipo de consulta, la diferencia ya no es tan fácil, pues no hay un criterio unánime. El OMI distingue varios tipos de cita, aunque los más utilizados son: cita a demanda (DEM) y cita programada (PROG)

La cita programada, como indica su nombre es aquella que se da a una persona para una consulta que está incluida dentro de un programa de salud, como pueden ser las revisiones del niño sano, el programa de diabetes o el de seguimiento del embarazo, independientemente de que la cita la solicite la persona incluida en el programa o que la demos nosotros. El resto de citas no incluidas en un programa son citas a demanda.

El problema viene por el uso polisémico de la palabra “demanda” que se usa para referirse tanto a la cita solicitada por la persona (en administración o a través de internet o cita telefónica) como a las consultas que no están recogidas en un determinado programa de salud. Esto provoca que muchos profesionales consideren que todas las consultas concertadas son programadas y el resto son a demanda.

Regla para saber si una cita es a demanda o programada:

Cuando deis alguna cita preguntaros: ¿La cita es para alguna intervención incluida en un programa de salud? Si la respuesta es afirmativa, la cita será programada, en el resto de los casos será a demanda.

4 Actividades

CASOS PRÁCTICOS EN OMI-AP

Para la realización de estos casos prácticos se precisa que al menos 4 pacientes estén citados en una de las agendas de enfermería para el día de la práctica.

Caso 1

- Abrimos la historia de la siguiente paciente. Viene derivada por su médico para incluirla en el programa de actividades preventivas del adulto..
- Abrimos la pantalla de planes personales y registramos los siguientes datos:
 - Peso: 68 kg
 - Talla: 165 cm
 - TA:130/72
 - Citología normal hace 3 meses (como se la hizo en la AECC no consta en la historia)

Caso 2

- Abrimos la lista de pendientes de la enfermera a quien vamos a sustituir.
- Abrimos la historia del primer paciente que tiene citado. Paciente intervenido de colecistectomía. Acude para que curemos la herida quirúrgica.
- Abrimos el episodio o episodios correspondientes.
- Registramos la valoración de la herida, y el tipo de cura realizado
- Lo citamos de nuevo para la siguiente cura dentro de 48 horas.

Caso 3

El siguiente paciente que entra en la consulta es diabético tipo II y acude a la visita programada con enfermería y a que le demos tiras para su medidor de glucemia

- Registrad que le hemos dado tiras
- Completad los campos del plan personal (diabetes) que creáis que son de nuestra competencia..
- Imaginad que estamos en octubre y aprovechamos para ponerle la vacuna de la gripe y el neumococo. Registrad que le hemos puesto las vacunas.
- Citad de nuevo a consulta programada dentro de tres meses..

Caso 4

El siguiente paciente acude derivado por su médico para incluirlo en el programa de actividades preventivas (planes personales) y registramos los siguientes datos:

- Es fumador y bebe cerveza (1 caña al día)
- Talla: 172 cm
- Peso: 91 kg
- Perímetro de cintura: 110 cm
- TA136/84
- Abrimos el episodio tabaco con fecha 1/1/69
- Abrimos el episodio obesidad con fecha de hoy.
- Comprobad si se han activado los planes personales de tabaquismo y obesidad.


Caso 5


Acude un paciente al que le acaban de diagnosticar diabetes tipo II. Viene a que le pautemos varias sesiones de educación para la salud sobre dieta, medicación y actividades relacionadas con su proceso.(manejo del régimen terapéutico)


- Abrid los planes de cuidados.
- Elegid el patrón cognitivo-perceptivo.
- Valorad ese patrón y vamos al asistente personalizado.
- Buscad el plan estandarizado: CONOCIMIENTOS DEFICIENTES: REGIMEN TERAPÉUTICO.
- Borrard los factores relacionados que no se corresponden con esta persona.
- Valorad los indicadores de resultados y el cumplimiento del NOC.
- Elegid las actividades que llevaremos a cabo.
- Elegid el episodio que ha requerido nuestra intervención.


5 Evaluación

1. Acabamos de entrar en el OMI y queremos ver la lista de pacientes que tenemos citados para hoy. ¿Qué icono tenemos que pulsar?

a) Este icono 

c) Este icono 

b) Este icono 

d) Este icono 

2. Ya hemos abierto la pantalla con la lista de pacientes citados para hoy. Tenemos dos opciones para acceder al tapiz de la historia clínica: “Entrar en consulta” y “Consultar historial”. ¿Cuál es la diferencia entre pulsar una opción u otra?

a) Si pulsamos “Consultar historial” podemos ver el tapiz de la historia clínica, pero no podemos hacer modificaciones

b) Si pulsamos “Entrar en consulta”, además de ir al tapiz de la historia clínica, el nombre del paciente se borra del listado de pendientes

c) Si pulsamos “Consultar historial”, además de ir al tapiz de la historia clínica, el nombre del paciente se borra del listado de pendientes.

d) Da lo mismo pulsar un icono u otro

3. Curamos una úlcera venosa de una paciente de nuestro cupo y queremos darle cita para dentro de dos días. ¿Para qué tipo de consulta la citaremos?


a) Para consulta programada en nuestra agenda, ya que citándola nosotros es una forma de programarnos la consulta.


b) Para la consulta de la enfermera que atiende la “demanda” ese día.


c) Para la consulta a demanda en nuestra agenda, ya que no hay un programa de atención al paciente con úlceras venosas.


d) b y c son ciertas.

4. ¿Donde tenemos que pulsar para acceder a la biblioteca del OMI?

a) En este icono 

c) En este icono 

b) En este icono 

d) En este icono 

5. Acude a la consulta por primera vez un paciente intervenido de apendicitis para que realicemos la cura de la herida quirúrgica. ¿Dónde registraremos nuestra intervención?

a) En el episodio de “ACTIVIDADES PREVENTIVAS”

b) Abrimos el episodio “HERIDA”

c) Abrimos el episodio “APENDICITIS”

d) Lo derivamos a su médico para que abra el episodio y podamos registrar la cura.

6 Bibliografía

BOE (2010) Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud. Recuperado de <http://www.boe.es/boe/dias/2010/09/16/pdfs/BOE-A-2010-14199.pdf>

Cava Iniesta J., Lopez Lacomá J.C. & Sanchez Monfort J.(2009) *Manual del curso OMI-AP para personal de enfermería*. FFIS Murcia. Recuperado (25/06/2015) de <http://www.ffis.es/formacion/documentacion.php>

7 Soluciones a los tests

Tests evaluación. Clave de respuestas.	
Unidad 1:	1-d), 2-a), 3-d), 4-d), 5-a), 6-b), 7-a), 8-b), 9-c), 10-a)
Unidad 2:	1-b) 2-d) 3-a) 4-b) 5-b) 6-c) 7-a) 8-b) 9-d) 10-b)
Unidad 3:	1-c), 2-d), 3-d), 4-c), 5-c)
Unidad 4:	1-c), 2-b), 3-c), 4-a), 5-d)
Unidad 5:	1-a), 2-b), 3-c), 4-a), 5-b)

