



**UNIVERSIDAD DE MURCIA**

**FACULTAD DE ENFERMERÍA**

Calidad de los Cuidados Enfermeros:  
Mejora de la Calidad en los Planes de Cuidados  
Enfermeros en el Área de Salud VI de  
la Región de Murcia

**D<sup>a</sup> Josefa Patricia Moreno Pina**  
**2016**

Calidad de los cuidados:

Mejora de la calidad en los planes de cuidados enfermeros en el Área de salud VI de la Región de Murcia

Calidad de los cuidados:  
Mejora de la calidad en los planes de cuidados enfermeros en el Área de salud VI de la Región de Murcia



**Universidad de Murcia**  
**Facultad de Enfermería**

**Calidad de los Cuidados Enfermeros:  
Mejora de la Calidad de los Planes de Cuidados  
Enfermeros en el Área de Salud VI  
Región de Murcia**

Presentada por:

Josefa Patricia Moreno Pina

Dirigida por:

Dra. Carmen Isabel GómezGarcía

Dr. Cesar Carrillo García

Murcia, 2016

Calidad de los cuidados:

Mejora de la calidad en los planes de cuidados enfermeros en el Área de salud VI de la Región de Murcia

Calidad de los cuidados:  
Mejora de la calidad en los planes de cuidados enfermeros en el Área de salud VI de la Región de Murcia



UNIVERSIDAD DE  
MURCIA

Carmen Isabel Gómez García, Doctora por la Universidad de Murcia perteneciente a clases pasivas, Ley 50/84, AUTORIZA:

La presentación de la Tesis Doctoral Titulada "Calidad de los Cuidados Enfermeros: Mejora de la Calidad de los Planes de Cuidados Enfermeros en el Área de Salud VI Región de Murcia", realizada por D<sup>a</sup>. Josefa Patricia Moreno Pina, bajo mi inmediata dirección y supervisión, y que presenta para la obtención del Grado de Doctor por la Universidad de Murcia.

En Murcia a 28 de octubre de 2015

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'C. Gómez García'.

Calidad de los cuidados:

Mejora de la calidad en los planes de cuidados enfermeros en el Área de salud VI de la Región de Murcia

Calidad de los cuidados:  
Mejora de la calidad en los planes de cuidados enfermeros en el Área de salud VI de la Región de Murcia



UNIVERSIDAD DE  
MURCIA

D. César Carrillo García, Doctor de Universidad del Área de Enfermería en el Departamento de Enfermería, AUTORIZA:

La presentación de la Tesis Doctoral titulada "Calidad de los Cuidados Enfermeros: Mejora de la Calidad de los Planes de Cuidados Enfermeros en el Área VI Región de Murcia", realizada por D<sup>a</sup>. Josefa Patricia Moreno Pina, bajo mi inmediata dirección y supervisión, y que presenta para la obtención del grado de Doctor por la Universidad de Murcia.

En Murcia, a 28 de octubre de 2015

Una firma manuscrita en tinta azul, que parece ser "Ce", con una línea horizontal que se extiende a la derecha.

Mod:T-20

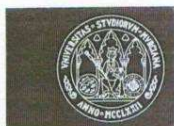
Calidad de los cuidados:

Mejora de la calidad en los planes de cuidados enfermeros en el Área de salud VI de la Región de Murcia



Calidad de los cuidados:

Mejora de la calidad en los planes de cuidados enfermeros en el Área de salud VI de la Región de Murcia



UNIVERSIDAD DE  
MURCIA

D<sup>a</sup>. María José Izquierdo Rico, Profesora Titular de Universidad del Área de Biología Celular y **Presidente Comisión Académica programa doctorado** \* de la Comisión Académica programa doctorado Investigación en Cuidados de Enfermería, INFORMA:

Que una vez evaluado, de conformidad con el procedimiento establecido en el artículo 21 del Reglamento de doctorado de la Universidad de Murcia, el expediente completo de la tesis doctoral titulada "Calidad de los Cuidados Enfermeros: Mejora de la Calidad de los Planes de Cuidados Enfermeros en el Área de Salud VI Región de Murcia", realizada por D<sup>a</sup> Josefa Patricia Moreno Pina, bajo la inmediata dirección y supervisión de D<sup>a</sup>. Carmen Isabel Gómez García y D. César Carrillo García, esta Comisión Académica, en sesión celebrada en fecha 3 de noviembre de 2015, ha dado su autorización para su presentación ante la Comisión General de Doctorado.

Murcia, a 3 de noviembre de 2015

Una firma manuscrita en tinta azul, que parece ser la del presidente de la comisión académica, María José Izquierdo Rico.

Mod: T-40

Calidad de los cuidados:

Mejora de la calidad en los planes de cuidados enfermeros en el Área de salud VI de la Región de Murcia

Calidad de los cuidados:  
Mejora de la calidad en los planes de cuidados enfermeros en el Área de salud VI de la Región de Murcia



Paz, Cobijo, Educación, Alimento, Justicia y Equidad.  
Recursos fundamentales para la salud. OMS 1986

© Carmen Cerezo 2015

Calidad de los cuidados:

Mejora de la calidad en los planes de cuidados enfermeros en el Área de salud VI de la Región de Murcia

Calidad de los cuidados:  
Mejora de la calidad en los planes de cuidados enfermeros en el Área de salud VI de la Región de Murcia

*A mi familia, a ella le debo todo lo que soy.  
A mis padres por su amor y enseñanzas.  
A mi hijo, sostén y aliento indispensables  
y el mejor regalo que la vida me ha dado,  
y a José María, gracias por tu apoyo incondicional y tu amor.  
Sin vosotros este trabajo, no habría sido posible.*

Calidad de los cuidados:

Mejora de la calidad en los planes de cuidados enfermeros en el Área de salud VI de la Región de Murcia

Calidad de los cuidados:  
Mejora de la calidad en los planes de cuidados enfermeros en el Área de salud VI de la Región de Murcia

*“En el cuidado se encuentra el ethos (identidad) fundamental  
de lo Humano e identificamos los principios, los  
valores y las actitudes que convierten la vida en un  
vivir bien”*

*Silamañi Guirao, 2008 (Leonardo Boff)*

*“La investigación no es otra cosa que  
la curiosidad organizada”*

*XR Ricoy, 1997*

Calidad de los cuidados:

Mejora de la calidad en los planes de cuidados enfermeros en el Área de salud VI de la Región de Murcia



## ***Índice de contenidos***

Resumen .....	1
Summary .....	5
BLOQUE I. MARCO TEÓRICO .....	11
Capítulo 1. Antecedentes: Estado de la Cuestión .....	11
1. Atención Primaria de Salud.....	13
2. Calidad Asistencial en los Sistemas Sanitarios.....	13
3. La Salud .....	15
4. Los Cuidados .....	17
5. Proceso de Atención Enfermero .....	18
6. Enfermería: Enfermera Comunitaria.....	22
7. Acuerdo de Gestión.....	28
8. Evolución de la Atención Primaria de Salud.....	35
9. Estrategia 2015 de Atención a la Cronicidad .....	40
10. Plan de Salud 2010-2015.....	43
Capítulo 2. Marco Legislativo .....	47
1. Sistema Nacional de Salud .....	49
2. Servicio Murciano de Salud. Mapa Sanitario (Áreas/ Gerencias Únicas, orden 2009).....	54
3. Demografía de la Región Murcia.....	56
4. Gerencia Área VI de la Región de Murcia. Descripción de las Zonas Básicas de Salud. ....	57
5. Demografía del Área VI.....	59
6. Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias.....	80
7. Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente.....	83
Capítulo 3. Calidad de los Servicios de Salud.....	85
1. Definición de Calidad .....	87
2. Ciclo de Mejora de la Calidad (Círculo de Deming) .....	91
3. Monitorización de la Calidad .....	93

4. Diseño de Calidad.....	93
Capítulo 4. Justificación.....	95
BLOQUE II. OBJETIVOS E HIPÓTESIS.....	101
Capítulo 1. Objetivos.....	103
1.1. Objetivo General.....	103
1.2. Objetivos Específicos.....	103
Capítulo 2. Hipótesis.....	105
BLOQUE III: Marco Metodológico.....	109
Capítulo 1. Material y Métodos.....	109
1. Diseño del Estudio.....	111
2. Ámbito y Periodo del Estudio.....	112
3. Sujetos del Estudio.....	113
4. Criterios.....	114
5. Procedimiento de Recogida de Datos.....	117
6. Identificación de la Oportunidad de Mejora.....	118
7. Diseño de las Intervenciones.....	124
8. Expresión de los Resultados y Representación Gráfica.....	124
9. Cuestiones Éticas.....	125
BLOQUE IV. MARCO EMPÍRICO.....	129
Capítulo 1. Resultados y Diseño de Intervenciones.....	131
1. Evaluación Inicial/Situación de Partida.....	132
2. Análisis de los Datos.....	134
3. Diseño e Implementación de Primer Grupo de Medidas Correctoras.....	135
4. Segunda Evaluación Realizada el 31 Diciembre 2013.....	142
5. Análisis de los Datos de la Segunda Evaluación.....	143
6. Diseño e Implementación de Nuevas Medidas Correctoras. Segundo Grupo de Medidas Correctoras.....	146
7. Tercera Evaluación Realizada el 31 de Diciembre 2014.....	147
8. Análisis de los Datos de la Tercera Evaluación.....	151
9. Diseño e implementación de Tercer Grupo de Medidas Correctoras..	151

Capítulo 2. Discusión .....	173
1. Medidas Correctoras Puestas en Marcha .....	177
2. Medidas Correctoras Pendientes de Poner en Marcha.....	179
3. Discusión sobre Criterios Evaluados.....	180
Capítulo 3. Limitaciones del Estudio .....	185
Capítulo 4. Implicaciones para la Práctica y Líneas Futuras de Investigación	187
Capítulo 5. Conclusiones .....	189
BLOQUE V: BIBLIOGRAFÍA.....	193
Capítulo 1. Estrategias de Búsqueda .....	193
Capítulo 2. Bibliografía consultada.....	195
BLOQUE VI:ANEXOS .....	212
Anexo 1 .....	212
Anexo I.04.05 del Acuerdo de Gestión. Los Criterios de Calidad de los cuidados de enfermeros. ....	212
Anexo 2.....	218
Autorización del Sr. Director Gerente del Área de Salud VI Vega Media del Segura de Murcia, para la realización de presente estudio.....	218
Anexo 3.....	222
Resultados de la encuesta sobre necesidades formativas realizada en septiembre del 2012 en el Área VI. ....	222
Anexo 4.....	226
Acceso al Informe de Continuidad de Cuidados desde los Equipos de Atención Primaria del Área VI .....	226
Anexo 5.....	244
Instrucciones para la Depuración de Inmovilizados en OMI-AP.....	244
Anexo 6.....	250
Planes de Cuidados Estandarizados Niño .....	250
Anexo 7 .....	260
Planes de Cuidados Estandarizados Adulto. ....	260
Anexo 8.....	302

Planes de Cuidados Nuevos Realizados Durante el año 2014 .....	302
Anexo 9 .....	306
Tablas de Resultados de Planes de Cuidados por Profesional Tercera Evaluación. Diciembre 2014 .....	306

### ***Índice de Tablas.***

Tabla nº1.El cambio de la asistencia ambulatoria tradicional a la Atención Primaria de Salud.....	39
Tabla nº2. Distribución de tarjetas sanitarias por enfermera en Abanilla.....	61
Tabla nº3. Distribución de tarjetas sanitarias por enfermera en Alguazas.....	63
Tabla nº4. Distribución de tarjetas sanitarias por enfermera en Archena.....	65
Tablanº 5. Distribución de tarjetas sanitarias por enfermera de Ceutí.....	66
Tabla nº 6. Distribución de tarjetas sanitarias por enfermera en Fortuna.....	67
Tabla nº7. Distribución de tarjetas sanitarias por enfermera en Lorquí.....	68
Tablanº 8.Distribución de tarjetas sanitarias por enfermera en Molina Norte..	70
Tabla nº9. Distribución de tarjetas sanitarias por enfermera en Molina Sur...	71
Tabla nº10. Distribución de tarjetas sanitarias por enfermera en Cabezo de Torres. ....	72
Tabla nº11.Distribución de tarjetas sanitarias por enfermera en Murcia Centro.....	73
Tabla nº12. Distribución de tarjetas sanitarias por enfermera en El Ranero.	74

Calidad de los cuidados:

Mejora de la calidad en los planes de cuidados enfermeros en el Área de salud VI de la Región de Murcia

Tabla nº13. Distribución de tarjetas sanitarias por enfermera en Santa María de Gracia .....	76
Tabla nº14. Distribución de tarjetas sanitarias por enfermera en Vistalegre...	77
Tabla nº15. Distribución de tarjetas sanitarias por enfermera en Zarandona.	78
Tabla nº16. Distribución de tarjetas sanitarias por enfermera en Torres de Cotillas.....	79
Tabla nº 17. Dimensión de la calidad asistencial. Shaw y Kalo, 2002.....	89
Tabla nº 18. Criterios evaluados.....	116
Tabla nº19. Matriz decisional .....	120
Tabla nº20. Cumplimientos e incumplimientos globales a nivel del Área VI de los criterios de planes de cuidados enfermeros. 1ª Evaluación.....	132
Tabla nº21. Resultados de la encuesta de satisfacción de los pacientes con la Atención enfermera.....	133
Tabla nº22. Resultados de criterio por Equipo, Área VI y Objetivo del Acuerdo de Gestión. ....	137-139
Tabla nº23. Resultados globales de la primera y segunda evaluaciones, cumplimientos, incumplimientos y grado de mejora.....	143
Tabla nº24. Resultados globales por EAP en la primera y segunda evaluaciones y grado de mejora.....	144
Tabla nº25. Resultados globales de los criterios en el Área VI -3ª Evaluación Diciembre 2014.....	148

Calidad de los cuidados:

Mejora de la calidad en los planes de cuidados enfermeros en el Área de salud VI de la Región de Murcia

Tabla nº 26. Comparación de las tres evaluaciones del Área VI, con los cumplimientos e incumplimientos.....	149
Tabla nº 27. Resultados globales por Equipo de Atención Primaria.....	150
Tabla nº 28. Resultados de planes de cuidados personas con diabetes mellitus. Medias por Equipo en las tres evaluaciones, Área VI y Servicio Murciano de Salud.....	152
Tabla nº 29. Resultados de planes de cuidados a personas con hipertensión. Media por Equipo en las tres evaluaciones, Área VI y Servicio Murciano de Salud.....	154
Tabla nº30. Resultados de planes de cuidados a personas inmovilizadas. Media por Equipo en las tres evaluaciones, del Área y media Servicio Murciano de Salud. ....	156
Tabla nº31. Resultados de planes de Cuidados niños 0-6 años por Equipo en las tres evaluaciones, media del Área y Servicio Murciano de Salud.....	158
Tabla nº32. Resultados del seguimiento del Informe de Continuidad de Cuidados, media del Área y Servicio Murciano de Salud.....	160
Tabla nº33. Resultados globales de Planes de Cuidados 2014 del Equipo Atención Primaria Nº1 comparado con el Área VI y el Servicio Murciano de Salud.....	162
Tabla nº 34. Resultados globales de Planes de Cuidados 2014 del Equipo Atención Primaria Nº2 comparado con el Área VI y el Servicio Murciano de Salud.....	163

Calidad de los cuidados:

Mejora de la calidad en los planes de cuidados enfermeros en el Área de salud VI de la Región de Murcia

Tabla nº 35. Resultados globales de Planes de Cuidados 2014 del Equipo Atención Primaria N°3 comparado con el Área VI y el Servicio Murciano de Salud..... 163

Tabla nº 36. Resultados globales de Planes de Cuidados 2014 del Equipo Atención Primaria N°4 comparado con el Área VI y el Servicio Murciano de Salud.....164

Tabla nº 37. Resultados globales de Planes de Cuidados 2014 del Equipo Atención Primaria N°5 comparado con el Área VI y el Servicio Murciano de Salud.....164

Tabla nº 38. Resultados globales de Planes de Cuidados 2014 del Equipo Atención Primaria N°6 comparado con el Área VI y el Servicio Murciano de Salud.....165

Tabla nº39. Resultados globales de Planes de Cuidados 2014 del Equipo Atención Primaria N°7 comparado con el Área VI y el Servicio Murciano de Salud.....165

Tabla nº 40. Resultados globales de Planes de Cuidados 2014 del Equipo Atención Primaria N°8 comparado con el Área VI y el Servicio Murciano de Salud.....166

Tabla nº41. Resultados globales de Planes de Cuidados 2014 del Equipo Atención Primaria N°9 comparado con el Área VI y el Servicio Murciano de Salud. ....166

Tabla nº 42. Resultados globales de Planes de Cuidados 2014 del Equipo Atención Primaria N°10 comparado con el Área VI y el Servicio Murciano de Salud. ....167

Tabla nº 43. Resultados globales de Planes de Cuidados 2014 del Equipo Atención Primaria Nº11 comparado con el Área VI y el Servicio Murciano de Salud.....167

Tabla nº 44. Resultados globales de Planes de Cuidados 2014 del Equipo Atención Primaria Nº12 comparado con el Área VI y el Servicio Murciano de Salud. ....168

Tabla nº 45.Resultados globales de Planes de Cuidados 2014 del Equipo Atención Primaria Nº13 comparado con el Área VI y el Servicio Murciano de Salud. .... 168

Tabla nº46.Resultados globales de Planes de Cuidados 2014 del Equipo Atención Primaria Nº14 comparado con el Área VI y el Servicio Murciano de Salud..... 169

Tabla nº47.Resultados globales de Planes de Cuidados 2014 del Equipo Atención Primaria Nº15 comparado con el Área VI y el Servicio Murciano de Salud. .... 169

### ***Índice de Gráficos.***

Gráfica nº1. Pirámide de población Área VI comparada con el Servicio Murciano de Salud.....59

Gráfica nº2. Pirámide de población de la Zona Básica de Salud de Abanilla comparada con el Servicio Murciano de Salud.....62

Gráfica nº3. Pirámide de población de la Zona Básica de Salud de Alguazas comparada con el Servicio Murciano de Salud. ....64

Gráfica nº4. Pirámide de población de la ZonaBásica de Salud de Archena comparada con el ServicioMurciano de Salud..... 65



Gráfica nº 5. Pirámide de población de la Zona Básica de Salud de Ceutí comparada con el Servicio Murciano de Salud.....	66
Gráfica nº6. Pirámide de población de la Zona Básica de Salud de Fortuna comparada con el Servicio Murciano de Salud.....	68
Gráfica nº7. Pirámide de población de la Zona Básica de Salud de Lorquí comparada con el Servicio Murciano de Salud.....	69
Gráfica nº8. Pirámide de población de la Zona Básica de Salud de Molina Norte comparada con el Servicio Murciano de Salud.....	70
Gráfica nº9. Pirámide de población de la Zona Básica de Salud de Molina Sur comparada con el Servicio Murciano de Salud.....	72
Gráfica nº10. Pirámide de población de la Zona Básica de Salud de Cabezo de Torres comparada con el Servicio Murciano de Salud. ....	73
Gráfica nº11. Pirámide de población de la Zona Básica de Salud de Murcia Centro comparada con el Servicio Murciano de Salud.....	74
Gráfica nº12. Pirámide de población de la Zona Básica de Salud de El Ranero comparada con el Servicio Murciano de Salud.....	75
Gráfica nº13. Pirámide de población de la Zona Básica de salud de Santa María de Gracia comparada con el Servicio Murciano de Salud.....	76
Gráfica nº14. Pirámide de población de la Zona Básica de Salud de Vistalegre comparada con el Servicio Murciano de Salud.....	77
Gráfica nº15. Pirámide de población de la Zona Básica de Salud de Zarandona comparada con el Servicio Murciano de Salud.....	78

Gráfica nº16. Pirámide de población de la Zona Básica de Salud de las Torres de Cotillas comparada con el Servicio Murciano de Salud.....	79
Gráfica nº17. Diagrama de Pareto 1ª Evaluación. De mayor a menor nivel de incumplimientos de Planes de Cuidados.....	134
Gráfica nº18. Resultados globales por EAP en la 1ª y 2ª evaluaciones y grado de mejora.....	145
Gráfica nº19. Diagrama de Pareto antes y después. Cumplimiento de los criterios en la primera y segunda evaluación, con el espacio de mejora.....	146
Gráfica nº20. Se muestran los resultados de las tres evaluaciones con sus espacios de mejora.....	151
Gráfica nº21. Planes de cuidados personas con diabetes mellitus por Equipo, media del Área y Servicio Murciano de Salud.....	153
Gráfica nº22. Planes de cuidados personas con hipertensión arterial media por Equipo, Área VI y Servicio Murciano de Salud. ....	155
Gráfica nº23. Planes de Cuidados personas inmobilizadas por Equipo en las tres evaluaciones, media del Área y Servicio Murciano de Salud.....	157
Gráfica nº24. Planes de Cuidados niños 0-6 años en las tres evaluaciones, media por Equipo, Área VI y Servicio Murciano de Salud.....	159

### **Índice de Figuras**

Figura 1.- Áreas de Salud del Servicio Murciano de Salud.....	56
Figura 2.- Mapa Área de Salud VI de la Región de Murcia .....	58

Calidad de los cuidados:

Mejora de la calidad en los planes de cuidados enfermeros en el Área de salud VI de la Región de Murcia

Figura 3.-Ciclo de mejora de la calidad.....	91
Figura 4.- Esquema del estudio.....	112
Figura 5.-Diagrama de Ishikawa.....	123

Calidad de los cuidados:

Mejora de la calidad en los planes de cuidados enfermeros en el Área de salud VI de la Región de Murcia

## **Agradecimientos**

Son muchas las personas a las que tengo que dar las gracias, porque muchas son las personas que directa o indirectamente han contribuido para que sea posible que este trabajo se realice.

En primer lugar a la Dra. Carmen Isabel Gómez García y al Dr. Cesar Carrillo García, gracias por haber aceptado dirigir este trabajo y orientarme sabiamente.

A Encarna Martínez por traerme de su mano a la Subdirección de Continuidad de Cuidados y por haber creído en mí. A Ángel Baeza y ToñiBallestapor haber confiado en nosotras. A mis compañeros de la Dirección de enfermería Juan Antonio, Caridad y Félix. A Tomás Salvador Fernández Pérez, Director Gerente del Área VI que autorizó el uso de los datos para este estudio. A José Domingo Avilés, enfermero mentor, y a los compañeros de Servicios Centrales Antonio Serrano, Fina Cava y M<sup>a</sup> José Martínez. A nuestra enfermera de enlace Isabel Pozo por su valentía, tenacidad y buen hacer.

A Sīlamañi Guirao, querido compañero y amigo, gracias por los momentos que hemos compartido y por tus enseñanzas. Gracias Adela por tu amistad y cálida hospitalidad y también gracias M<sup>a</sup>Luisa.

Mi suficiencia investigadora y la consecución del Diploma de Estudios Avanzados no habrían sido posibles sin mi tutor el Dr. Miguel Richart Martínez.

Gracias a la Asociación de Enfermería Comunitaria que me ha dado, la oportunidad de conocer y compartir sueños y mesa con grandes enfermeras comunitarias.

A mi querido amigoeinvestigador el Dr. Xosé Ramón Ricoy Campo, gracias por todos los mundos a los que me has llevado.

Calidad de los cuidados:

Mejora de la calidad en los planes de cuidados enfermeros en el Área de salud VI de la Región de Murcia

A la Dra. Fuensanta Cerezo Ramírez asesora de este documento. A M<sup>a</sup> Dolores Castillo y Victoria Martínez, gracias por todo lo que he aprendido con vosotras. No me puedo olvidar de mis amigos y compañeros Ana, Gloria, Lola, Pedro y José Manuel, que de una forma u otra me han acompañado en este proceso.

Por último quiero dedicar este trabajo a todas las enfermeras comunitarias y en concreto a las enfermeras que trabajan en los Equipos de Atención Primaria del Área de Salud VI de la Región de Murcia. Ellas son las verdaderas protagonistas de esta historia. Poner los nombres de todas sería demasiado extenso por lo que voy a personificar en los responsables de cada Equipo: Margarita Perea, Verónica Capel, Manuel Lodeiro, Domingo Aranda y Laura Galindo, M<sup>a</sup>Dolores López, Enrique Capel, Dori Sánchez, Manuel García, Carolina Alcón, Pilar Motos, Rosario Verdú, Noelia Palazón y Griselda Frapoli, M<sup>a</sup>Carmen Vergara y Pablo de la Peña, Antonio Paredes, Rosa Guillén y Margarita Tur.

*.....y muy especialmente a José María y a Francisco Javier, que me han dado el tiempo, el espacio y el aliento suficientes.*

## Resumen

Todos los sistemas sanitarios cuentan entre sus prioridades la de ofrecer servicios y cuidados de calidad a la población a la que atienden, en nuestro ámbito asistencial, estos servicios se engloban dentro del Acuerdo de Gestión, en la Cartera de Servicios y en los Criterios de Calidad de los Cuidados Enfermeros contenidos en dicho acuerdo.

Han pasado 30 años desde la puesta en marcha de los primeros Centros de Salud y en estos años también se han producido importantes cambios en la profesión enfermera, a nivel legislativo, se ha definido un nuevo modelo profesional, con mayor autonomía y una función específica: la dirección, evaluación y prestación de los cuidados enfermeros. La importancia que la calidad asistencial tiene en los servicios de salud es indiscutible, los ciclos de mejora son considerados una importante herramienta para identificar y evaluar indicadores de calidad asistencial.

### ***Objetivo***

Conocer, analizar y mejorar el nivel de cumplimiento de los cinco criterios de calidad, sobre cuidados enfermeros, contenidos en el Acuerdo de Gestión de Atención Primaria del Área de Salud VI, Vega Media del Segura de la Región de Murcia.

### ***Métodos***

Estudio descriptivo, retrospectivo, con abordaje cuali-cuantitativo, realizado en el ámbito de Atención Primaria del Área de Salud VI. Se han realizado dos ciclos de mejora con tres evaluaciones externas: la primera el 31 de marzo de 2013, la segunda el 31 de diciembre 2013 y la tercera el 31 de diciembre de 2014, mediante la extracción de datos de todas las historias clínicas OMI-AP, de los criterios de calidad contemplados en el Acuerdo de

Gestión del Área. Se comparó con los resultados de la encuesta de satisfacción del usuario. Todos los resultados fueron analizados mediante la “técnica de grupo nominal” y “lluvia de ideas”, se realiza diagrama Ishikawa causa-efecto. Se utilizó la hoja de cálculo Excell 2007 para analizar los datos, realizar las representaciones gráficas y tablas.

## ***Resultados***

El nivel de cumplimiento global de criterios en la primera evaluación es 20,41% y la satisfacción del usuario con la atención recibida es 90%. Se identifica como oportunidad de mejora un bajo registro de los planes de cuidados. Tras el análisis de los datos, las posibles causas se agrupan en cuatro grupos: falta de formación y conocimientos, infraestructura/sistema de registro, organización del trabajo e intrínsecas a los propios profesionales. Se diseñan intervenciones de mejora: retroalimentación de la información y una estrategia específica de aprendizaje en metodología enfermera y elaboración de planes de cuidados.

En la segunda evaluación el cumplimiento global de criterio es de 59,55 sobre 90 y en la tercera es de 88,7 puntos sobre 90 puntos de los criterios evaluados.

## ***Conclusiones***

1. Las tres evaluaciones, reflejan una mejora del nivel de cumplimiento de los cuidados enfermeros en el Área VI.
2. Queda demostrada la eficacia de incorporar actividades de evaluación y mejora de la calidad.
3. La presencia de criterios de calidad de los cuidados enfermeros en el Acuerdo de Gestión ha sido una estrategia fundamental para lograr la implantación de la metodología de trabajo.



4. Las direcciones y los responsables de enfermería deben liderar la gestión de los cuidados y la mejora constante de las buenas prácticas tal y como defienden otros autores.

5. Podemos afirmar que el infraregistro o registro inadecuado de los planes de cuidados, era la causa principal de las deficiencias encontradas en la primera evaluación. Las intervenciones diseñadas e implementadas han sido eficaces.

6. Todas las enfermeras que trabajan del Área VI, conocen la metodología enfermera y más del 95% la utiliza.

**Palabras clave:** enfermería de atención primaria, cuidados de enfermería, registros de enfermería, calidad de la atención de salud.

Calidad de los cuidados:

Mejora de la calidad en los planes de cuidados enfermeros en el Área de salud VI de la Región de Murcia

## **SUMMARY**

All health systems among its priorities of providing quality care and services to the population they serve, our health care setting, these services fall under the Management Agreement in the portfolio of services and quality criteria nursing care contained in the agreement.

It has been 30 years since the launch of the first health centers and in recent years there have also been significant changes in the nursing profession, at the legislative level, defined a new professional model with greater autonomy and a specific function: management, evaluation and provision of nursing care. The importance of the quality of care has on health services is indisputable improvement cycles are considered an important tool for identifying and assessing quality of care indicators.

### ***Objective***

The objective of this study is to analyze and improve the level of compliance of the five quality criteria for nursing care, contained in the Agreement Management Primary Health Care District VI Region of Murcia.

### ***Methods***

Descriptive, retrospective, with qualitative and quantitative approach realized in the field of Primary Health Care District VI study. There have been two improvement cycles consisting of three external evaluations: The first was held on March 31, 2013, the second on December 31, 2013 and the third on December 31, 2014, by extracting data from all OMI-AP medical records of five quality criteria referred to in the Agreement Area Management: care plans for people with diabetes mellitus, hypertension, immobilized people, children 0-6 years old and continuity of care after discharge. Compared with the

results of user satisfaction survey. All results were analyzed using the "nominal group technique" and brainstorming, Ishikawa diagram is carried out cause and effect. Excell spreadsheet 2007 was used to analyze the data, make graphical representations and tables.

## ***Results***

The overall level of compliance in the first evaluation criteria is 20.41% and user satisfaction with the care received is 90%. It is identified as an opportunity to improve the low register of care plans. After analysis, the possible causes are grouped into four groups: lack of training and knowledge, infrastructure / registration system, work organization and intrinsic to the professionals themselves. Based on these interventions improvements are made. In the second evaluation criterion overall compliance it is 59.55 on 90, and the third is 88.7 points on 90 points of the evaluated criteria.

## ***Conclusions***

The three evaluations reflect an improvement in the level of compliance of nursing care in Area VI.

2. the effectiveness of incorporating evaluation activities and quality improvement is demonstrated.

3. The presence of quality standards of nursing care in the Management Agreement has been a key strategy for the implementation of the methodology.

4. Addresses and those responsible must lead the nursing care management and continuous improvement of best practices as advocated by other authors.

5. We can say that the infra register or log inadequate care plans, was the main cause of the deficiencies found in the first evaluation in our study. Interventions designed and implemented have been effective.

6. That all nurses working Area VI, known methodology nurse and 95% use.

Keywords: primary care nursing, nursing care, nursing records, quality health care.

Calidad de los cuidados:

Mejora de la calidad en los planes de cuidados enfermeros en el Área de salud VI de la Región de Murcia

## **Bloque I:**

# **MARCO TEÓRICO**

Calidad de los cuidados:

Mejora de la calidad en los planes de cuidados enfermeros en el Área de salud VI de la Región de Murcia



## **BLOQUE I. MARCO TEÓRICO**

### **CAPITULO 1. ANTECEDENTES: ESTADO DE LA CUESTIÓN**

1. Atención Primaria de Salud.
2. Calidad Asistencial en los Sistemas Sanitarios
3. La Salud
4. Los Cuidados
5. Proceso de Atención Enfermero
  - 5.1. Diagnóstico Enfermero
  - 5.2. Plan de Cuidados
6. Enfermería: Enfermera Comunitaria
7. Acuerdo de Gestión
  - 7.1. Cartera de Servicios
  - 7.2. Criterios de Calidad de los Cuidados Enfermeros
8. Evolución de la Atención Primaria de Salud
  - 8.1. Alma-Ata
  - 8.2. La carta de Ottawa
  - 8.3. Promoción de Salud Siglo XXI
  - 8.4. Nuevo modelo de Atención Primaria de Salud. Situación actual (Modelo tradicional, nuevo modelo, consulta enfermera y enfermería comunitaria)
9. Estrategia 2015 de atención a la Cronicidad
10. Plan de Salud 2010-2015

Calidad de los cuidados:

Mejora de la calidad en los planes de cuidados enfermeros en el Área de salud VI de la Región de Murcia

## 1. Atención Primaria de Salud

En el marco de La Conferencia Internacional de Alma-Ata, se firmó la famosa Declaración que definió la Atención Primaria de Salud como: *“la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnología 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 costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad. La Atención Primaria forma parte integrante tanto del Sistema Nacional de Salud, del que constituye la función central y 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, y lleva 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”*(OMS, 1978).

En numerosas ocasiones se ha utilizado el término de *“puerta de entrada al sistema”* como **clave** a la hora de definir o caracterizar a la Atención Primaria. Pero en realidad esta definición resulta insuficiente para expresar la responsabilidad que asume este nivel de atención, en su papel, de ayudar (colaborar) en la consecución de la autorresponsabilidad de los cuidados de salud que requieren los ciudadanos. Es donde el ciudadano desarrolla su vida, donde trabaja y se relaciona, con su familia, en su comunidad y su entorno medioambiental.

## 2. Calidad Asistencial en los Sistemas Sanitarios

La Real Academia Española de la Lengua (Real Academia Española, 2013) define la calidad como la “propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permiten apreciarla como igual, mejor o peor que

las restantes de su misma especie”, esta definición implica que la **calidad** es algo **relativo**, que esta relatividad depende de una comparación y para poder **comparar** algo es necesario **medirlo**.

El concepto de calidad nace en la industria, y es aquí donde podemos encontrar las primeras definiciones de calidad:

- Juran(Juran, 1990), define la calidad de algo, en función de la idoneidad del uso para el que ha sido creado.
- Deming (Deming, 1989)define la calidad en función del sujeto que ha de juzgar el producto, ósea desde el punto de vista del consumidor.
- Calidad es el conjunto de especificaciones y características de un producto o servicio, referidas a su capacidad de satisfacer las necesidades que se conocen o presuponen(AENOR, 1993).

Hay muchas definiciones sobre calidad asistencial en servicios de salud, casi tantas como autores. Una definición muy aceptada es la definición que daDonabedian“Calidad asistencial es el modelo de asistencia esperado para maximizar el nivel de bienestar del paciente, una vez tenido en cuenta el balance de beneficios y pérdidas esperadas en todas las fases del proceso asistencial”( Citado en Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005).

La definición adoptada por el Programa de Evaluación y Mejora de la Calidad Asistencial (*EMCA*), calidad en la atención es “*la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario*” (Palmer, 1990).

Según el Institute of Medicine(Institute of Medicine, 2001) “*El fin principal de un sistema de calidad debe ser el hacer la atención sanitaria más efectiva en la mejora del estado de salud y la satisfacción de la población con los recursos que la sociedad y los individuos han decidido gastar en ello*”.

Los Planes de Calidad para el Sistema Nacional de Salud, están previstos en la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (BOE 128/ 2003) y están dirigidos a la ciudadanía, impulsando una atención sanitaria de excelencia centrada en los pacientes y sus necesidades, y apoyando a los profesionales sanitarios en el fomento de la excelencia clínica y en la adopción de buenas prácticas basadas en el mejor conocimiento científico disponible.

El Plan de Calidad contempla 6 grandes áreas de actuación que se concretan en 12 Estrategias. Un dato destacable es que la primera área de actuación es la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, por lo que a través de este Plan de Calidad se refuerza (o debería reforzarse) el protagonismo de la Atención Primaria.

En España existe ya una normativa representada en la Ley General de Sanidad (Ley General de Sanidad, 1986), en su Capítulo II, Artículo 18, Apartado 16, así como normativas específicas en la mayoría de las Comunidades Autónomas de nuestro país, sobre las que estructurar actividades de garantía de calidad de forma oficial y organizada. Un buen ejemplo de esto lo constituye el programa de Evaluación de Mejora de la Calidad Asistencial(EMCA) de la Comunidad Autónoma de La Región de Murcia que cuenta con un gran prestigio y tradición entre los profesionales sanitarios (Saturno, 1997).

### **3. La Salud**

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1946), definió la salud como *“un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”*.

Esta definición, fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional celebrada en julio de 1946, entrando en vigor el 7 de abril de 1948, es la definición aceptada internacionalmente y hasta ahora no ha sido modificada.

En el momento en que esta definición fue adoptada, las enfermedades agudas representaban la mayor carga de enfermedad y las enfermedades crónicas llevaban a la muerte prematura. Desde entonces y gracias sobre todo a la incorporación de medidas higienico-sanitarias tales como una mejor nutrición, higiene y saneamiento, así como mejores intervenciones en materia de asistencia sanitaria, los patrones de enfermedad han cambiado, de tal forma que en la actualidad las enfermedades de carácter crónico, representan la mayor carga de enfermedad y de discapacidad.

Por citar solo un ejemplo, en 1990 los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades en Estados Unidos, estimaron que solo el 10% de la morbilidad podía haberse evitado mediante la mejora del diagnóstico y el tratamiento, el 20% era debido a causas medioambientales, otro 20% debido a causas genéticas y un restante 50% a causa del comportamiento humano y estilos de vida: consumo de tabaco, excesivo consumo de alcohol, dieta desequilibrada, sedentarismo y otros comportamientos de riesgo(Boufort, 1996).

Diversos autores(Jadad, O'Grady, 2008; Huber, Knottnerus, Green, 2011) analizan esta definición de salud y opinan que en la actualidad, el aumento de la esperanza de vida y de las enfermedades crónicas, hacen que esta definición sea incluso contraproducente, ya que la palabra "completo" referida al bienestar dejaría fuera de esta definición a la mayoría de las personas. En este contexto "la salud" tal y como ésta definida se vuelve casi imposible de lograr, ya que considera enfermas a personas con problemas de salud y discapacidades crónicas, que en la mayoría de los casos en absoluto se consideran enfermas.

En 2011 un grupo de expertos (Huber, 2011)proponen una nueva conceptualización de la salud como "*la capacidad de adaptación y autogestión*

*ante los desafíos físicos, mentales y sociales*", considerando que esta definición se adapta mejor a la realidad actual del panorama epidemiológico.

#### **4. Los Cuidados**

La definición que Collière(Collière, 1993)hace de los cuidados nos da una idea de la complejidad de algo que a priori puede parecer sencillo, y los define así: *“un acto de VIDA, en el sentido de que cuidar representa una infinita variedad de actividades dirigidas a mantener y conservar la vida y permitir que esta continúe y se reproduzca...cuidar es un acto individual que uno se da a sí mismo cuando adquiere autonomía, pero, del mismo modo, es un acto de reciprocidad que se tiende a dar a cualquier persona que temporal o definitivamente, requiere ayuda para asumir sus necesidades vitales”*. Es aquí donde la profesión enfermera<sup>1</sup>, interviene aplicando sus cuidados en primera línea, ya que es el profesional de la salud que mantiene un contacto más directo y prolongado con la persona que requiere ayuda para asumir sus necesidades (Guirao-Goris, 2004).

En Atención Primaria cobra un especial sentido la promoción del autocuidado como una estrategia necesaria para la búsqueda del bienestar integral en la vida cotidiana y, así, lograr el desarrollo humano, es decir, promocionar el autocuidado es promocionar la salud, reorientando la intervención enfermera fundamentalmente en el cambio de las actitudes y el desarrollo de las habilidades que se reflejan en los comportamientos saludables(Ministerio de Sanidad y Consumo, 2000; Perez de Hita, 2008), y ayudar así a que el individuo, la familia y la comunidad se autoresponsabilicen de sus cuidados.

---

<sup>1</sup>A lo largo del texto se utilizará el término “enfermera” para designar a los profesionales de ambos sexos, de la misma manera que lo hace el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE).

Tal y como plantea D. Orem(Wesley, 1997)el autocuidado es una actividad aprendida por los individuos y orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas hacia sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar.

A nivel comunitario, la gestión de los cuidados enfermeros tiene como meta adecuar los cuidados a las demandas y necesidades de la población(De la Cuesta, 2007).

La noción del cuidado ocupa un lugar central y fundamental en el discurso de la profesión enfermera. Desde el punto de vista disciplinar, el cuidado es el objeto de conocimiento de la enfermera y es el criterio fundamental para distinguirla de otras disciplinas del campo de la salud(Medina, 1999).

## **5. Proceso de Atención Enfermero**

El proceso de atención enfermero es el modo para describir “como las enfermeras organizan el cuidado de personas, familias, grupos y comunidades” (NANDA, 2013). Es un método sistemático y organizado para ofrecer cuidados individualizados desde un punto de vista holístico.

El proceso de atención enfermero consiste en la aplicación del método científico en la práctica asistencial de la disciplina, de modo que se pueda ofrecer, desde una perspectiva enfermera, unos cuidados sistematizados, lógicos y racionales. El proceso enfermero le da a la profesión enfermera la categoría de ciencia.

Las etapas del proceso de atención enfermero están considerados, por numerosas asociaciones de todo el mundo(American Nurses Association,



2004; College of Registered Nurses of British Columbia, 2014; College of Registered Nurse of Nova Scotia, 2014) como requisitos fijados en los estándares para la práctica enfermera o estándares de cuidados. Mediante el uso del proceso de atención enfermero se pone en marcha un plan de cuidados.

Alfaro-Lefevre(Alfaro-Lefevre, 2003) lo define como el método sistemático, humanístico y racional de organizar y prestar los cuidados de enfermería.

## **5.1. Diagnóstico Enfermero**

### ***Definición***

SegúnMarjory Gordon (Gordon, 1990), un*Diagnóstico Enfermero* es un “problema de salud real o potencial que las/los profesionales de enfermería, en virtud de su formación y experiencia, tienen capacidad y derecho legal de tratar”. Los diagnósticos enfermeros son, por lo tanto,**problemas**que pueden prevenirse, resolverse o reducirse mediante actividades independientes que realiza la enfermera.

Es un juicio clínico, sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad a etapas de la vida/problemas de salud reales o potenciales, que la enfermera identifica, valida y trata de forma independiente (Asociación Española deNomenclatura Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería, 2001).A efectos prácticos podría definirse como la identificación, por parte de la enfermera, de los problemas de salud delas personas.

El diagnóstico enfermero constituye la segunda etapa del proceso de atención enfermero y se basa en una concepción integral del individuo y contempla el aspectobiopsicosocial, que influye en la aparición de la enfermedad o problema relacionado con la salud.

Los tipos de diagnósticos, según el eje 7 «Estado de Diagnóstico» (NANDA International, 2009), son:

**Reales:** Describen las respuestas humanas a los estados de salud que existen en un individuo. Todos los diagnósticos se consideran reales si no se especifica otra cosa. Un ejemplo de diagnóstico real es «náuseas». Estos diagnósticos incluyen las siguientes categorías diagnósticas:

- Etiqueta
- Definición
- Características definitorias
- Factores relacionados

**Promoción de la salud:** Comportamiento motivado por el deseo del individuo de aumentar y actualizar el potencial humano en materia de salud. Un ejemplo sería «disposición para mejorar la esperanza». Todas las etiquetas de estos diagnósticos empiezan en «disposición para mejorar». Estos diagnósticos incluyen las siguientes categorías diagnósticas:

- Etiqueta
- Definición
- Características definitorias

**De riesgo:** Son los diagnósticos que describen la vulnerabilidad o posibilidad de un individuo para desarrollar un problema de salud. Describen las respuestas humanas a esos problemas o estados de salud que pueden desarrollarse. Estos diagnósticos incluyen las siguientes categorías diagnósticas:

- Etiqueta
- Definición
- Factores de riesgo

**De salud:** Calidad o estado de estar sano. Un diagnóstico de salud nos describiría las respuestas humanas a niveles de bienestar de la persona, familia o bien de la comunidad que están en disposición de mejorar. Todas las etiquetas de estos diagnósticos empiezan con «*disposición para mejorar*». Un ejemplo sería «*disposición para mejorar el afrontamiento familiar*». Incluyen las siguientes categorías diagnósticas:

- Etiqueta
- Definición
- Características definitorias
- Factores relacionados

Y teniendo siempre presente el hecho de que “*Diagnosticamos para cuidar*” (Guirao-Goris, 2008).

## 5.2. Planes de Cuidados

Ya se mencionó anteriormente como el uso del proceso de atención enfermero pone en marcha un plan de cuidados: “*Es un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente/cliente, los resultados que se esperan, las estrategias, indicaciones, intervenciones y la evaluación de todo ello*”(Griffith-Kenney y Christensen, 1986)

Hay diversos tipos de planes de cuidados:

**Individualizado:** Es necesario realizar una valoración del paciente para documentar los problemas que se identifiquen, los objetivos del plan de cuidados y las acciones enfermeras que se pacten con esta persona en concreto. El único inconveniente es que se requiere de una cantidad importante de tiempo para su elaboración.

**Estandarizado:** Facilita, optimiza y normaliza los cuidados enfermeros, ofreciendo a las personas la calidad en el servicio y la unidad en la práctica clínica. En definitiva, el plan de cuidados estandarizado, es un protocolo específico de cuidados, apropiado para aquellas personas que padecen los problemas frecuentes o previsibles relacionados con el diagnóstico concreto o una enfermedad. No debemos olvidar que los planes de cuidados estandarizados servirán como modelo a la enfermera y que necesariamente se tendrá que personalizar para su aplicación concreta (Charrier y Ritter, 2005).

**Estandarizado con modificaciones:** Permite adaptar individualmente un plan de cuidados estandarizado, ya que deja abiertas opciones en los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones enfermeras.

## 6. Enfermería: Enfermera Comunitaria

El diccionario de la Real Academia de la Lengua Española (Real Academia Española, 2013) en su vigésima segunda edición define al enfermero/a como: "*Persona dedicada a la asistencia de los enfermos*".

Esta definición parece bastante pobre ya que no especifica en qué consiste esta asistencia, no menciona los cuidados como eje de la misma y se olvida de las personas sanas.

Es en la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (Ley 44/2003) donde se desarrolla esta definición y se definen las funciones de los Diplomados Universitarios en Enfermería. En el artículo 7, apartado a de esta Ley dice así: "*a los Diplomados Universitarios en Enfermería les corresponde la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de Enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades*".

La primera definición que encontramos en la bibliografía sobre enfermería comunitaria data de 1973 y fue formulada por la Asociación Americana de Enfermeras (American Nurses Association (ANA), 1973):

*“la enfermería comunitaria es una síntesis de la práctica de la enfermería y la salud pública aplicada a promover y preservar la salud de la población. La naturaleza de esta práctica es general y abarca muchos aspectos. No se limita a un grupo de edad....La responsabilidad dominante es la población como un todo....La promoción de la salud, el mantenimiento de esta, la educación sanitaria, la coordinación y continuidad de cuidados se utilizan con un enfoque integral de la familia, del grupo y de la comunidad. La actuación de la enfermera confirma la necesidad de un planteamiento general de salud, reconoce las influencias de tipo social y ecológico, presta atención a las poblaciones en peligro y utiliza las fuerzas dinámicas que influyen en el cambio”(Ubeda, Pujol y Roca, 2001).*

En 1976, la Organización Panamericana de Salud(OPS/OMS, 1976)ofrece la siguiente definición de Enfermería Comunitaria:

*“Enfermería en salud comunitaria tiene como sujeto a la comunidad global y sus acciones están dirigidas a la población como un todo. En su ejercicio integra los conceptos y métodos de las ciencias de la salud pública con los de enfermería para promover, mantener y restaurar la salud de la comunidad; utiliza los de la epidemiología para diagnosticar las necesidades de atención de los habitantes urbanos o rurales, vigilando las tendencias en la salud de esas poblaciones, e identifica, por medio del diagnóstico, grupos y conjuntos de grupos de individuos que comparten las mismas necesidades de salud. Así mismo, planifica y ejecuta acciones de prevención en sus tres niveles, incluyendo la atención primaria directa, y moviliza los recursos individuales y colectivos de la comunidad para*

*ayudar a esta a alcanzar mejores niveles de salud. Por último, determina el impacto de sus acciones sobre el sujeto de su atención”*

HalfdanMahler (Mahler, 1985) identifica a la enfermera comunitaria como el profesional líder en las estrategias a poner en marcha para lograr la Salud para Todos en el Siglo XXI, ya que es el colectivo de profesionales que está más cerca de la población.

La OMS, por otra parte hace referencia a:

*”la misión de la enfermera en la sociedad es ayudar a los individuos, familias y grupos a determinar y conseguir su potencial físico, mental y social, y a realizarlo dentro del contexto en que viven y trabajan. Esto requiere enfermeras que desarrollen y realicen funciones que se relacionen con el fomento y mantenimiento de la salud, así como con la prevención de la enfermedad. También incluye la planificación y la prestación de los cuidados durante la enfermedad y la rehabilitación, abarcando los aspectos físicos, mentales, sociales y espirituales de la vida que pueden afectar a la salud, a la enfermedad, a la incapacidad y a la muerte. Por tanto, las funciones principales de la enfermería deberán ser la promoción y el mantenimiento de la salud en buen estado, la prevención de la enfermedad, dar cuidados durante la misma y la rehabilitación”(OMS, 1993).*

La Asociación de Enfermería Comunitaria(AEC, 2001) entiende como *Enfermería Comunitaria* aquella disciplina basada en la aplicación de los cuidados, en la salud y en la enfermedad, fundamentalmente al núcleo familiar y la comunidad, en el marco de la Salud Pública. De forma genérica la Asociación de Enfermería Comunitaria entiende que la *misión de la enfermera comunitaria* es: *"Capacitar a los individuos, las familias y la comunidad en el autocuidado de la salud, el fomento de hábitos de vida saludables y la*

*adaptación con calidad de vida a las diferentes etapas del ciclo vital en el continuo salud enfermedad."*

En el año 1998, el lema del Consejo Internacional de Enfermeras para el día internacional de la enfermera fue "la cooperación en salud comunitaria" y lo define como: *"un proceso por el que las comunidades ejercen su derecho a participar en la adopción de decisiones sobre su salud, identificar sus necesidades de salud y planificar y evaluar los servicios para conseguir una mayor autonomía y control social de los recursos destinados a la salud"*(CIE, 1998).

En esta misma línea, la OMS, en el documento Salud 21, en su objetivo nº 15 dice así: *"En muchos Estados miembros se requiere la existencia de un sector sanitario más integrado, que ponga énfasis en la Atención Primaria. En el núcleo de este sistema debe estar una enfermera de salud familiar bien formada que proporcione un amplio asesoramiento en materia de hábitos de vida, asistencia familiar y servicios de atención domiciliaria en un número limitado de familias. Igualmente deberá interactuar con las estructuras de la comunidad local con relación a los problemas sanitarios"*(OMS, 1999).

Así pues, la misión que la OMS atribuye a la enfermera comunitaria, encierra un gran compromiso profesional con la sociedad y a la vez una gran oportunidad para el desarrollo de la profesión (García-Suso, Ver-Cortésy Campo-Osaba, 2001). Y es en este terreno donde la enfermera comunitaria ocupa un lugar privilegiado para contribuir a cambiar definitivamente la forma en que cada persona cuida de su salud y se compromete con ella, permitiendo el derecho a adoptar, pero también a rechazar, medidas que eleven de forma progresiva su nivel de salud: el autocuidado.

A pesar de todo este protagonismo que teóricamente se le da a la enfermera comunitaria, aún no se cuenta con un espacio profesional

fuertemente consolidado ni con el reconocimiento social perseguido. El nuevo paradigma de atención centrado en la potenciación de la salud y sustentado sobre una visión holística, requiere también un nuevo paradigma enfermero con nuevos cometidos y con la suficiente formación para dar respuesta a todos estos retos. Por ello el desarrollo de la especialidad en Salud Comunitaria debe jugar un papel fundamental en los próximos años (Asociación Enfermería Comunitaria (AEC), 2001).

La entrada en vigor de la LOPS de 2003, hace necesario el desarrollo de las especialidades, largamente demandadas por algunas sociedades científicas de enfermería comunitaria como son la Asociación de Enfermería Comunitaria y la Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria (AEC, 2001) por ello en 2005, se definen las siguientes especialidades de Enfermería (Real Decreto 450, 2005):

- a) Enfermería Obstétrico-Ginecológica.
- b) Enfermería de Salud Mental.
- c) Enfermería Geriátrica.
- d) Enfermería del Trabajo.
- e) Enfermería de Cuidados Médico-Quirúrgicos.
- f) Enfermería Familiar y Comunitaria.
- g) Enfermería Pediátrica.

La misión de la enfermera especialista en enfermería familiar y comunitaria es resolver problemas relacionados con la salud de las personas, entendidos como necesidades de cuidados. Estas necesidades de cuidados son especialmente importantes en determinados grupos de población, como



son las personas con problemas de salud crónicos, personas mayores e inmobilizadas, por citar algunos ejemplos. Las necesidades en materia de salud de estos grupos son de CUIDADOS, estas personas necesitan aprender a manejar su problema de salud, a AUTOCUIDARSE, y a evitar complicaciones derivadas de su problema de salud. Por ello el nivel de atención sanitaria que necesitan estas personas se ajusta perfectamente a la oferta de la enfermera de Atención Primaria.

Para la Enfermera Comunitaria ha sido la formación universitaria el precedente más importante que marca el punto de inflexión con el plan de estudios del año 1977, que incorpora la Salud Pública como una parte importante del programa formativo. Posteriormente en 1984, el Real Decreto sobre Estructuras Básicas de Salud, (Real Decreto 137/1984) crea la figura de la Enfermera de Equipo de Atención Primaria integrando en ella las actividades de sanidad preventiva y las asistenciales. La puesta en marcha de este Real Decreto supuso el nacimiento de la **consulta enfermera** y posibilita un cambio en la organización del trabajo y de la gestión del cuidado, y permite finalizar con la modalidad laboral por actividades o tareas.

En fechas más recientes se establece la nueva estructura de las enseñanzas universitarias y se regulan los Estudios Oficiales de Grado (Real Decreto 55/2005), la formación de Especialidades de Enfermería (Real Decreto 450/2005), sobre especialidades de Enfermería que modifica y reemplaza al anterior del año 1987 (Real Decreto 992/1987), por el que se regula la obtención del Título de Enfermero Especialista y la expedición de títulos universitarios oficiales de Máster y Doctor (Orden ECI/2514/2007).

En el Área de Salud VI, Vega Media del Segura, se constituyó la Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria que engloba a las Áreas de Salud V, VI y IX, en mayo de 2014 con una oferta formativa inicial de dos enfermeras residentes, mediante la Orden PRE/861/2013, de 9 de mayo,

por la que se establecen los requisitos de acreditación de las Unidades Docentes Multiprofesionales para la formación de especialistas en enfermería familiar y comunitaria y en medicina familiar y comunitaria (BOE núm. 119, de 18 de mayo de 2013).

## **7. Acuerdo de Gestión**

El Acuerdo de Gestión es una herramienta, a través de la cual el Servicio Murciano de Salud suscribe con cada una de las Gerencias que lo integran, los objetivos para cada año. La Gerencia del Área VIVEga Media del Segura, a su vez, establece un Acuerdo de Gestión con cada uno de los EAP del Área, con el fin de trasladar a sus centros las líneas estratégicas de la política sanitaria regional.

Con este Acuerdo de Gestión con cada uno de los Equipos de Atención Primaria, la Gerencia del Área VI pretende impulsar que sus centros consoliden un sistema de gestión común orientado a los pacientes, con profesionales implicados y apoyado en la evaluación de resultados y en la mejora continua. En definitiva, que consoliden un sistema de gestión orientado a la excelencia en la atención al paciente, en el que sea posible la incorporación de los objetivos propios de cada organización individual y el desarrollo, por tanto, de la autonomía de gestión dentro del marco del Sistema Regional de Salud (Servicio Murciano de Salud, 2013).

Los objetivos del Pacto de Gestión con los Equipos de Atención Primaria se ordenan según un rango de objetivos a conseguir que reproduzcan el esquema de criterios EFQM (siglas en inglés de la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad), y que se evalúen a partir de los indicadores correspondientes. Así, continúan siendo objetivos claros de calidad, por ejemplo, la mejora de la accesibilidad de los usuarios al Sistema Sanitario. Se establecen también pactos de gran trascendencia relativos a indicadores de

Cartera de Servicios y calidad asistencial, de satisfacción del usuario y de eficiencia tanto en el área financiera como en la asistencial. Finalmente, continúan fijándose objetivos en materia de generación del conocimiento y producción investigadora, a fin de fomentar las nuevas incorporaciones de profesionales a la tarea investigadora, la producción científica de calidad, y el logro de financiación ligada a proyectos.

En definitiva el Acuerdo de Gestión pretende regular, para un período de tiempo determinado, en la actualidad de tres años, la prestación de la asistencia sanitaria a la población protegida por el Servicio Murciano de Salud, con la extensión y en unas condiciones que se especifican a lo largo de dicho Acuerdo, así como la financiación asignada para la realización de estos servicios.

El actual Acuerdo de Gestión tiene una vigencia de tres años 2013-2015 (Servicio Murciano de Salud, 2013) refleja el compromiso de gestión de estas Gerencias para dicho periodos, que irá actualizando anualmente sus objetivos concretos y sus metas. Así mismo establece un sistema de evaluación que permitirá conocer el grado de su cumplimiento. Por último, insta al despliegue de este compromiso de gestión a toda la organización a través de los acuerdos específicos de las gerencias con sus unidades clínicas, en nuestro caso los Equipos de Atención Primaria.

La elaboración, el diseño y el planteamiento de objetivos de este Acuerdo se ha basado en la Estrategia 2015 (Servicio Murciano de Salud, 2011), de Mejora Asistencial de la Región de Murcia y en el cuarto Plan de Salud de la Región de Murcia 2010–2015. (Consejería de Sanidad y Consumo, 2010). Las líneas estratégicas básicas constituirán durante este periodo una guía dinámica para ir adecuando progresivamente la actuación de los servicios sanitarios a las necesidades de salud y orientando la contratación de dichos servicios en estas direcciones:

1. Priorizar aquellas intervenciones que puedan contribuir en mayor medida a mejorar el estado de salud de la población.
2. Potenciar la Atención Primaria como gestora en primer término de la salud de la población.
3. Promover políticas de calidad total y, especialmente, de mejora de acceso a los servicios sobre todo en la atención a los segmentos de población más desfavorecidos o vulnerables. En este sentido se deberá priorizar la atención integrada y garantizar la continuidad asistencial sobre todo a los pacientes crónicos.
4. En el marco socioeconómico en que prevemos desenvolvemos en los próximos años, se deberá promover incansablemente el refuerzo de aquellos elementos que, por incidir en la mejora de la eficiencia, favorezcan la sostenibilidad del Sistema Sanitario.

En este nuevo Acuerdo de Gestión, se propone desarrollar un nuevo esquema de objetivos e indicadores que tendría tres apartados:

- Un primer bloque de objetivos corporativos o estratégicos, derivados directamente de la Estrategia 2015 y del Plan de Salud 2010-2015, estructurados en torno a los procesos de la Organización y orientados prioritariamente a resultados en salud. Se trataría de los objetivos realmente estratégicos cuya consecución es competencia directa de las Gerencias, estos no deben ser muy numerosos y no excesivamente particularizados, para que aquéllas desarrollen las acciones que consideren más adecuadas para conseguirlos.
- Un segundo bloque, el de los objetivos clásicos de actividad y rendimiento con sus indicadores, se ha decidido que esté conformado por los de los procesos corporativos del Servicio Murciano de Salud que

desde el anterior Acuerdo de Gestión se han ido introduciendo paulatinamente en los siguientes. Este es, para cada proceso, el conjunto mínimo de indicadores común para todas las Gerencias (independientemente de que en la adaptación y seguimiento del proceso de las mismas añadan los que consideren oportunos), en número no excesivo, útiles, sencillos y automatizados en su obtención para ofrecer la posibilidad de acceso de los profesionales a la información que más directamente les afecta y poder realizar comparaciones valorables.

- Un tercer bloque de objetivos o proyectos propuestos por las propias gerencias y pactados con ellas (que indudablemente habrán de ser relevantes y totalmente alineados con el marco estratégico global)

El Acuerdo de Gestión está compuesto por numerosos elementos, Cartera de Servicios, Procesos asistenciales, Accesibilidad, Calidad de Cuidados y cumplimiento de los presupuestos entre otros.

### **7.1. Cartera de Servicios.**

La Cartera de Servicios se debe entender como un intento de adecuar la oferta de servicios relacionados con la salud a la demanda de la sociedad (Gérvás J, 2005; Aguilera Guzmán,2003).

En 1991 nace la primera versión de la Cartera de Servicios en Atención Primaria, en el seno del antiguo Instituto Nacional de la Salud (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1991) y se define como *“el conjunto de servicios que responden a las necesidades y demandas de la población, sustentadas en criterios científico-técnicos, y en prioridades de política sanitaria, y que favorecen el nivel salud de la población”*.

La Cartera de Servicios de Atención Primaria ha sido desde los años 90 un instrumento clave para la organización de la atención y la gestión de la

Atención Primaria en España, así como para la introducción de criterios de calidad, normativos y explícitos, denominados Normas Técnicas Mínimas, en la prestación de la atención sanitaria que son ofrecidas a la población desde el primer nivel de atención.

La unidad básica o elemental de la Cartera de Servicios de Atención Primaria es el “servicio”. Se conoce como “servicio” a un conjunto de actividades o criterios de actuación que guían la atención centrándose en los problemas de salud crónicos, sobre todo a nivel de evitar las complicaciones secundarias, en promocionar la salud y prevenir la enfermedad, con especificación de la población a la que se dirige y de otros aspectos relacionados con la atención sanitaria.

La selección y elaboración de los contenidos de la Cartera de Servicios de Atención Primaria se ha venido realizando desde sus inicios en el seno de grupos profesionales multidisciplinares, coordinados a nivel central. La metodología utilizada ha sido la del consenso científico-técnico. En los últimos años y en algunas comunidades autónomas se han ido incorporando metodologías de la Medicina Basada en la Evidencia y de la gestión por procesos(Sistema Nacional de Salud, 2010). La Cartera de Servicios ha ido sufriendo cambios y modificaciones a lo largo de su historia, adaptándose a la realidad y a la demanda del usuario, la Cartera de Servicios es, por lo tanto, un documento dinámico (Ministerio Sanidad y Consumo, 2012).

Las prestaciones y las tecnologías del Sistema Sanitario Español y por tanto de cada uno de sus Servicios de Salud es fruto del consenso obtenido en 2006 en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud entre todas las Comunidades Autónomas y que se plasmó en la aprobación de la Cartera de Servicios comunes del Sistema Nacional de Salud quedando reflejado en el Real Decreto 1030/2006 de Cartera de Servicios comunes del Sistema Nacional de Salud(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.

En sus inicios la finalidad de la Cartera de Servicios de Atención Primaria era promover la atención de los procesos más frecuentes y relevantes que se dan en este escenario asistencial, con arreglo a criterios científicos y técnicos consensuados, reducir la variabilidad clínica evitable, facilitar la equidad en la prestación de servicios, proporcionar elementos organizativos interprofesionales, servir de marco para la evaluación y la implementación de programas de mejora de la calidad y facilitar la gestión descentralizada de los servicios sanitarios.

La Ley General de Sanidad (Ley General de Sanidad, 1986), en su Artículo cuarenta y cinco, dice que *“El Sistema Nacional de Salud integra todas las funciones y prestaciones sanitarias que, de acuerdo con lo previsto en la presente Ley, son responsabilidad de los poderes públicos para el debido cumplimiento del derecho a la protección de la salud.”* Y en su Título Tercero, el Capítulo dos habla de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, de cómo se constituirán y los planes a elaborar, siendo el Plan de Salud, el que integre todas las acciones sanitarias necesarias para cumplir los objetivos de sus Servicios de Salud.

## **7.2. Criterios de Calidad de los Cuidados Enfermeros.**

Los criterios de calidad de los cuidados de enfermeros se pueden diferenciar en dos tipos, los que forman parte de la Cartera de Servicios y los que vienen definidos en el Anexo I.04.05 del Acuerdo de Gestión vigente.

Tal y como se comentó en el apartado anterior, las Normas Técnicas Mínimas de atención constituyen el esqueleto de los Servicios incluidos en la Cartera de Servicios y concretan las actuaciones recomendadas para la valoración inicial, el seguimiento y las intervenciones en el problema de salud

que define cada servicio. Estas Normas corresponden a los criterios de calidad ya que su cumplimiento permite garantizar la calidad del servicio prestado.

Las características que deben reunir los criterios son:

- Ser objetivables
- Ser fácilmente medibles
- Gozar de amplio consenso
- Referidas exclusivamente a las personas que van a recibir el servicio
- Ser utilizables para una evaluación retrospectiva del servicio
- Ser verificables, es decir, que se pueda constatar su cumplimiento.

Además de ser Explícitos y Normativos.

Los criterios de calidad objeto del presente estudio (Anexo I) son los que vienen definidos en el Anexo I.04.05 del Acuerdo de Gestión vigente: planes de cuidados enfermeros en diferentes aspectos de la atención, personas con problemas de salud crónicos: diabetes mellitus, hipertensión arterial e inmovilizados en su domicilio; programa de actividades de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad, como es el programa de atención al niño sano de 0 a 6 años y la continuidad de cuidados entre los diferentes escenarios asistenciales, mediante el registro del informe de continuidad de cuidados tras el alta hospitalaria.



## **8. Evolución de la Atención Primaria de Salud**

### **8.1. Alma-Ata.**

En el marco de La Conferencia internacional de Alma-Ata, fue donde se firmó la famosa Declaración que definió la Atención Primaria de Salud como: *“la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnología 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 costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y 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, y lleva 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”* (OMS, 1978).

Autoridades sanitarias y políticas de todo el mundo, lideradas por Haldfan Mähler, fueron convocadas a esta Conferencia, auspiciada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y en la que estuvieron representados 151 estados y en la que participaron ministros de salud de más de 100 países.

En el marco de esta Conferencia se elaboró una estrategia, una alternativa para resolver los problemas de salud y llegar a la meta de "Salud para todos en el año 2000". Para lograr este ambicioso objetivo los líderes de las naciones del mundo allí reunidas junto a la OMS, la UNICEF y las principales agencias financieras se comprometieron a trabajar por la cobertura

de las necesidades básicas de la población con un planteamiento integral, denominado Atención Primaria de Salud.

La Atención Primaria de Salud, según la Declaración de Alma Ata, *“implica un tratamiento multicausal de los problemas de salud y una organización de los servicios de salud que permitan servicios globales, continuos, integrales, distribuidos equitativamente buscando su eficacia y eficiencia”* (OMS, 1978).

Cada país es el responsable de la implantación de la Atención Primaria de Salud en su territorio, adaptando este desarrollo a cada situación particular y siempre con el objeto de conseguir la meta propuesta: salud para todos en el año 2000.

Halfdan Mahler, director general de la OMS entre 1973 y 1988, afirma que la Atención Primaria de Salud tiene tres requisitos previos (Mahler, 1985): un criterio multisectorial en el sentido de que la salud no existe de un modo aislado, la necesaria participación de la comunidad y el uso de la tecnología apropiada; la atención primaria de salud es la base de todos los programas de salud y de la infraestructura sanitaria. Esa estrategia convierte al individuo, a la familia y a la comunidad en el fundamento del Sistema de Salud y convierte al agente de atención primaria de salud, en el trabajador sanitario central.

Esta declaración es el mayor pronunciamiento internacional en salud que hasta ahora haya tenido lugar y treinta y cinco años después sigue siendo el marco de referencia para alcanzar la “Salud Para Todos”(OMS, 2008).

## **8.2. La Carta de Ottawa**

La Carta de Ottawa suscribe un nuevo concepto: la Promoción de la Salud. El concepto de Promoción de la Salud, cristalizado en 1986 en la Carta de Ottawa (OMS, 1986), surge como respuesta a la necesidad de buscar un

nuevo acercamiento a los múltiples problemas de salud que aún hoy exigen solución en todas las partes del mundo y está dirigida a la consecución del objetivo "Salud para Todos en el año 2.000": "*La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma.*"

En la Carta de Ottawa se pone de manifiesto cuales son las condiciones y recursos fundamentales para la salud: paz, cobijo, educación, alimento, ingresos económicos, un ecosistema estable, recursos sostenibles, justicia social y equidad.

### **8.3. Promoción de Salud Siglo XXI**

En el marco de la cuarta Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud celebrada en Yakarta, República de Indonesia, se adopta la conocida como declaración de Yakarta (OMS, 1997). De acuerdo con esta, la promoción de la salud debe cubrir cinco áreas estratégicas:

- Promover la responsabilidad social sobre la salud.
- Incrementar la inversión para el desarrollo de la salud.
- Consolidar las alianzas intersectoriales.
- Incrementar la capacidad y el poder de las comunidades y los individuos.
- Asegurar una infraestructura para la promoción de la salud.

Han transcurrido casi 30 años desde que la Organización Mundial de la Salud contrajera el ambicioso compromiso de *salud para todos* y observar los principios de atención primaria de salud establecidos en la *Declaración de Alma-Ata* y en la *Carta de Ottawa para la promoción de la salud*, que ha sido fuente de orientación e inspiración en ese campo desde entonces. En varias conferencias y reuniones internacionales posteriores se han aclarado la importancia y el significado de las estrategias clave de promoción de la salud,

incluso de las referentes a una política pública sana, en la Declaración de Adelaida se hace hincapié en la necesidad de establecer políticas públicas favorables a la salud y se pone de relieve la necesidad de evaluar las repercusiones de las decisiones políticas en la salud (OMS, 1988) y a un ambiente favorable a la salud (OMS, 1991).

#### **8.4. Nuevo Modelo de Atención Primaria de Salud. Situación Actual.**

En España se inicia la reforma de la atención primaria, mediante el RD 137/1984 de 11 de enero (Real Decreto 137, 1984) y se desarrolla conforme a la Ley General de Sanidad (Ley General de Sanidad, 1986). Con esta reforma se produce el cambio de la asistencia ambulatoria tradicional al nuevo modelo de Atención Primaria de Salud.

Ha sido frecuente la interpretación restrictiva de los contenidos de la nueva atención primaria, en el sentido de considerarla equivalente a la asistencia sanitaria ambulatoria tradicional, pero la realidad es que hay importantes diferencias conceptuales y de contenido entre un tipo de asistencia y otro (Vuori, 1984), que pueden resumirse en la siguiente tabla.

Las interpretaciones erróneas de la atención primaria de salud se extienden también a la consideración de esta, como una asistencia sanitaria de baja calidad, haciendo sinónimo el término de **primario** al de **primitivo**, cuando su significación correcta es la de fundamental o esencial y que desarrollar la atención primaria de salud, sobre todo en los países industrializados, es equivalente a rebajar el nivel de calidad de la asistencia, a volver hacia atrás en la línea del progreso tecnológico de la asistencia sanitaria.

Tabla 1. El cambio de la asistencia ambulatoria tradicional a la Atención Primaria de Salud

	Asistencia Tradicional	A.P.S
Objetivos	De...enfermedad Curación	a..... salud Prevención y Cuidado
Contenido	De....tratamiento Cuidado ocasional Problemas específicos	a....promoción de la salud Cuidado continuo Cuidado global
Organización	De...atención a las partes Soledad del profesional Práctica individual	a....atención holística otros profesionales trabajo en equipo
Responsabilidad	De..... sector sanitario aislado Dominio del profesional Recepción pasiva de la atención	a...colaboración intersectorial participación comunitaria autoresponsabilidad salud

Tomado de (Vuori, 1984).

Estas interpretaciones se basan en análisis economicistas puros de los servicios de salud en los que se defiende la necesidad de rebajar los gastos cada vez mas crecientes generados por los sistemas sanitarios: la Atención Primaria de Salud desarrollada sobre tecnologías simples y poco costosas, puede ser una buena alternativa de futuro a la asistencia hospitalaria, que es mucho más cara(Zapater & Maynegre, 2010).

Estas diferencias conceptuales y de contenido dan lugar a algunos hitos en la asistencia sanitaria de nuestro país:

- La aparición de las consultas enfermeras: se ponen en marcha las consultas enfermeras, mejorando los incentivos profesionales, sin problemas de competencia en sus actividades y, lo que es más importante, ejerciendo su profesión y atendiendo a la población que tiene asignada<sup>2</sup> en los aspectos de promoción,

<sup>2</sup>En estos momentos la asignación de usuarios a la enfermera aun no es formal. Existe un acuerdo mediante el que la enfermera atiende a las personas asignadas por cupo a determinado médico o médicos según sea el caso.

prevención, recuperación y rehabilitación, teniendo como objetivo la Salud y no solo la Enfermedad.

- La necesidad de trabajar en Equipo
- El uso de protocolos y programas de Salud: para disminuir la variabilidad de la práctica clínica.
- La aparición de la Cartera de Servicios y de las Normas Técnicas Mínimas como indicadores de calidad

En la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia este hecho tiene lugar en Febrero de 1985, mediante la creación de los primeros once Equipos de Atención Primaria (Real Decreto 137, 1984).

### **9.Estrategia 2015 de Atención a la Cronicidad**

En la actualidad, el patrón epidemiológico dominante en España, está representado por las enfermedades crónicas, debido fundamentalmente al aumento de la esperanza de vida por las mejoras en salud pública y la atención sanitaria (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2012).

Según los datos de la Encuesta Nacional de Salud de 2011-2012, (Instituto Nacional de Estadística, 2013) la esperanza de vida para el conjunto de la población española es de 81,1 años, por lo tanto mayor que la media de la Unión Europea que se sitúa en 79,0 años. Por sexos la esperanza de vida al nacer de los hombres y mujeres españolas es de 77,8 años y 84,3 años, respectivamente. Según la misma fuente, el 75,3% de la población percibe su estado de salud como bueno o muy bueno.

Mientras que el número de fumadores ha descendido al 24%, se ha producido un aumento de las patologías crónicas como hipertensión arterial, colesterol elevado, obesidad y diabetes siguen su tendencia ascendente, de hecho la obesidad ha aumentado en todas las franjas de edad y el 41,3% de la población se declara sedentaria.

Por otra parte, existen numerosos factores dependientes del paciente, como la autopercepción del estado de salud (Guerra de Hoyos y Anca-Contreras, 2007; Meléndez, Montero, y Jiménez, 2001), las variables demográficas, las características socioeconómicas (García et al, 2007), sus expectativas y, fundamentalmente, la morbilidad crónica y los problemas de salud mental (Bellón, Delgado-Sánchez, y de Dios-Luna, 2007; Rodríguez, Cebriá, Corbella, Segura, y Soriano, 2003) que se relacionan con la variabilidad en la utilización de recursos sanitarios. La utilización de servicios sanitarios depende del usuario, del profesional sanitario y de la organización, donde el uso excesivo o inapropiado contribuye a generar una carga asistencial inadecuada (Smits, Brouwer, Riet, y Van Weert, 2009).

Todos estos factores demandan la necesidad de un cambio en los sistemas sanitarios, hasta ahora más organizados para atender la enfermedad aguda (OMS, 2008), sin embargo, los sistemas de salud no suelen cambiar al mismo ritmo que lo hace la realidad sanitaria. Pero la situación actual de aumento de la cronicidad y la pluripatología plantea grandes desafíos, tanto a profesionales clínicos como a gestores y políticos (Comisión de las Comunidades Europeas, 2002).

En España, el cambio de orientación es tan necesario que de no dar respuesta a estos retos podría estar en juego la sostenibilidad del sistema actual de salud. Las enfermedades crónicas son actualmente la principal causa de muerte y discapacidad en el mundo, causantes del 59% de las muertes y del 46% del gasto sanitario (Palomo, 2010)

En el marco de la «Conferencia nacional para la atención al paciente con enfermedades crónicas» se ha elaborado la «Declaración de Sevilla para la atención al paciente con enfermedades crónicas» (SemFYC SEMI, 2011), documento de consenso que pretende impulsar el desarrollo de nuevos modelos de gestión en la atención a las personas con enfermedades crónicas,

en los que se promueva un sistema de atención basado en la integralidad y la continuidad asistencial, y en el que una persona informada y comprometida asume el protagonismo en el manejo de su enfermedad.

Esta declaración ha sido avalada por las 17 comunidades autónomas y 16 sociedades científicas. Los cambios necesarios se centran en seis líneas estratégicas: actividades organizativas sistémicas; paciente competente; apoyo al autocuidado; modelo asistencial; sistemas de información y evaluación; apoyo a la toma de decisiones y actividades comunitarias. Estos cambios necesarios en el modelo asistencial requieren una atención más centrada en las personas (Palomo, 2010) con una mayor definición de roles y competencias profesionales adecuadas a la cronicidad, la potenciación del trabajo en equipo multidisciplinar y una mayor integración y continuidad asistencial.

Una vez más la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad que constituyen los pilares básicos de la atención primaria deben tener mayor protagonismo y exige un esfuerzo colectivo de políticos, de todos los profesionales implicados, y de los ciudadanos, en un trabajo interdisciplinar y continuado.

La salud no puede seguir identificándose únicamente con los servicios sanitarios; la salud es en primera instancia, una responsabilidad individual, pero para que esto se haga realidad es necesario que las personas conozcan los factores que condicionan su salud y sean capaces de realizar los cambios pertinentes en sus estilos de vida. Los datos de la última encuesta nacional de salud así lo demuestran una vez más.

Las personas deben saber cómo pueden contribuir al mantenimiento y mejora de su salud y el modo de enfrentarse a sus problemas de salud y mejorar su autocuidado, por lo que el Sistema Sanitario debe adoptar un rol



reforzador de las acciones educativas. La reforma de la atención primaria ya tiene 30 años, pero no ha desarrollado plenamente todas sus capacidades.

Esta situación justifica de sobra la *Estrategia 2015 de atención a la cronicidad impulsada desde el Ministerio de Sanidad y Consumo*. Un aspecto muy importante a tener en cuenta de esta estrategia, es que todas las mejoras que se propongan deben acompañarse de financiación suficiente (Palomo, Gené-Badía, y Rodríguez-Sendín, 2012).

## **10. Plan de Salud 2010-2015**

Los planes de salud suponen una planificación a largo plazo dentro del Sistema Sanitario, estableciendo objetivos de salud basados en un concepto positivo de ésta.

En la Región de Murcia se está desarrollando el Plan de Salud 2010-2015 (Servicio Murciano de salud, 2010), en el cual se recogen las acciones e iniciativas de cambio necesarias para mejorar el nivel de salud y la calidad de vida de la población de la Región de Murcia.

Este es el cuarto Plan de Salud que se pone en marcha en la Región de Murcia y en el que se ha intentado recoger toda la experiencia acumulada de los anteriores planes. Este se desarrolla en tres ámbitos de actuación: Salud y Población, Salud y Sistema Sanitario y por último, implicación de los usuarios.

El principal objetivo del actual plan de salud es: "Mejorar la salud de la población aumentando la esperanza de vida y los años de vida libre de discapacidad", y como segundo objetivo es: "*reducir las desigualdades en salud prestando especial interés a la población vulnerable*".

El marco de referencia para el primer Plan de Salud (Servicio Murciano de Salud, 1993) fue la estrategia de la OMS "Salud para todos en el año 2000",

el segundo Plan de Salud (Servicio Murciano de salud, 1998), estaba orientado a la integración del Sistema Sanitario murciano ante las transferencias en materia sanitaria desde el gobierno central y por último la elaboración del tercer Plan de Salud (Servicio Murciano de Salud, 2003) se fundamentó en la estrategia de la OMS para la Unión Europea, Salud para todos en el siglo XXI y el Programa de Acción Comunitario en el ámbito de la Salud Pública de la Comisión Europea.

El marco de referencia para este cuarto plan de salud 2010-2015 es *Estrategia 2015 de atención a la cronicidad* y pretende centrar sus esfuerzos en los condicionantes que más pueden impactar en el nivel de salud, poniendo en marcha actividades dirigidas a:

- *Promover la implicación del ciudadano con su salud, fomentando conductas y estilos saludables de vida.*
- *Desarrollar y reforzar políticas sanitarias e intersectoriales para promover la salud en la población, generar entornos saludables de vida, mejorar la calidad del medioambiente y potenciar los mecanismos de prevención y seguridad de la salud colectiva.*
  - *Disminuir las desigualdades en salud, que en gran parte son causantes de los resultados desfavorables evidenciados.*
  - *Potenciar la Atención Primaria, como base del sistema sanitario, principal interlocutor del paciente y gestor de su salud, y promotor de la salud colectiva.*
  - *Mejorar la práctica clínica en el sistema sanitario, promoviendo la reducción de la variabilidad, la continuidad de cuidados y la seguridad clínica.*
  - *Reforzar la coordinación con los dispositivos sociales y de asistencia a la dependencia, para promover la autonomía de la ciudadanía.*

- *Fortalecimiento de la gestión del sistema sanitario para mejorar la respuesta de las organizaciones y profesionales a las expectativas de la sociedad.*
- *Reforzar los abordajes transversales de las patologías crónicas, mediante el desarrollo y evaluación de vías clínicas integrales entre niveles asistenciales, así como mejorar la efectividad de los tratamientos curativos, rehabilitadores y paliativos.*
- *Promocionar la capacitación e implicación del paciente y su entorno con su enfermedad, mediante intervenciones individuales y grupales.*
- *Mejorar la prevención, diagnóstico y tratamiento del cáncer.*

Todo este planteamiento “filosófico” se plasma en una serie de objetivos concretos, objetivables y medibles:

- Aumentar la esperanza de vida al nacer hasta los 82 años.
- Reducir la mortalidad infantil por debajo de 3,5/1000 nacidos vivos y la mortalidad perinatal por debajo del 4,5/1000 nacidos vivos.
- Mejorar la salud percibida de la población incrementando la percepción positiva por encima del 70%
- Reducir la prevalencia de la obesidad al 7%

Por poner solo algunos ejemplos representativos.

Calidad de los cuidados:

Mejora de la calidad en los planes de cuidados enfermeros en el Área de salud VI de la Región de Murcia

## **CAPITULO 2. MARCO LEGISLATIVO**

1. Sistema Nacional de Salud
2. Servicio Murciano de Salud. Mapa Sanitario (Áreas/ Gerencias Únicas, Orden 2009)
3. Gerencia Área VI de la Región de Murcia
4. Demografía Región Murcia
5. Demografía Área VI
6. Ley Ordenación Profesionales Sanitarias
7. Ley 41/2002 Mediante la que se regulan los registros enfermeros

Calidad de los cuidados:

Mejora de la calidad en los planes de cuidados enfermeros en el Área de salud VI de la Región de Murcia

## 1. Sistema Nacional de Salud

Los antecedentes de los Sistemas Nacionales de Salud se pueden buscar en tiempos más o menos remotos, en los que la intervención en los problemas de salud de la comunidad era ya un asunto de interés para los poderes públicos, expresado fundamentalmente en el control de las epidemias, mediante las cuarentenas navales, el cierre de las murallas, la prohibición de comunicación con las ciudades afectadas por la peste y cualquier otro tipo de medidas de carácter higiénico o paliativo.

A principios del siglo XIX, la Real Expedición Filantrópica de la Vacuna constituyó el proyecto de sanidad pública más ambicioso a nivel planetario, en un intento de que la vacuna de la viruela llegase a todos los lugares del entonces Imperio Español (Tuells y Ramírez, 2003). Más tarde, a mediados de siglo en el periodo denominado bienio progresista, (Ley Orgánica de Sanidad, 1855) la *Ley Orgánica de Sanidad de 28 de Febrero de 1855* consagra la Dirección General de Sanidad, creada muy pocos años antes, y que tendrá a lo largo del tiempo una función organizativa. El *Real Decreto de 12 de enero de 1904*, (Real Decreto, 1904) que aprueba la Instrucción General de Sanidad, apenas alteró el esquema organizativo de 1855 y solo cambiando por épocas el nombre de la Dirección General de Sanidad por el de Inspección General de Sanidad.

El 11 de julio de 1934 se promulgó la Ley de Coordinación Sanitaria, (Ley Julio de 1934) con el objetivo fundamental de acentuar la incipiente intervención estatal en la organización de los servicios sanitarios locales; en ella se propone la creación del Ministerio de Sanidad.

La Ley de 14 de diciembre de 1942 (Ley 14 de Diciembre, 1942) constituye el Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE), bajo el auspicio del

Instituto Nacional de Previsión. Este era un sistema de cobertura de los riesgos sanitarios a través de una cuota solo vinculada al trabajo.

Tras la Guerra Civil Española, la *Ley de Bases de la Sanidad Nacional 1944* perpetuó la estructura anterior (Ley de bases de organización de la sanidad, 1944):

*“A la Administración Pública le cumple atender aquellos problemas sanitarios que pueden afectar a la colectividad considerada como conjunto, le compete desarrollar una acción de prevención, en suma. La función asistencial, el problema de la atención a los problemas de la salud individual, quedan al margen.”*

En 1974 la Ley General de la Seguridad Social (Decreto 2065/1974, 1974) genera una serie de redes asistenciales que han ido asumiendo cada vez un mayor número de competencias, en cuanto a sus prestaciones sanitarias, así como ofreciendo cobertura cada vez a un mayor número de personas y colectivos. Pero es La Ley General de Sanidad (Ley General de Sanidad, 1986), la que da lugar a la creación de las Consejerías de Sanidad y a la creación de un Ministerio de Sanidad, que constituyen los elementos que dan respuesta a las previsiones en materia de salud pública que prevé la Constitución española de 1978. En los artículos 43 y 49 establece el derecho de todos los ciudadanos a la protección de la salud y su título VIII, que prevé que las competencias en materia de sanidad pasen a depender de sus respectivas Comunidades Autónomas.

El Sistema Nacional de Salud se concibe como el conjunto de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas convenientemente coordinados. El principio de integración para los servicios sanitarios en cada Comunidad Autónoma inspira el artículo 50 de la Ley: *“En cada Comunidad Autónoma se constituirá un Servicio de Salud integrado por todos los centros,*



*servicios y establecimientos de la propia Comunidad, Diputaciones, Ayuntamientos y cualesquiera otras Administraciones territoriales intracomunitarias, que estará gestionado como se establece en los artículos siguientes bajo la responsabilidad de la respectiva Comunidad Autónoma*”(Ley General de Sanidad, 1986),

Respecto a la estructura de los Servicios Sanitarios, la Ley establece que, serán las Áreas de Salud las piezas básicas de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas; estas Áreas deben estar organizadas conforme a la concepción integral de la sanidad, de manera que sea posible ofrecer desde ellas todas las prestaciones propias del Sistema Sanitario. Las Áreas de Salud se distribuyen, en demarcaciones territoriales delimitadas, teniendo en cuenta factores de diversa índole, pero sobre todo, respondiendo a la idea de dar la mayor accesibilidad posible a los usuarios a los Servicios Sanitarios y a la de gestión descentralizada y participativa (Ley General de Sanidad, 1986).

Esta Ley, se estructura en un Título Preliminar y 7 Títulos. En el Título Preliminar, el artículo uno hace referencia al objeto de la Ley siendo este la regulación general de todas las acciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud reconocido en el artículo 43 de nuestra Constitución.

Hasta este momento, el Sistema Sanitario estaba orientado básicamente a tratar la enfermedad, pero en el Título Primero Capítulo Primero de esta Ley, se menciona textualmente que *“Los medios y actuaciones del Sistema Sanitario estarán orientados prioritariamente a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades”*, a partir de ahora empiezan a tener cierto protagonismo este tipo de actividades. De igual forma se describe la universalización de la asistencia sanitaria pública y que esta se realice en condiciones de igualdad, garantizando el acceso a la asistencia a todos los ciudadanos por igual, además la política de salud estará orientada a la

superación de los desequilibrios territoriales y sociales (Ley General de Sanidad, 1986).

El Título Tercero de la Ley hace referencia a la estructura del Sistema Sanitario público. El Capítulo Primero en los artículos 44 al 46 se define la organización general y las características del Sistema Nacional de Salud basándose en que toda persona tiene derecho a la salud, independientemente de su situación económica y laboral, siendo el Estado el encargado de garantizar este derecho, gestionándolo y financiándolo a través de los presupuestos generales.

En el Título Tercero, el Capítulo Dos habla de los servicios de salud de las Comunidades Autónomas, cómo se constituirán y los planes a elaborar, siendo el Plan de Salud, el que integre todas las acciones sanitarias necesarias para cumplir los objetivos de sus servicios de salud, estando recogidos en los artículos 49, 50 y 54. En estos momentos, en la Región de Murcia, está en vigor el Plan de Salud 2010 – 2015 (Plan de salud 2010-2015, 2010).

En el Capítulo Tres del Título Tercero, se desarrolla la organización del Sistema Sanitario en Áreas de Salud, y como éstas son la estructura fundamental del sistema, siendo las responsables de la gestión de los centros del servicio de salud, tanto a nivel de la atención primaria como a nivel de la hospitalaria. De igual forma describe las características a la hora de delimitar geográficamente cada Área, así como la población a la que tiene que dar cobertura.

Las Áreas de Salud deberán desarrollar las siguientes actividades:

- En el ámbito de la Atención Primaria de Salud, mediante fórmulas de trabajo en equipo, se atenderá al individuo, la familia y la comunidad; desarrollándose mediante programas, funciones de promoción de la salud, prevención, curación y rehabilitación, a través

tanto de sus medios básicos como de los equipos de apoyo a la Atención Primaria.

- En el nivel de Atención Hospitalaria, a realizar en los Hospitales y centros de especialidades dependientes funcionalmente de aquellos, se prestará la atención de mayor complejidad a los problemas de salud y se desarrollarán las demás funciones propias de los Hospitales.

- *“Las Áreas de Salud se delimitarán teniendo en cuenta factores geográficos, socioeconómicos, demográficos, laborales, epidemiológicos, culturales, climatológicos y de dotación de vías y medios de comunicación, así como las instalaciones sanitarias del Área. Aunque puedan variar la extensión territorial y el contingente de población comprendida en las mismas, deberán quedar delimitadas de manera que puedan cumplirse desde ellas los objetivos que en esta Ley se señalan”.*

*“Como regla general, y sin perjuicio de las excepciones a que hubiera lugar, atendidos los factores expresados en el apartado anterior, el Área de Salud extenderá su acción a una población no inferior a 200.000 habitantes ni superior a 250.000.*

*Se exceptúan de la regla anterior las Comunidades Autónomas de Baleares y Canarias y las ciudades de Ceuta y Melilla, que podrán acomodarse a sus específicas peculiaridades” (Ley General de Sanidad, 1986).*

Cada provincia tendrá, como mínimo un Área. La Ley General de Sanidad define la Zona Básica de Salud como el marco donde se desarrollarán las actividades de los Equipos de Atención Primaria, de una forma integrada y mediante el trabajo en equipo todas las actividades encaminadas a la promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud, tanto individual como colectiva, de los habitantes de la Zona Básica, a cuyo efecto, serán

dotados de los medios personales y materiales que sean precisos para el cumplimiento de dicha función(Ley General de Sanidad, 1986).

El Real Decreto 137/84 de Reforma de la Atención Primaria, mediante el cual se va a ir sustituyendo de forma paulatina el sistema de ambulatorios de la Seguridad Social por los Centros de Salud gestionados por Equipos de Atención Primaria, primeros responsables de prestar la asistencia sanitaria y se abre así una nueva etapa en el Sistema Sanitario Español (DR 137/1984).

## **2. Servicio Murciano de Salud. Mapa sanitario (Áreas/ Gerencias Únicas, orden 2009)**

Una vez desarrollada la estructura del Sistema Sanitario a nivel del Estado, pasamos a su aplicación en la Región de Murcia con la creación en 1990 del Servicio Murciano de Salud.

En la Región de Murcia, se aprueba la Ley 4/1994(Ley 4/1994, de 26 de julio, de Salud de la Región de Murcia, 1994), que deroga La Ley 2/1990, de 5 de abril, de creación del servicio de salud de la Región de Murcia, que nace con el fin de ordenar el Sistema Sanitario público en la Región de Murcia dotándolo de la adecuada organización de los servicios de salud existentes, todo ello, en el ejercicio de las competencias que el Estatuto de Autonomía de nuestra Región establece en el artículo 11.f en materias de sanidad e higiene, mediante la creación de un organismo autónomo con competencias de gestión de servicios de salud y atención a la enfermedad.

El conjunto de la Ley tiene, como primera finalidad, la atención al usuario, y pretende mejorar la accesibilidad, preservar la equidad, aumentar la información al ciudadano, mejorar el trato, mediante la atención personalizada y potenciar los mecanismos para conocer la opinión de los usuarios mediante encuestas de satisfacción.

El mapa sanitario de la Región de Murcia establece dos tipos de demarcaciones territoriales: las Áreas de Salud y las Zonas Básicas de Salud. Mediante la Orden de 24 de abril de 2009, (BORM , 7092) de la Consejería de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia, publicada en el Boletín Oficial de la Región de Murcia de 7 de Mayo de 2009, se realiza la última reforma de las Áreas Sanitarias por la que se establecen nueve Áreas de Salud cada una de ellas con un Hospital de referencia y 89 Zonas Básicas de Salud, dos de ellas pendientes de creación.

- Área I. Murcia Oeste. Hospital Universitario Virgen la de Arrixaca.
- Área II. Cartagena. Complejo Hospitalario de Cartagena. Santa Lucía /Santa María del Rosell.
- Área III. Lorca. Hospital Universitario Rafael Méndez.
- Área IV. Noroeste. Hospital Comarcal del Noroeste.
- Área V. Altiplano. Hospital Virgen del Castillo.
- Área VI. Vega Media del Segura. Hospital Universitario José María Morales Meseguer.
- Área VII. Murcia Este. Hospital Universitario Reina Sofía.
- Área VIII. Mar Menor. Hospital Universitario los Arcos.
- Área IX. Vega Alta del Segura. Hospital de la Vega Lorenzo Guirao.



#### **4. Gerencia Área VI de la Región de Murcia. Descripción de las Zonas Básicas de Salud.**

La Gerencia Única del Área VI, Vega Media del Segura, consta de 15 Zonas Básicas de Salud y dos más pendientes de creación. El Hospital de referencia es el Hospital General Universitario José María Morales Meseguer, además consta de un Centro de Especialidades y otro de Salud Mental. Según la Orden de 24 de abril de 2009 de la Consejería de Sanidad y Consumo (Orden de 24 de abril de 2009 de la Consejería de Sanidad y Consumo, 2009), el Hospital General Universitario José María Morales Meseguer, da cobertura sanitaria a la población adscrita al Área VI, Vega Media del Segura, siendo esta la población de referencia de dicho Hospital y donde desarrollamos nuestro estudio de investigación.

Las Zonas Básicas de Salud son las siguientes:

- Abanilla.
- Alguazas.
- Archena.
- Ceutí.
- Fortuna.
- Lorquí.
- Molina / Norte.
- Molina / Sur.
- Murcia / Cabezo de Torres.
- Murcia / Centro.
- Murcia / El Ranero.
- Murcia / Santa María de Gracia.
- Murcia / Vistalegre.
- Murcia / Zarandona.
- Torres de Cotillas.

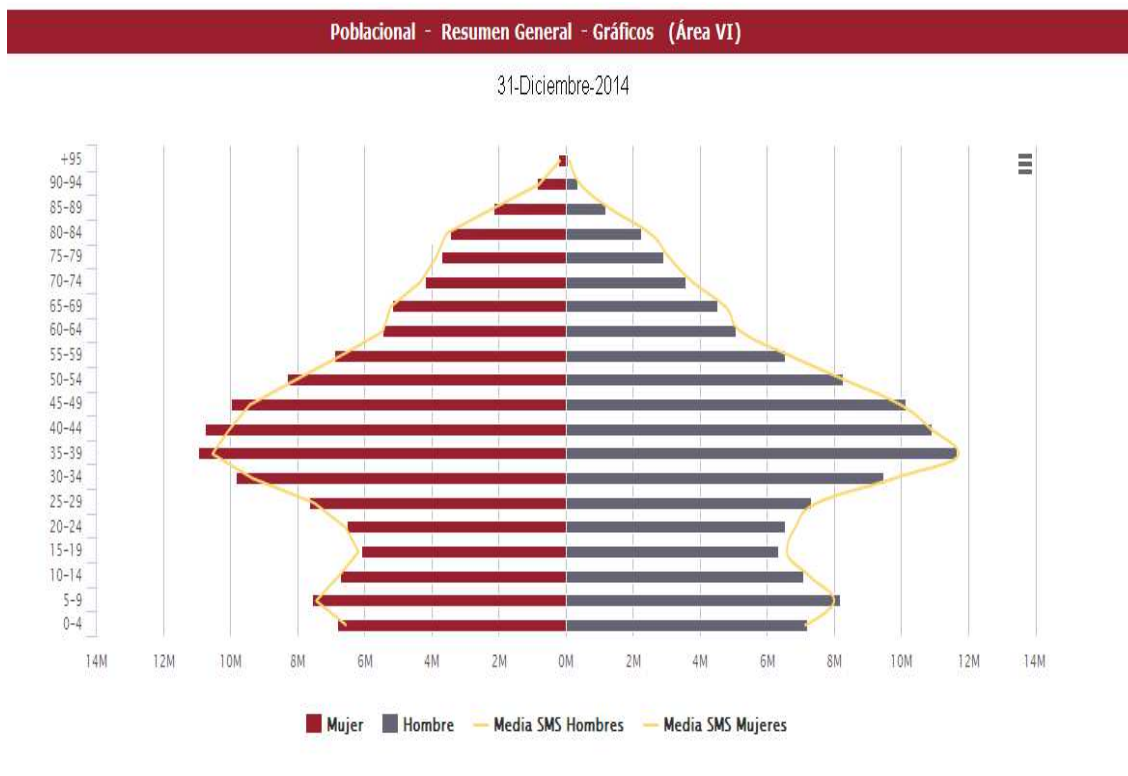




## 5. Demografía del Área VI

La densidad de población es muy diferente de unas Zonas Básicas de Salud a otras: por ejemplo Abanilla tiene una densidad de población de 27,2 habitantes/km mientras que en Ceutí la densidad de población es de 1.081

Gráfica nº1. Pirámide de población Área VI comparada con el Servicio Murciano de Salud.



© 2014 Servicio Murciano de Salud (SMS)

Fuente: Portal de Inteligencia de Negocios del Servicio Murciano de Salud

A continuación se presenta una descripción de las quince Zonas Básicas de Salud, haciendo mención solo de aquellos aspectos que suponen o pueden suponer cargas diferentes de trabajo para los profesionales que prestan sus cuidados en el Área VI: dispersión geográfica, nº de tarjetas, mayores de 65 años y menores de 2, y que nos interesan para esta investigación.

La dispersión geográfica es una ecuación matemática que relaciona el número de habitantes y la distancia en kilómetros hasta el centro cabecera, en una escala que va de G1, la menor dispersión posible a G4, la mayor dispersión posible.

Los mayores de 65 años, suponen una mayor carga de trabajo, ya que según algunas estimaciones el 11% de los mayores de 65 años son personas inmovilizadas (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2001), aunque otros estudios han encontrado prevalencias menores (Fernández, Fernández-Llanes, Cabezón, Casado, González y Jimenez, 2007), no cabe duda de que el hecho de acudir a un domicilio a prestar los cuidados supone una dificultad añadida.

El programa de atención al niño sano prevé el mayor número de visitas durante los dos primeros años de edad, por lo que la atención a los niños menores de dos años también supone una mayor carga laboral.

**Descripción de la Zona Básica de Salud de Abanilla.**

En el centro cabecera de Abanilla se atiende a toda la población del casco urbano, 4.538 habitantes y a los 715 niños de la Zona Básica de Salud; de la pedanía de Mahoya con 500 habitantes y situada a 2,1 Km; de la del Partidor con 104 habitantes y situada a 4,1 km y otras como Carrillos, Casa Cabrera, Salado Alto, Salado bajo y Ricabacica.

Punto de Atención Continuada (PAC): Presta asistencia sanitaria de urgencias a toda la Zona Básica de Salud 24 horas al día todos los días de la semana. Tiene cuatro consultorios periféricos:

- Barinas situada a 11,3 Km del centro cabecera y Cañada de la leña situada a 22,6 Km del centro cabecera y atendidos por la misma enfermera
- Macisvenda situada a 10,1 Km centro cabecera y El Cantón situado a 16,4 Km del centro cabecera.
- Dispersión geográfica G3

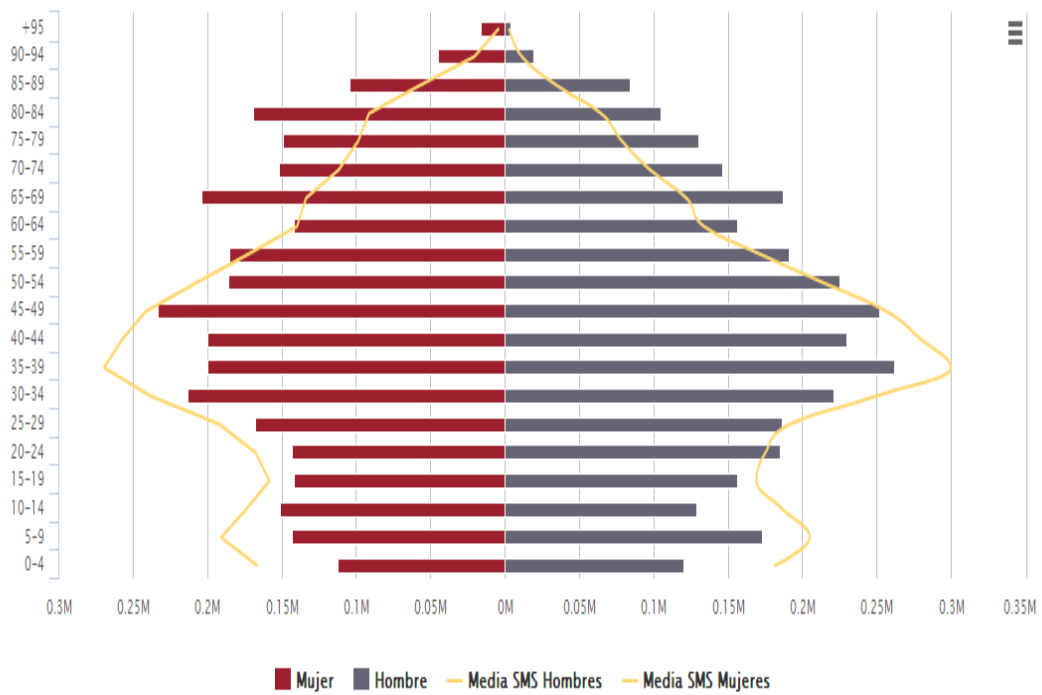
Tablanº2. Distribución de tarjetas sanitarias por enfermera en Abanilla.

Centro	Adulto/ Enfermera	> 65 años/ Enfermera	Pediatría	< 2 años/ Enfermera
<b>Abanilla</b>	1.295	317	715	130
<b>Barinas</b>	1.039	334		
<b>Cañada</b>	79	32		
<b>Macisvenda</b>	513	189		
<b>El Cantón</b>	49	29		

Como se puede apreciar en la gráfica nº2, la población es más envejecida si la comparamos con la del Servicio Murciano.

Gráfica nº2. Pirámide de población de la Zona Básica de Salud de Abanilla comparada con el Servicio Murciano de Salud.

Poblacional - Resumen General - Gráficos (Abanilla)



### **Descripción de la Zona Básica de Salud de Alguazas.**

En el centro cabecera de Alguazas se atiende a toda la población del casco urbano 8.894 y a todos los niños de la Zona Básica de Salud. Tiene dos consultorios periféricos:

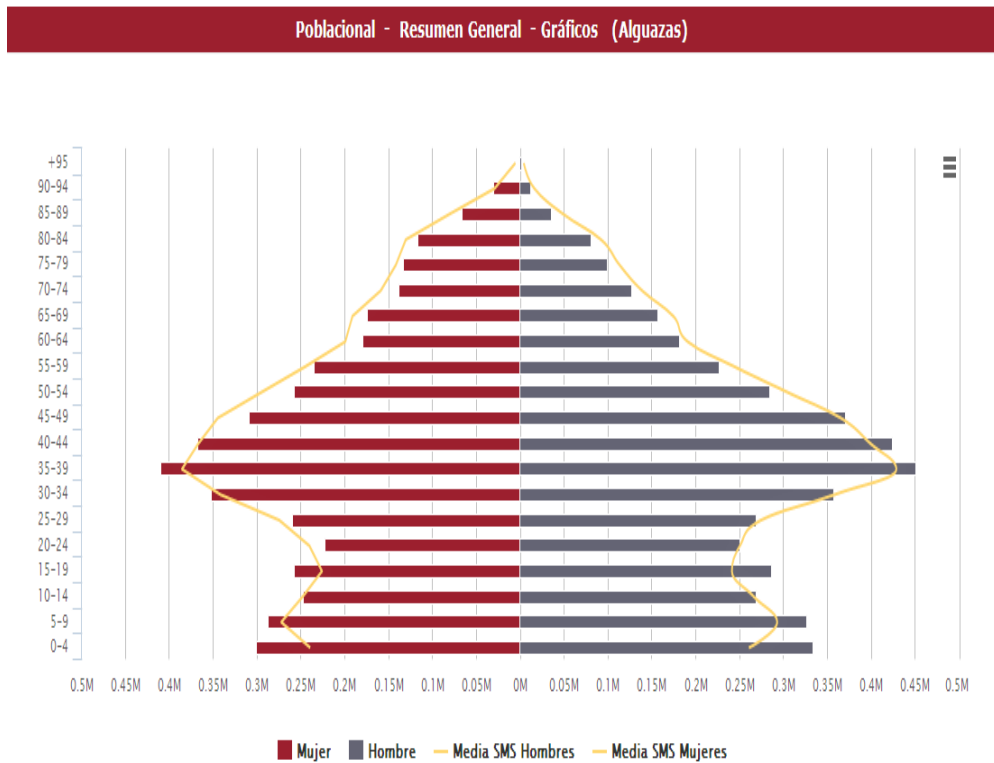
- Consultorio del Barrio del Carmen, situado a 1,8 km del centro cabecera tiene 1.318 habitantes y el Consultorio de El Paraje, situado a 3Km del centro cabecera y con 80hab. Los dos están atendidos por una misma enfermera. Dispersión geográfica G2

Tabla nº3. Distribución de tarjetas sanitarias por enfermera en Alguazas

<b>Centro</b>	<b>Adulto / Enfermera</b>	<b>&gt; 65 años/ Enfermera</b>	<b>Pediatría</b>	<b>&lt;2 años/ Enfermera</b>
<b>Alguazas</b>	1.920	282	1.620	405
<b>BºCarmen</b>	1.267	264		
<b>Paraje</b>	77	41		

La distribución estaría de su población se ajusta a la pirámide del Servicio Murciano de Salud.

Gráfica nº3. Pirámide de población de la Zona Básica de Salud de Alguazas comparada con el Servicio Murciano de Salud.



### **Descripción de la Zona Básica de Salud de Archena.**

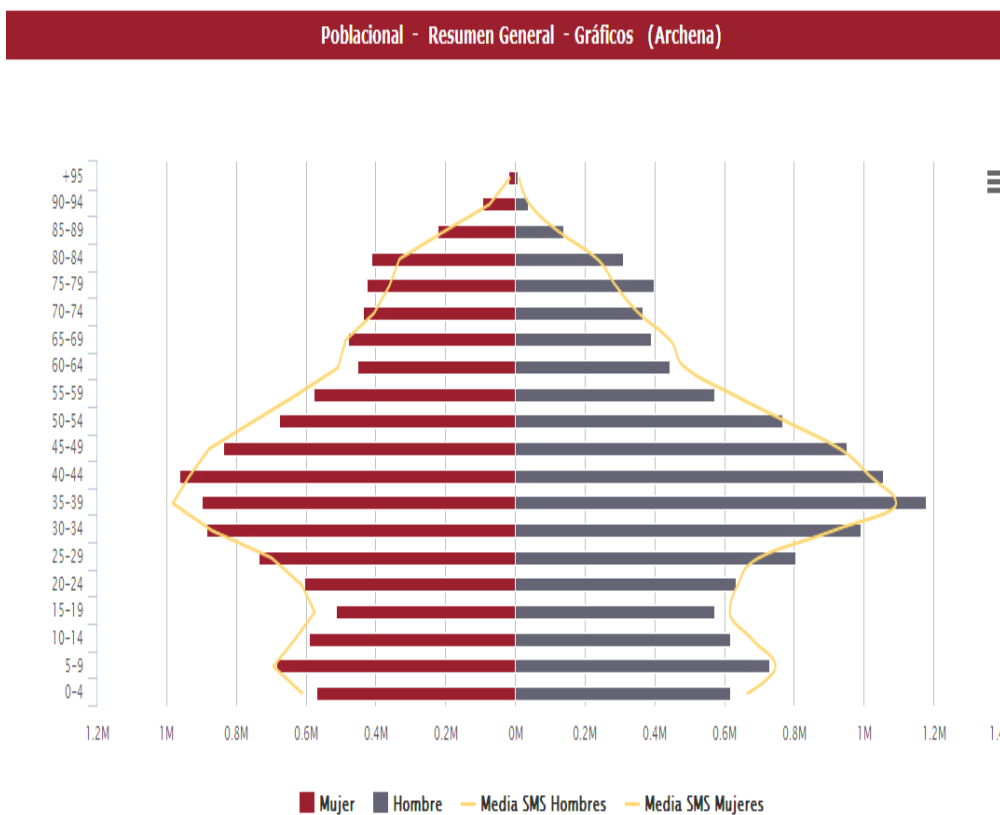
- Consta de un núcleo urbano donde se atiende a y cinco consultorios periféricos:
- Consultorio de La Algaida: situada a 1,9 Km. del núcleo principal.
  - Consultorio de Ricote: situado a 9,1 Km. del centro cabecera.
  - Consultorio de Villanueva: situado a 4Km. del centro cabecera.
  - Consultorio de Ojós: situado a 6,5Km. del centro cabecera.
  - Consultorio de Ulea: situado a 4,8Km. del centro cabecera.
- Tiene un balneario por lo que es zona con muchos desplazados (población flotante).
- Dispersión geográfica G2

Tabla nº4. Distribución de tarjetas sanitarias por enfermera en Archena

Centro	Adulto/ Enfermera	> 65 años/ Enfermera	Pediatría	< 2 años/ Enfermera
<b>Archena</b>	1.898	276	2.922	639
<b>Algaida</b>	1.710	408	272	48
<b>Ojos</b>	333	74	38	7
<b>Ricote</b>	1.103	330	137	18
<b>Ulea</b>	726	224	101	18
<b>Villanueva</b>	950	301	172	35

El grupo de edad entre los 70 y los 85 años es superior al resto del Servicio Murcia.

Gráfica nº4. Pirámide de población de la Zona Básica de Salud de Archena comparada con el Servicio Murciano de Salud



### Descripción de la Zona Básica de Salud de Ceutí.

En el centro cabecera de Ceutí se atiende a toda la población del casco urbano 10.312 y a toda la población pediátrica.

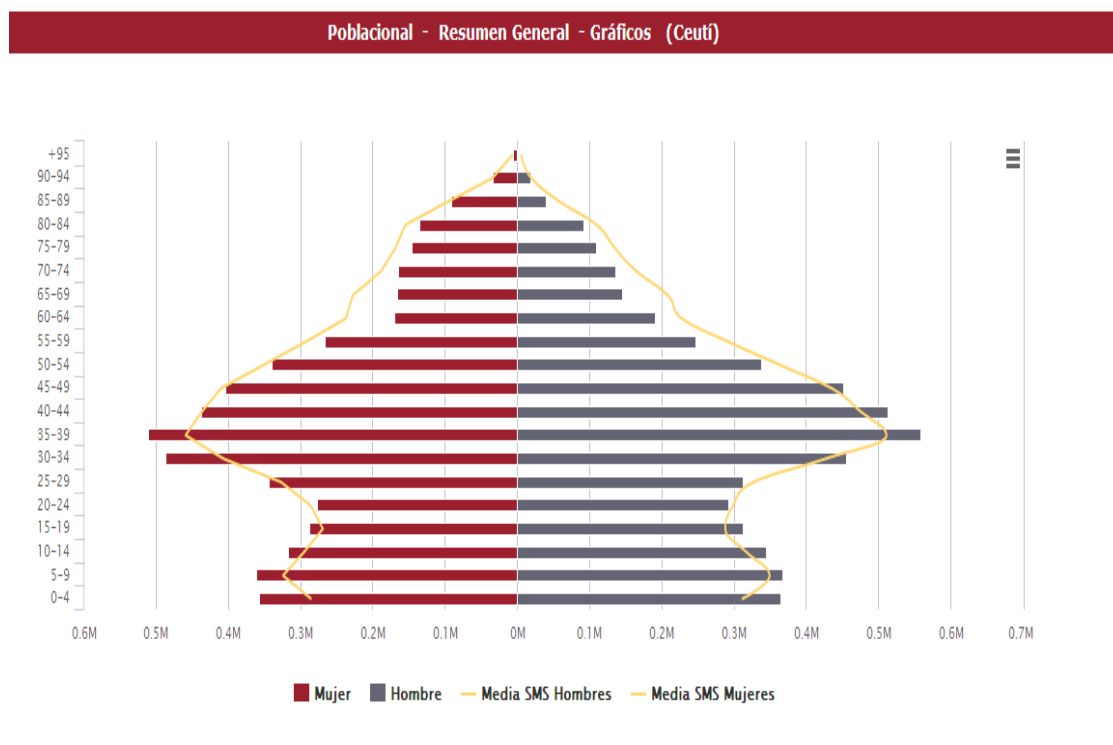
Tiene un consultorio periférico Los Torraos situado a tres kilómetros del centro cabecera y con 668 habitantes.

### Dispersión geográfica G2

Tabla nº5. Distribución de tarjetas sanitarias por enfermera de Ceutí

Centro	Adulto / Enfermera	> 65 años/ Enfermera	Pediatría	<2 años/ Enfermera
<b>Ceutí</b>	1.924	282	1.947	446
<b>Los Torraos</b>	668	137		

Gráfica nº 5. Pirámide de población de la Zona Básica de Salud de Ceutí comparada con el Servicio Murciano de Salud





**Descripción de la Zona Básica de Salud de Fortuna**

En el centro cabecera de Fortuna se atiende a toda la población del casco urbano y de la pedanía de Fuente Blanca (66 habitantes y situada a 18 Km), de la pedanía de la Gineta (217 habitantes y situada a 7 km) y otras como Peña de Zafra de arriba (27 habitantes), Peña de Zafra de Abajo, Capres y Baños, y a toda la población pediátrica de la Zona Básica de Salud, en total 9.071. Tiene un consultorio periférico Consultorio de La Garapacha: Un día de consulta, los miércoles de 9 a 10.30 de la mañana. Pedanía con 193 habitantes situada a 12 Km y del núcleo principal de población.

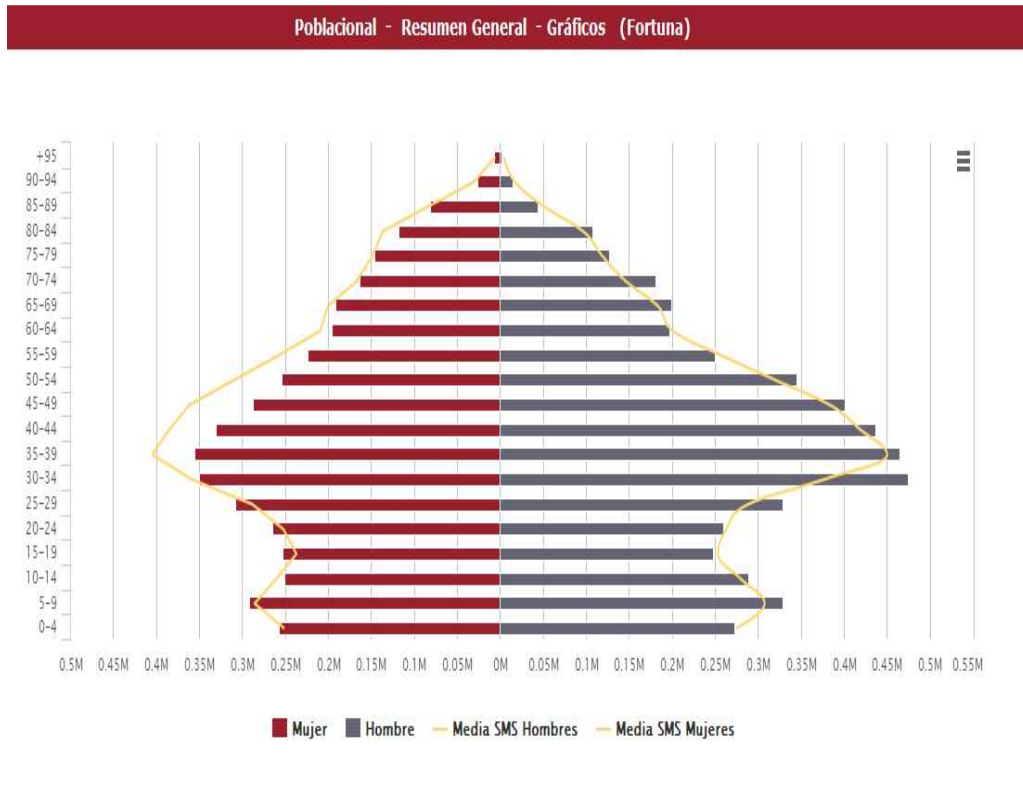
Es un Punto de Atención Continuada (PAC): Presta asistencia de urgencias a toda la ZBS. Tiene un Balneario con gran población de desplazados. Dispersión geográfica G3

Tabla nº6. Distribución de tarjetas sanitarias por enfermera de Fortuna.

Centro	Adulto / Enfermera	> 65 años/ Enfermera	Pediatría	<2 años/ Enfermera
<b>Fortuna</b>	1.876	339	1.578	313

Calidad de los cuidados:  
Mejora de la calidad en los planes de cuidados enfermeros en el Área de salud VI de la Región de Murcia

Gráfica nº6. Pirámide de población de la Zona Básica de Salud de Fortuna comparada con el Servicio Murciano de Salud.



© 2014 Servicio Murciano de Salud

### **Descripción de la Zona Básica de Salud de Lorquí**

En el centro cabecera de Lorquí se atiende a toda la población del casco urbano 6.525. Consta de un único punto asistencial.

Dispersión geográfica: G2

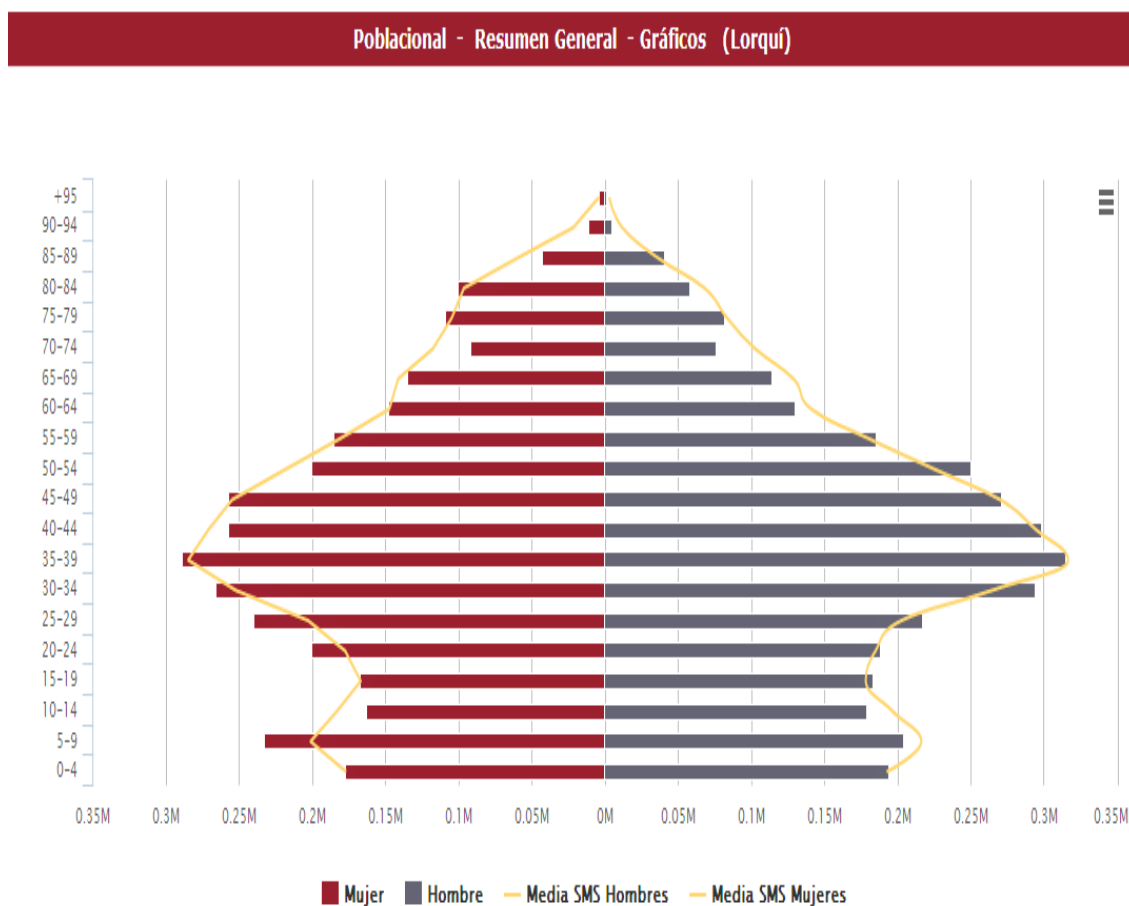
Tabla nº7. Distribución de tarjetas sanitarias por enfermera en Lorquí.

Centro	Adulto / Enfermera	> 65 años/ Enfermera	Pediatría	<2 años/ Enfermera
<b>Lorquí</b>	1.816	288	1.076	235

### Calidad de los cuidados:

Mejora de la calidad en los planes de cuidados enfermeros en el Área de salud VI de la Región de Murcia

Gráfica nº7. Pirámide de población de la Zona Básica de Salud de Lorquí comparada con el Servicio Murciano de Salud.



### **Descripción de la Zona Básica de Salud de Molina / Norte**

En el centro cabecera del Centro de Salud Molina Norte se atiende a 19.130 habitantes del casco urbano. Tiene cinco consultorios periféricos:

- Consultorio de La Alcayna situado a 5Km del centro cabecera y con 7188 habitantes.
- Consultorio del Fenazar situado a 11Km del centro cabecera y que a su vez tiene tres puntos asistenciales más
- Consultorio del Rellano, situada a 5,9 km del Fenazar
- Consultorio de la Hurona, situada a 4km del Fenazar
- Consultorio de Campotejar, situada a 4,2km del Fenazar

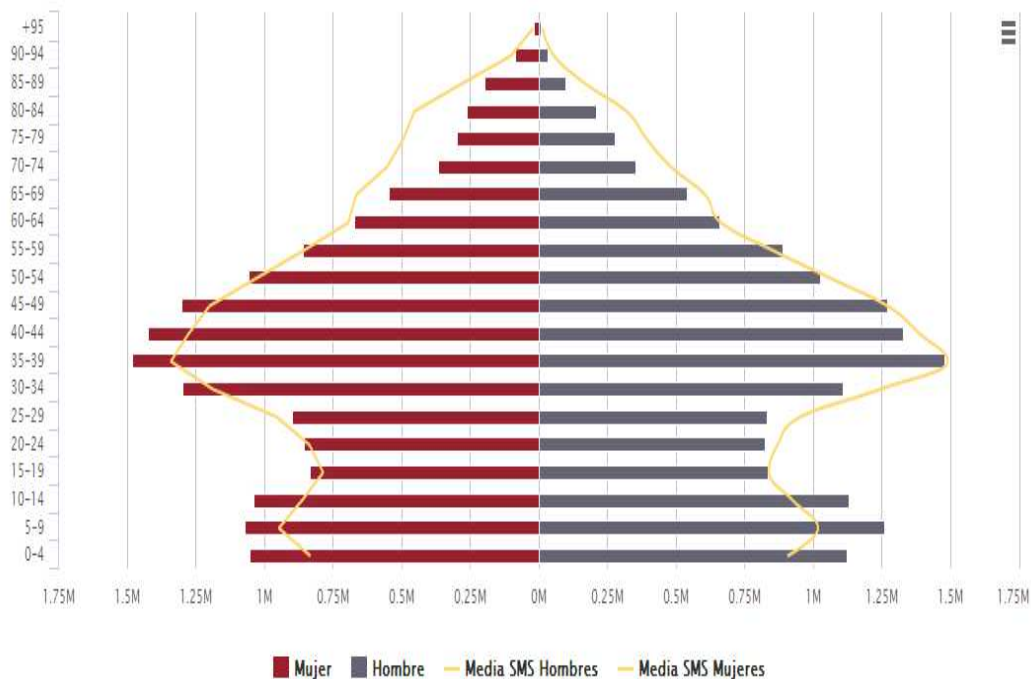
### Dispersión geográfica G3

Tabla nº8. Distribución de tarjetas sanitarias por enfermera en Molina Norte:

Centro	Adulto/ enfermera	> 65 años/ enfermera.	Pediatría	<2 años/ Enfermera
<b>Molina Norte</b>	2.211	349	1.692	355
<b>La Alcayna</b>	2.506	199	2.047	583
<b>El Fenazar</b>	817	223		
<b>El Rellano</b>	62	21		
<b>La Hurona</b>	15	5		
<b>Campotejar</b>	82	30		

Gráfica nº8. Pirámide de población de la Zona Básica de Salud de Molina Norte comparada con el Servicio Murciano de Salud.

#### Poblacional - Resumen General - Gráficos (Molina Norte)



**Descripción de la Zona Básica de Salud de Molina Sur**

En el centro cabecera del Centro de Salud Molina Sur se atiende a 27.241 habitantes del casco urbano. Tiene tres consultorios periféricos:

- Consultorio de La Ribera de Molina situado a 5,5 km del centro cabecera.
- Consultorio de La Torre Altasituado a 1,8 km del centro cabecera
- Consultorio del Llano de Molina situado a 5,1 km del centro cabecera.

Dispersión geográfica G3

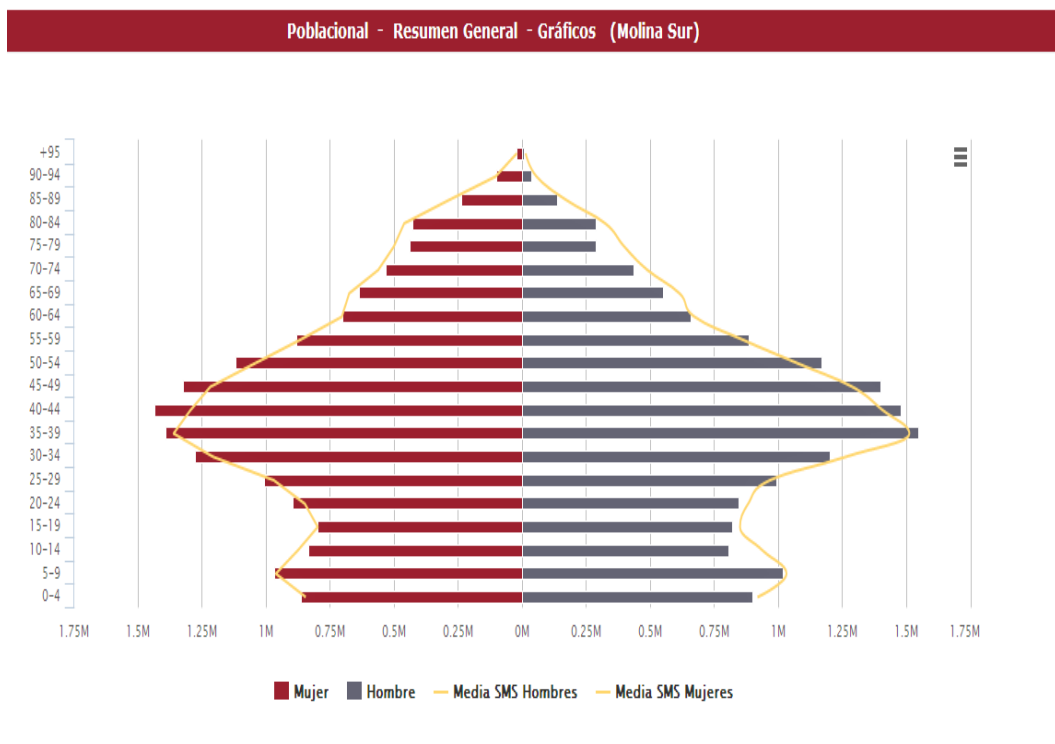
Tabla nº9. Distribución de tarjetas sanitarias por enfermera en Molina Sur:

Centro	Adulto/ enfermera	> 65 años/ enfermera.	Pediatría	<2 años/ Enfermera
<b>Molina Sur</b>	1.903	266	4771	514
<b>La Ribera</b>	1.365	322	247	54
<b>La Torrealta</b>	903	194		
<b>El Llano de Molina</b>	1.211	227		

Calidad de los cuidados:

Mejora de la calidad en los planes de cuidados enfermeros en el Área de salud VI de la Región de Murcia

Gráfica nº9. Pirámide de población de la Zona Básica de Salud de Molina Sur comparada con el Servicio Murciano de Salud.



© 2014 Servicio Murciano de Salud (SMS)

**Descripción de la Zona Básica de Salud de Cabezo de Torres**

En el centro cabecera se atiende a toda la población del casco urbano. Tiene un consultorio periférico en la pedanía de Churra, situada a 1,9 Km del centro cabecera.

Dispersión geográfica G2

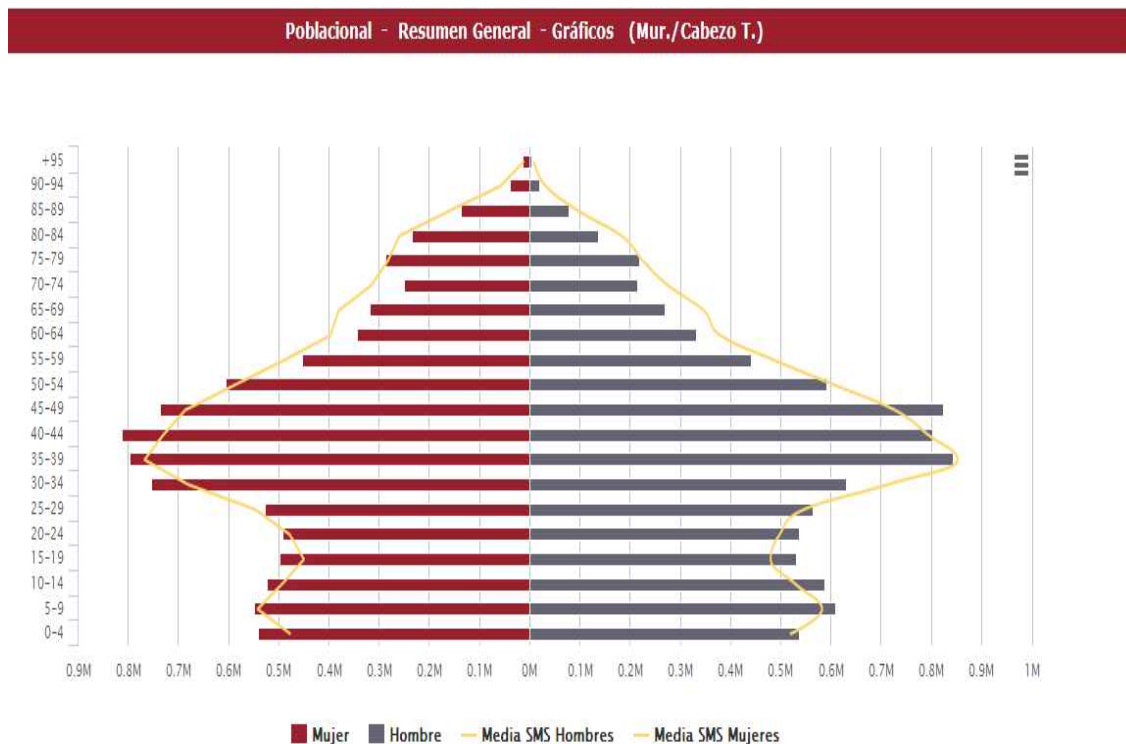
Tabla nº10. Distribución de tarjetas sanitarias por enfermera en Cabezo de Torres

Centro	Adulto / Enfermera	> 65 años/ Enfermera	Pediatría	<2 años/ Enfermera
<b>Cabezo Torres</b>	1.447	228	2156	431
<b>Churra</b>	2.547	290	968	186

Calidad de los cuidados:

Mejora de la calidad en los planes de cuidados enfermeros en el Área de salud VI de la Región de Murcia

Gráfica nº10. Pirámide de población de la Zona Básica de Salud de Cabezo de Torres comparada con el Servicio Murciano de Salud.



© 2014 Servicio Murciano de Salud (SMS)

**Descripción de la Zona Básica de Salud de Murcia Centro**

Se trata de una Zona de Salud urbana que atiende a 17.911 habitantes.

Población más envejecida que la pirámide del Servicio Murciano de Salud.

Dispersión geográfica G2

Tabla nº 11. Distribución de tarjetas sanitarias por enfermera en Murcia Centro

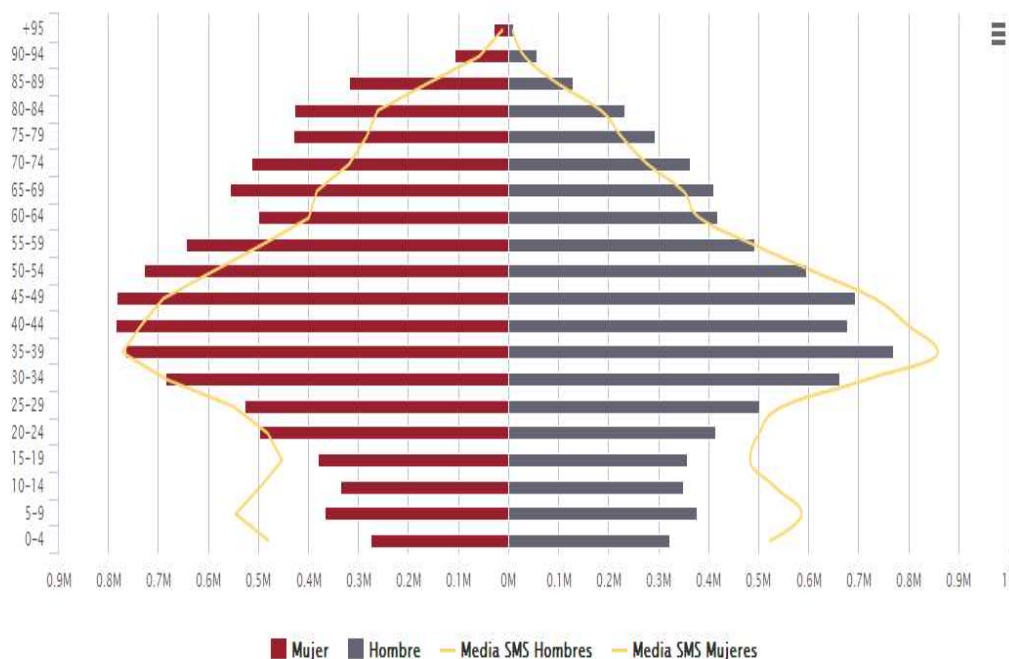
Centro	Adulto / Enfermera	> 65 años / Enfermera	Pediatría	<2 años / Enfermera
<b>Mu-Centro</b>	1.6231	391	1.935	361

Calidad de los cuidados:

Mejora de la calidad en los planes de cuidados enfermeros en el Área de salud VI de la Región de Murcia

Gráfica nº11. Pirámide de población de la Zona Básica de Salud de Murcia Centro comparada con el Servicio Murciano de Salud.

Poblacional - Resumen General - Gráficos (Mur./Centro)



© 2014 Servicio Murciano de Salud (SMS)

**Descripción de la Zona Básica de Salud de Murcia / El Ranero**

Se trata de una Zona de Salud urbana, tiene un solo punto asistencial y atiende a 10.856 personas.

Dispersión geográfica G2

Tabla nº12. Distribución de tarjetas sanitarias por enfermera en El Ranero:

Centro	Adulto / Enfermera	> 65 años/ Enfermera	Pediatría	<2 años/ Enfermera
<b>El Ranero</b>	1.707	270	2.322	499

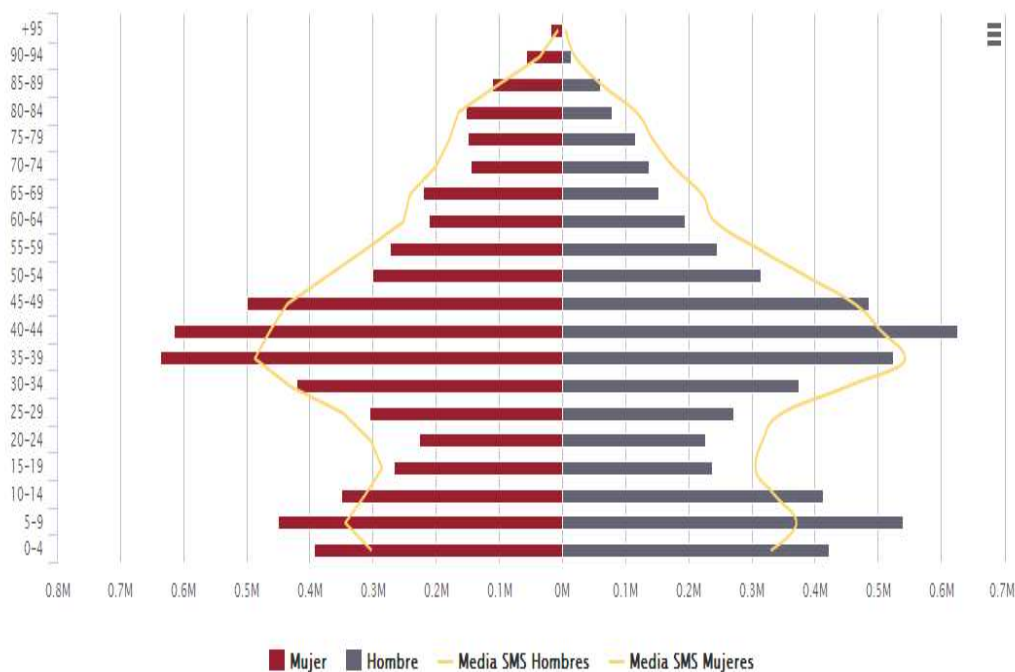


### Calidad de los cuidados:

Mejora de la calidad en los planes de cuidados enfermeros en el Área de salud VI de la Región de Murcia

Gráficano<sup>0</sup>12. Pirámide de población de la Zona Básica de Salud de El Ranero comparada con el Servicio Murciano de Salud.

#### Poblacional - Resumen General - Gráficos (Mur./El Ranero)



© 2014 Servicio Murciano de Salud (SMS)

### **Descripción de la Zona Básica de Salud de Murcia / Santa María de Gracia**

Se trata de una Zona de Salud urbana, tiene un solo punto asistencial y atiende a 15.779 personas.

Población más envejecida que la pirámide del Servicio Murciano de Salud, aumenta significativamente el número de mujeres a partir de los 50 años y de hombres a partir de los 55.

Dispersión geográfica G2

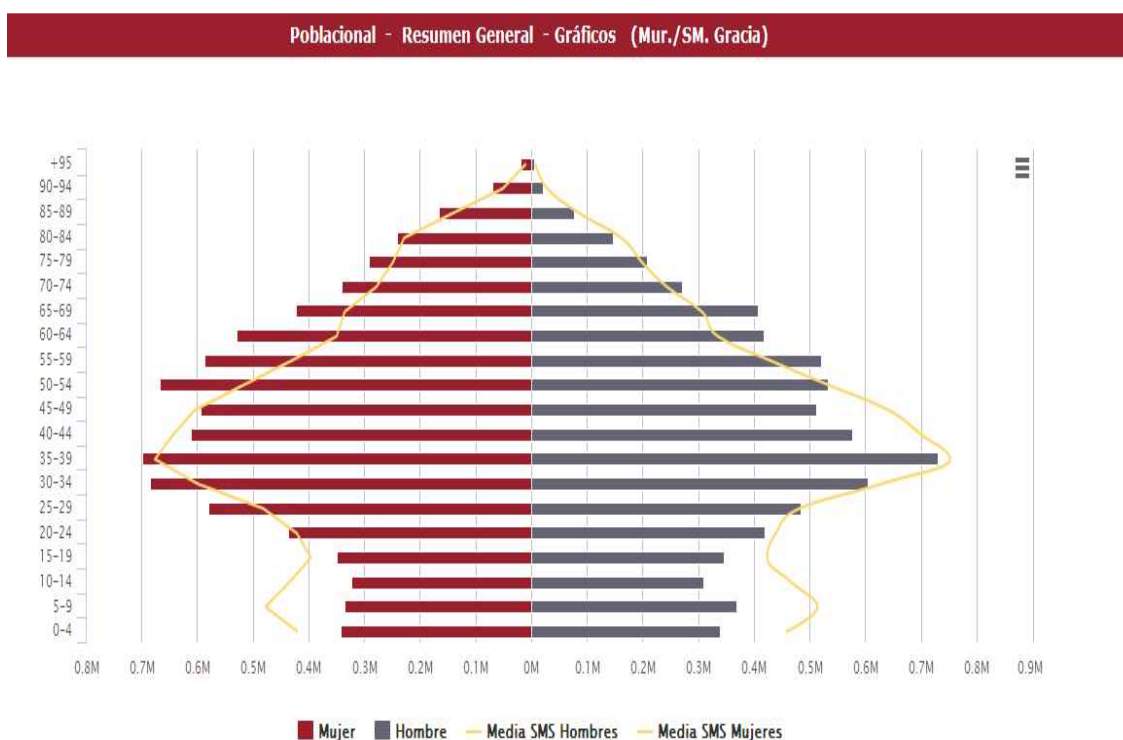
Calidad de los cuidados:

Mejora de la calidad en los planes de cuidados enfermeros en el Área de salud VI de la Región de Murcia

Tabla nº 13. Distribución de tarjetas sanitarias por enfermera en Stª Mª de Gracia

Centro	Adulto/ Enfermera	> 65 años / Enfermera	Pediatría	< 2 años/ Enfermera
<b>StªMª Gracia</b>	1.785	334	1.838	396

Gráfica nº13. Pirámide de población de la Zona Básica de Salud de Santa María de Gracia comparada con el Servicio Murciano de Salud.



© 2014 Servicio Murciano de Salud (SMS)

**Descripción de la Zona Básica de Salud de Murcia / Vistalegre**

Se trata de una Zona de Salud urbana tiene un solo punto asistencial y atiende a 27.445 personas.

Dispersión geográfica G2

Calidad de los cuidados:

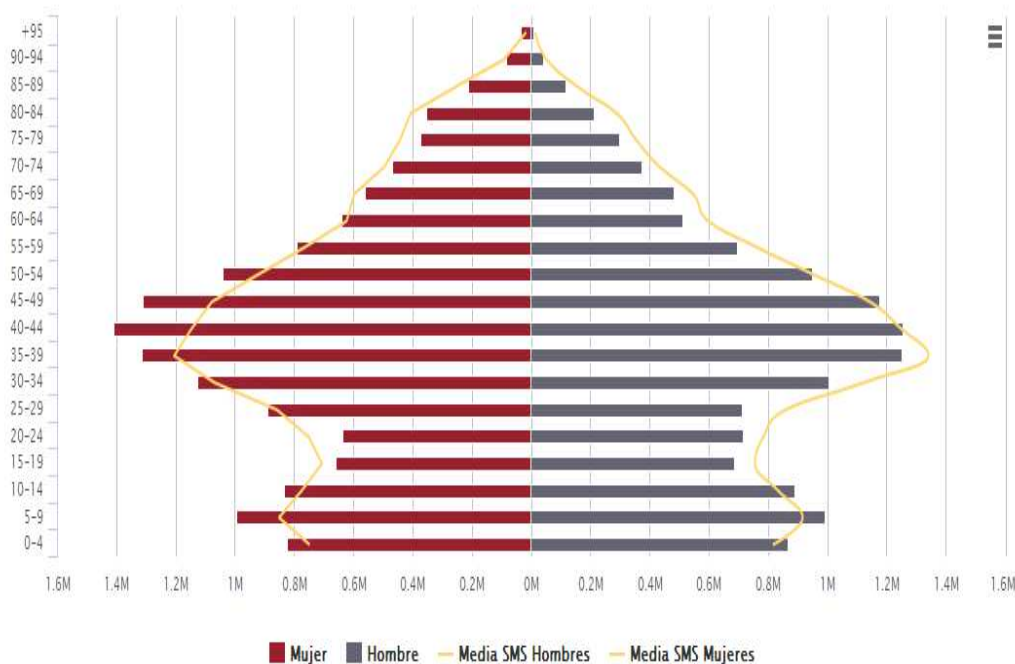
Mejora de la calidad en los planes de cuidados enfermeros en el Área de salud VI de la Región de Murcia

Tabla nº14. Distribución de tarjetas sanitarias por enfermera en Vistalegre:

Centro	Adulto/ Enfermera	> 65 años / Enfermera	Pediatría	< 2 años/ Enfermera
<b>Vistalegre</b>	2.243	354	2.509	519

Gráfica nº14. Pirámide de población de la Zona Básica de Salud de Vistalegre comparada con el Servicio Murciano de Salud.

Poblacional - Resumen General - Gráficos (Mur./Vista Alegre)



© 2014 Servicio Murciano de Salud (SMS)

**Descripción de la Zona Básica de Salud de Murcia / Zarandona**

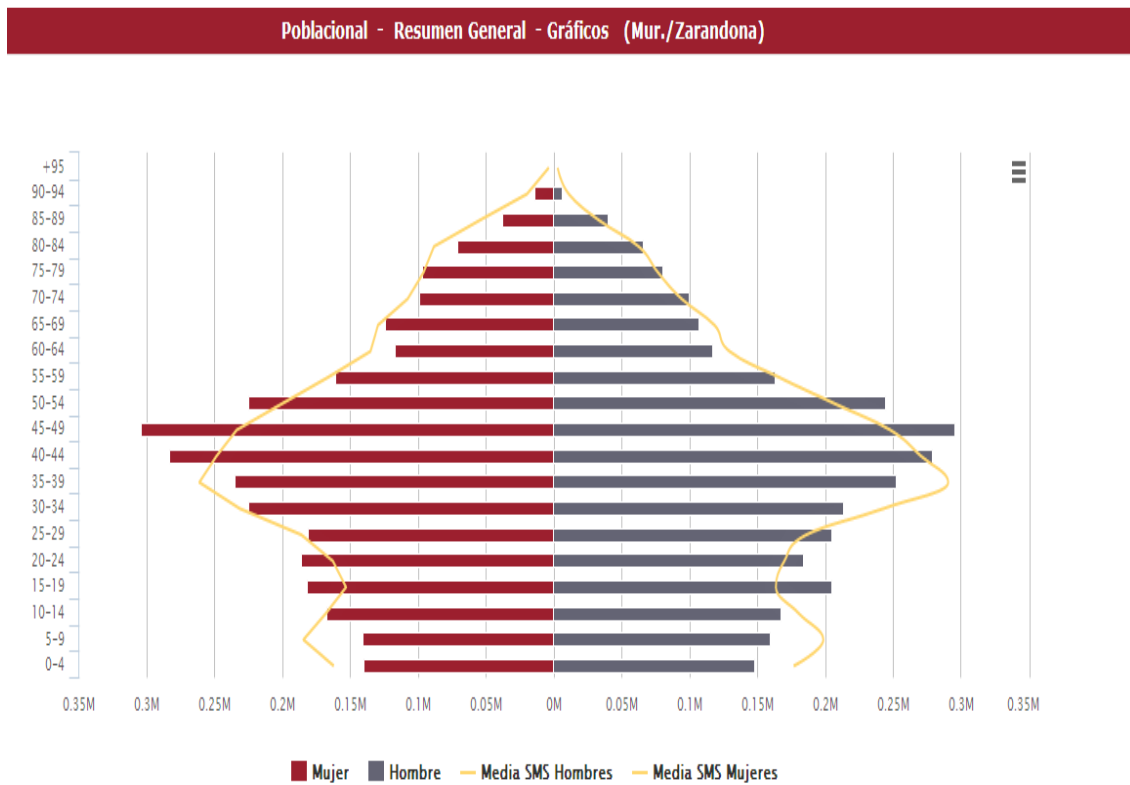
Se trata de una Zona de Salud urbana, tiene un solo punto asistencial y atiende a 5.967 personas.

Dispersión geográfica G2

Tabla nº15. Distribución de tarjetas sanitarias por enfermera en Zarandona:

Centro	Adulto/ Enfermera	> 65 años / Enfermera	Pediatría	< 2 años/ Enfermera
Zarandona	1.696	281	879	169

Gráfico nº15. Pirámide de población de la Zona Básica de Salud de Zarandona comparada con el Servicio Murciano de Salud



### **Descripción de la Zona Básica de Salud de Torres de Cotillas**

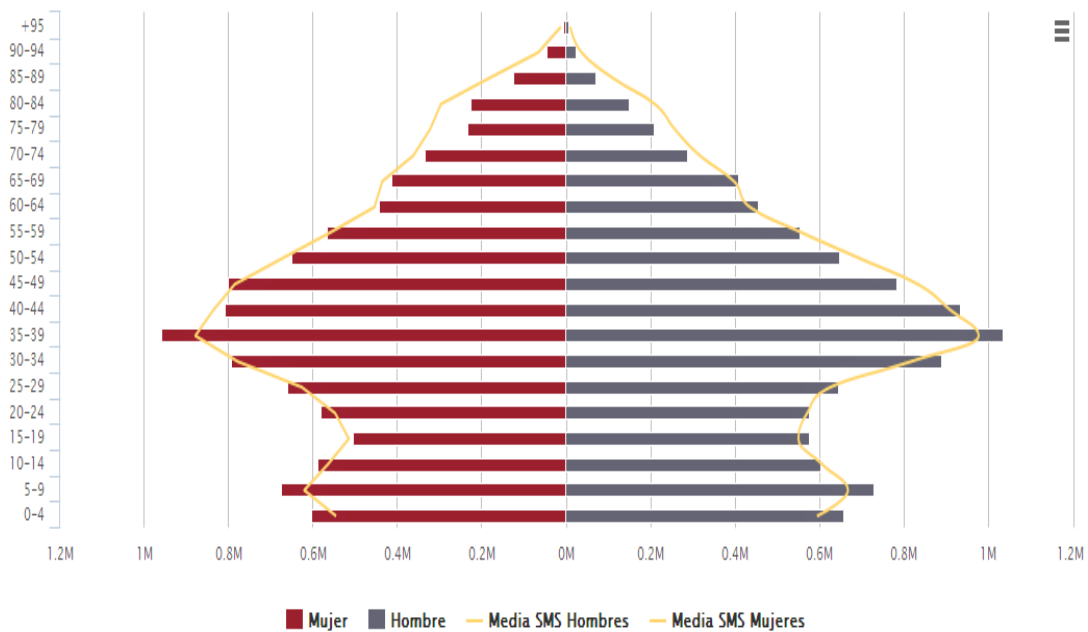
En el centro cabecera de Alguazas se atiende a toda la población del casco urbano 18.659. Tiene un consultorio periférico Los Pulpites, situado a 1,4 km del centro cabecera. Dispersión geográfica G2

Tabla nº 16. Distribución de tarjetas sanitarias por enfermera

Centro	Adulto/ Enfermera	> 65 años / Enfermera	Pediatría	< 2 años/ Enfermera
<b>T.Cotillas</b>	1.880	282	3.626	376
<b>Los Pulpites</b>	1.491	200		

Gráfica nº16. Pirámide de población de la Zona Básica de Salud de las Torres de Cotillas comparada con el Servicio Murciano de Salud.

Poblacional - Resumen General - Gráficos (Las T.Cotillas)



Una vez vista la diversidad demográfica del Área VI, Vega Media del Segura, pasamos a describir la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS), que regula en la actualidad las profesiones sanitarias y su ejercicio profesional.

## **6. Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias**

Aunque a mediados del siglo XIX ya comienza la regulación de las profesiones sanitarias y su ejercicio profesional, es en el título preliminar de la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias donde se determina claramente que son profesiones sanitarias: aquellas cuya formación pregraduada, o especializada de postgrado, se dirige específica y fundamentalmente a dotar a los interesados de los conocimientos y de las técnicas y prácticas propias de la atención de salud. Según la L.O.P.S se estipulan como profesiones sanitarias la medicina, farmacia, odontología, veterinaria, enfermería, podología, óptica, optometría, y logopedia (Ley 44/2003). La Ley, en su Artículo 4 postula los siguientes principios generales:

1. De acuerdo con lo establecido en los artículos 35 y 36 de la Constitución, reconoce el derecho al libre ejercicio de las profesiones sanitarias, con los requisitos previstos en esta ley y en las normas legales aplicables.

2. El ejercicio de una profesión sanitaria, por cuenta propia o ajena, requerirá la posesión del correspondiente título oficial que habilite expresamente para ello o, en su caso, de la certificación prevista en el artículo 2.4, de la presente ley, y se atenderá, en su caso, a lo previsto en ésta, en otras leyes aplicables y en las normas reguladoras de los colegios profesionales.

3. Los profesionales sanitarios desarrollan, entre otras, funciones en los ámbitos asistencial, investigador, docente, de gestión clínica, de prevención y de información y educación sanitarias.

4. Corresponde a todas las profesiones sanitarias participar activamente en proyectos que puedan beneficiar la salud y el bienestar de las personas en situaciones de salud y enfermedad, especialmente en el campo de la prevención de enfermedades, de la educación sanitaria, de la investigación y del intercambio de información con otros profesionales y con las autoridades sanitarias, para mejor garantía de dichas finalidades.

5. Los profesionales tendrán como guía de su actuación el servicio a la sociedad, el interés por la salud del ciudadano a quien se le presta el servicio, el cumplimiento riguroso de las obligaciones deontológicas, determinadas por las propias profesiones conforme a la legislación vigente, y de los criterios de una práctica normalizada, basada en guías y protocolos, o, en su caso, los usos generales propios de su profesión.

6. Los profesionales sanitarios realizarán a lo largo de su vida profesional una formación continuada, y acreditarán regularmente su competencia profesional.

7. El ejercicio de las profesiones sanitarias se llevará a cabo con plena autonomía técnica y científica, sin más limitaciones que las establecidas en esta ley y por los demás principios y valores contenidos en el ordenamiento jurídico y deontológico, y de acuerdo con los siguientes principios:

a) Existirá formalización escrita de su trabajo reflejada en una historia clínica que deberá ser común para cada centro y única para cada persona atendida en él. La historia clínica tenderá a ser soportada en medios electrónicos y a ser compartida entre profesionales, centros y niveles asistenciales.

b) Se tenderá a la unificación de los criterios de actuación, que estarán basados en la evidencia científica y en los medios disponibles y soportados en guías y protocolos de práctica clínica y asistencial. Los protocolos deberán ser utilizados de forma orientativa, como guía de decisión para todos los profesionales de un equipo, y serán regularmente actualizados con la participación de aquellos que los deben aplicar.

c) La eficacia organizativa de los servicios, secciones y equipos, o unidades asistenciales equivalentes sea cual sea su denominación,

requerirá la existencia escrita de normas de funcionamiento interno y la definición de objetivos y funciones tanto generales como específicas para cada miembro del mismo, así como la cumplimentación por parte de los profesionales de la documentación asistencial, informativa o estadística que determine el centro.

d) La continuidad asistencial de las personas, tanto de aquellos que sean atendidos por distintos profesionales y especialistas dentro del mismo centro como de quienes lo sean en diferentes niveles, requerirá en cada ámbito asistencial la existencia de procedimientos, protocolos de elaboración conjunta e indicadores para asegurar esta finalidad.

e) La progresiva consideración de la interdisciplinariedad y multidisciplinariedad de los equipos profesionales en la atención sanitaria.

En el Artículo 7 de esta Ley se dice que *“Corresponde, en general, a los Diplomados sanitarios, dentro del ámbito de actuación para que les faculta su correspondiente título, la prestación personal de los cuidados o los servicios propios de su competencia profesional en las distintas fases del proceso de atención de salud, sin menoscabo de la competencia, responsabilidad y autonomía propias de los distintos profesionales que intervienen en tal proceso.”* Y en su apartado 2: *“Sin perjuicio de las funciones que, de acuerdo con su titulación y competencia específica corresponda desarrollar a cada profesional sanitario, ni de las que puedan desarrollar otros profesionales, son funciones de cada una de las profesiones sanitarias de nivel Diplomado las siguientes:*

*a) Enfermeros: corresponde a los Diplomados Universitarios en Enfermería la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de*



*Enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades (Ley 44/2003, 2003).*

### **7. Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente<sup>3</sup>.**

Esta Ley pone de manifiesto (Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, 2002) la importancia que tienen los derechos de los pacientes como eje básico de las relaciones clínico-asistenciales. Se pueden buscar sus orígenes en la Declaración Universal de los derechos humanos, del año 1948 (Naciones Unidas, 1948) y en el Convenio del Consejo de Europa para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano respecto de las aplicaciones de la biología y la medicina (Convenio sobre los derechos del hombre y la biomedicina), suscrito el día 4 de abril de 1997, el cual ha entrado en vigor en el Reino de España el 1 de enero de 2000. Establece un marco común para la protección de los derechos humanos y la dignidad humana en la aplicación de la biología y la medicina, tiene carácter jurídico y es vinculante y reconoce los derechos de los pacientes, entre los cuales resaltan el derecho a la información, el consentimiento informado y la intimidad de la información relativa a la salud de las personas. En España, los registros enfermeros son reconocidos como parte integrante de la historia clínica por la ley 41/2002 de 14 de noviembre, reguladora de los derechos y obligaciones en materia de información al paciente y documentación clínica que incluye la valoración enfermera en el aspecto de contenido mínimo, con tres apartados específicos sobre la evolución, planificación y ejecución de los cuidados de enfermería.

---

<sup>3</sup> A lo largo del texto se ha evitado en lo posible el uso del término “*paciente*” por su connotación de sujeto pasivo, ya que en Atención Primaria se hace imprescindible que las personas asuman el protagonismo en su autocuidado.

Calidad de los cuidados:

Mejora de la calidad en los planes de cuidados enfermeros en el Área de salud VI de la Región de Murcia

## **CAPÍTULO 3. CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD**

### 1. Definición de Calidad

### 2. Ciclo de Mejora de la Calidad

2.1. Identificación y priorización de la oportunidad de mejora

2.2. Análisis del problema de calidad.

2.3. Criterios para evaluar la calidad.

2.4. Estudio del nivel de calidad.

2.5. Análisis de los datos de evaluación

2.6. Diseño de intervenciones para mejorar

2.7. Implementación de la intervención diseñada.

2.8. Revaluación y documentación de la mejora conseguida.

### 3. Monitorización de la Calidad

### 4. Diseño de Calidad

Calidad de los cuidados:

Mejora de la calidad en los planes de cuidados enfermeros en el Área de salud VI de la Región de Murcia

La calidad tiene muchos significados dependiendo del contexto al que nos estemos refiriendo, así podemos estar hablando de calidad de vida, calidad del producto, y en el caso que nos ocupa, en el contexto de los servicios de salud, la calidad de los cuidados enfermeros.

Diversos autores (Davins i Miralles, 1995; Donabedian, 1990; Gascons, 1995; Saturno-Hernández, 1995) definen los años 90 como la década de la búsqueda de la calidad asistencial en los servicios de salud, convirtiéndose esta en un elemento básico del funcionamiento rutinario de cualquier institución a todos los niveles del sistema.

En nuestro entorno más cercano tenemos un buen ejemplo de ello en el programa EMCA y el programa Ibérico (Saturno-Hernández, 1990) de evaluación y puesta en marcha de actividades de evaluación y mejora continuada de la calidad asistencial sanitaria.

## **1. Definición de Calidad**

Definiciones de calidad hay tantas, como autores escriben sobre el tema. Pero, ¿Qué se entiende por calidad? Entre las muchas definiciones revisadas destacamos:

- Donabedian (Donabedian, 1980): “Calidad asistencial es el modelo de asistencia esperado para maximizar el nivel de bienestar del paciente, una vez tenido en cuenta el balance de beneficios y pérdidas esperadas en todas las fases del proceso asistencial”.
- Palmer (Palmer, 1989): “La provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario”.
- OMS (OMS, 2000): “Calidad asistencial es el nivel de realización de objetivos intrínsecos para mejorar la salud por los

sistemas sanitarios y de receptividad a las expectativas legítimas de la población”.

Según la definición que adoptemos de calidad de la atención sanitaria, existen una serie variables, de dimensiones o atributos de la calidad (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005). Las dimensiones más frecuentemente citadas, incluyen la efectividad, la eficiencia, el acceso, la competencia técnica, la equidad, la adecuación, la disponibilidad, la seguridad, el respeto, la oportunidad, la experiencia asistencial al paciente, la elección/disponibilidad de información, la continuidad asistencial, la prevención/detección temprana y evaluación.

La efectividad y la eficiencia son sin duda las dos dimensiones que aparecen presentes en todas las definiciones:

- *Efectividad* se refiere al alcance por el que la intervención en cuestión produce los efectos deseados para mejorar la salud en aquellos que son tratados (Saturno y Gascón, 1997).
- *Eficiencia* se define en términos de relación entre coste y resultado (Maxwell, 1992)

La elección de las dimensiones para medir la calidad asistencial es muy importante ya que influenciarán las políticas sanitarias adoptadas. Según *Shaw y Kalo* (Shaw y Kalo, 2002) el reto al que se enfrenta cada país, al planificar sus políticas sanitarias, es reconocer estas expectativas y conciliarlas en un Sistema Sanitario receptivo y equilibrado.

### **¿Y cómo se valora la calidad?**

Donabedian propone valorar la calidad asistencial evaluando la estructura, el proceso y el resultado, afirmando que “una buena estructura aumenta la probabilidad de un buen proceso, y un buen proceso aumenta la probabilidad de un buen resultado” (Donabedian, 1988). Este enfoque es uno

#### Calidad de los cuidados:

Mejora de la calidad en los planes de cuidados enfermeros en el Área de salud VI de la Región de Murcia

de los más aceptados internacionalmente en materia de calidad asistencial de los servicios sanitarios, aunque últimamente la valoración de la calidad esta más enfocada hacia el desarrollo de medidas de proceso y resultado, ya que la estructura no está considerada como medida sólida de calidad asistencial (Meyer & Massagli, 2001). Aún existe un amplio debate sobre cómo medir mejor y perfeccionar la calidad de la prestación asistencial en términos de proceso y resultado (Suñol & Klazinga, 2004).

Tablan<sup>o</sup> 17. Dimensión de la calidad asistencial. Shaw y Kalo, 2002.

---

#### Dimensión de calidad asistencial

<b>Estructura (Inversión)</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Cómo se distribuyen los recursos en términos de tiempo, lugar y receptividad a las necesidades de las poblaciones (<i>acceso</i>).</li><li>• Ecuanimidad en compartir costes y beneficios (<i>equidad</i>).</li></ul>
<b>Proceso</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Cómo se aplican los recursos (<i>administración</i>).</li><li>• Uso de tiempo y recursos (<i>eficiencia</i>).</li><li>• Evitar el despilfarro (<i>economía</i>).</li><li>• Reducción del riesgo (<i>seguridad</i>).</li><li>• Práctica basada en la evidencia (<i>adecuación</i>).</li><li>• Atención centrada en el paciente (<i>continuidad</i>).</li><li>• Información al paciente/público (<i>elección, transparencia, responsabilidad</i>).</li></ul>
<b>Resultado</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Salud de la población (<i>mejora de la salud</i>).</li><li>• Resultado clínico (<i>efectividad</i>).</li><li>• Satisfacer expectativas del público y del personal (<i>coste-beneficio</i>).</li></ul>

---

Fuente: Shaw y Kalo, 2002.

En la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia se ha adoptado la definición que hace Palmer de calidad de los servicios sanitarios (Palmer, 1989).

Sus dimensiones son:

- **Calidad Científico-técnica o competencia profesional:** hace referencia a la capacidad que tiene el proveedor de abordar los problemas de salud.

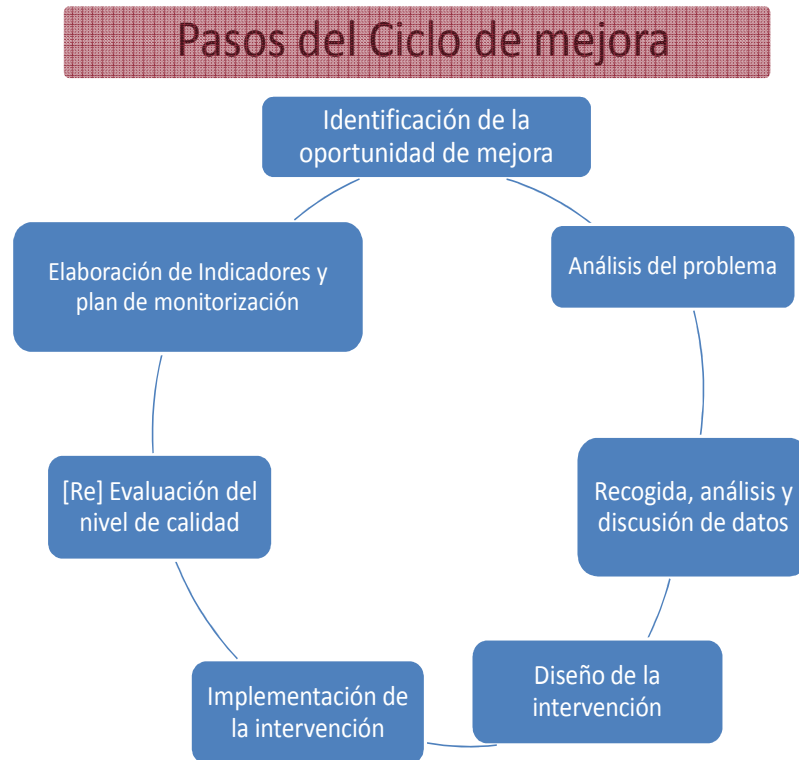
- Efectividad: medida en la que una determinada práctica o atención sanitaria mejora el estado de salud de la población que la recibe.
- Eficiencia: definida en términos de la relación coste-beneficio, y asumiendo que una mayor eficiencia proporciona una mayor calidad.
- Accesibilidad: la facilidad con la que el ciudadano puede obtener la atención sanitaria en relación con las “barreras” que supone la organización, la cultura o la economía, por citar algunas.
- La satisfacción: medida en que la atención sanitaria cumple con las expectativas del usuario.
- La adecuación: Es sinónimo de correcto, conveniente o necesario para el paciente.
- La continuidad: Que la atención se provea de forma ininterrumpida y coordinada entre proveedores e instituciones. Por ejemplo que no existan vacíos, dilataciones entre los cuidados que se le dan a un paciente en Atención Hospitalaria y los cuidados que se deben dispensar en Atención Primaria (Centros de Salud).

Sería más correcto hablar de gestión de la calidad o programa de gestión de la calidad que consta de tres aspectos fundamentales:

- Ciclo de Mejora de la calidad
- Monitorización de la calidad
- Diseño de calidad.



Figura 3. Ciclo de mejora de la calidad



Fuente: Saturno, 1993

## 2. Ciclo de Mejora de la Calidad (Círculo de Deming)

Deming fue el principal impulsor del ciclo de la mejora continua (Deming, 1989), por este motivo también se le conoce por su nombre. El Ciclo de Mejora comienza con la identificación de la oportunidad de mejora de algún aspecto de los servicios que se prestan. Se le puede considerar como *“el núcleo de toda iniciativa de calidad, permitiendo abordar actividades desde la más compleja a la más sencilla. Es la base de cualquier Sistema de Calidad.”*

El ciclo de mejora de la calidad no es una estructura rígida, se puede empezar, como en nuestro caso, mediante la evaluación y el análisis de la situación de partida.

2.1 Identificación y priorización de la oportunidad de mejora: o problema de calidad a solucionar. La identificación de la oportunidad de mejora o del problema, es tal vez la fase más importante de todo el proyecto, ya que va a condicionar el desarrollo metodológico de las siguientes etapas del ciclo. Los métodos más usados para hacerlo son la lluvia de ideas, la técnica del grupo nominal y las matrices de decisión.

En este caso se ha utilizado la técnica del grupo nominal, que será descrita en el apartado de metodología.

2.2 Análisis del problema de calidad. Se suelen utilizar diversos métodos como un histograma, un flujograma, por citar algunos ejemplos, pero sin duda es el diagrama de causa y efecto también conocido como diagrama de ISIKAWA (Ishikawa, 1994) o en espina de pescado el más utilizado.

2.3 Criterios para evaluar la calidad o Indicadores: deben identificarse criterios válidos y fiables para medir la calidad del servicio.

2.4 Estudio del nivel de calidad: en la realización de ciclos de mejora hay que detallar los componentes para el estudio del nivel de calidad.

2.5 Análisis de los datos de evaluación: Los datos recogidos en base al diseño que se ha realizado deben ser presentados y analizados de la forma más eficiente posible. El análisis gráfico más utilizado es el de Pareto.

2.6 Diseño de intervenciones para mejorar: la discusión de los datos de la evaluación puede sugerir por si sola qué hacer para mejorar, pero es conveniente conocer una serie de herramientas que pueden ser útiles para

tomar decisiones sobre diseño de planes de acción para la mejora. Se considera el paso más importante.

2.7 Implementación de la intervención diseñada: velar por la puesta en marcha del plan para mejorar

2.8 Revaluación y documentación de la mejora conseguida: este paso cierra el ciclo de mejora y puede servir de base para iniciar el siguiente. Tras la revaluación podemos decidir monitorizar, volver a analizar el problema en caso de obtener mejoría, etc.

### **3. Monitorización de la Calidad**

Se trata de una medición periódica, de aspectos relevantes relativos a la calidad de los procedimientos que se realizan. Es necesario para ello buscar indicadores **clave** que nos permitan saber si los procesos mantienen niveles aceptables de calidad o es necesario intervenir antes de lo previsto en el programa.

### **4. Diseño de Calidad.**

Los ciclos de mejora tratan de resolver problemas que ya existen, el diseño de la calidad trata de prevenir la aparición de problemas de calidad facilitando que las cosas tengan que hacerse siempre bien.

Consiste en diseñar sistemas y procesos de manera que la *calidad sea inevitable*, facilitar que las cosas tengan que hacerse siempre bien, de manera que el resultado sea el deseado. Este proceso parte de definir qué se quiere conseguir en un servicio, en términos de expectativas y necesidades a satisfacer y resultados a obtener.

Calidad de los cuidados:

Mejora de la calidad en los planes de cuidados enfermeros en el Área de salud VI de la Región de Murcia

## CAPITULO 4. JUSTIFICACIÓN

Este estudio es fruto de una parte del trabajo realizado en la Subdirección de Continuidad de Cuidados de la Dirección de Enfermería del Área VI Vega Media del Segura durante aproximadamente tres años, entre enero de 2012 y diciembre 2014.

Conocer la contribución de la disciplina enfermera en la mejora de la salud de las personas y en los cuidados, es fundamental para el desarrollo profesional, pero sobre todo para hacerla visible a nivel de la sociedad. No en vano el lema del Consejo Internacional de Enfermeras para este año 2015 es precisamente “Las enfermeras: una fuerza para el cambio: eficaces en cuidados, eficientes en costos.”(Consejo Internacional de Enfermeras, 2015). *“Con ello se pretende llamar la atención sobre el rol fundamental que juegan las enfermeras para mejorar la salud de la población a través de unos cuidados de calidad y contribuir al mismo tiempo a la sostenibilidad de los sistemas sanitarios”.*

La incorporación de los planes de cuidados en la consecución de objetivos dentro del Acuerdo de Gestión, ha contribuido a visibilizar los cuidados y ha permitido, e incluso obligado, a establecer una nueva línea de trabajo que da respuesta a un grupo de necesidades de los usuarios, ocultas o no consideradas como salud hasta este momento (Ferrer, 2005)

Investigar sobre cuidados es necesario y está justificado por numerosos autores. Comet-Cortés et al, publican los resultados de un estudio Delphi, según el cual, las cuatro líneas de investigación priorizadas fueron:

- a) la evaluación de la eficacia de las intervenciones enfermeras;
- b) la promoción de la salud: desarrollo de estrategias para implicar al usuario en sus cuidados;

c) cuidados basados en la evidencia: implantación y evaluación de resultados en la práctica clínica, y

d) medición de la calidad de los cuidados enfermeros (Comet-Cortés, Escobar-Aguilar, González-Gil, De Ormijana-Sáenz-Hernández, Rich Ruiz, y Vidal-Thomas, 2010). En otro estudio, también realizado mediante técnica Delphi (ASANEC, 2011) se identifican como Las principales líneas finalmente consensuadas y priorizadas en orden descendente son:

- a) Gestión de cuidados
- b) Calidad de vida
- c) Estilos de vida y educación para la salud en población infantil y Adolescente.
- d) Elaboración y validación de instrumentos de valoración enfermera seguridad del paciente y
- e) accesibilidad de cuidados y autocuidados.

Todos los sistemas sanitarios cuentan entre sus prioridades la de ofrecer servicios y cuidados de calidad, ya que uno de los pilares donde se sustenta el Estado del Bienestar, es el Sistema Nacional de Salud y este, a su vez, genera un gran valor social. En este sentido es necesario investigar sobre la gestión del cuidado enfermero en Atención Primaria y sus aportaciones. Los profesionales enfermeros que trabajan en este escenario asistencial suponen un recurso sanitario amplio, importante, próximo, que generan una alta confianza por parte del ciudadano (Sarabia y Alvarezude, 2009) por lo que es pertinente mantenerlo y mejorarlo.

La evolución de la Atención Primaria en nuestro país ha dado lugar a un proceso de configuración de las identidades socio-profesionales de la enfermera, que configuran a su vez, la organización del trabajo y por tanto de

la gestión del cuidado. Será necesario identificar las oportunidades, problemas y determinantes profesionales que ello supone.

La gestión del cuidado enfermero, en las últimas tres décadas, ha sufrido una importante metamorfosis, llegando a adquirir un elevado grado de complejidad. En la actualidad viene definido por la estandarización y sistematización de algunas actividades (planes de cuidados estandarizados, guías de práctica clínica, etc.), la evaluación del impacto de los cuidados, la implantación de prácticas basadas en la evidencia y el desarrollo de sistemas de información para la gestión de cuidados (clasificaciones de diagnósticos enfermeros, intervenciones y resultados) son fundamentales para el desarrollo profesional (Del Pino Casado y Martínez Riera, 2007)

Identificar las prioridades de la investigación enfermera es fundamental para el desarrollo profesional y aunque la Universidad es el ámbito reconocido de la investigación científica y desde ella se genera y se ha generado una gran parte de la producción científica enfermera, es necesario establecer una vinculación de la investigación con la mejora de la práctica enfermera, por lo que la implicación de la institución sanitaria en el desarrollo e implantación de los resultados de la investigación parece fundamental.

En 1987 el Fondo de Investigación Sanitaria, puso en marcha iniciativas para incorporar enfermeras al campo de la investigación, y se contempla por primera vez la investigación en cuidados y a las enfermeras como investigadores y no como personal de apoyo (REUNI, 1997). Ya en los años noventa algunos investigadores (Ricoy, 1997) reclaman la integración de la práctica clínica con la investigación, y lo define como un hecho deseado desde diversos ámbitos. Pero la formación académica de postgrado en aquellos años era algo tortuosa para las enfermeras, y la formación reglada en materia de metodología de la investigación. En la actualidad el Real Decreto 55/2005 de 21 de Enero, establece la nueva estructura de las enseñanzas universitarias y

se regulan los Estudios Oficiales de Grado y la expedición de títulos universitarios oficiales de Máster y Doctor mediante la Orden ECI/2514/2007, de 13 de agosto, por lo que es posible realizar los cursos de doctorado para obtener el Diploma de Estudios Avanzados que otorga la suficiencia investigadora. Es a partir de este momento cuando la decisión de lograr el doctorado se hace firme.

La situación laboral que en estos momentos ocupo, me permite la integración de la práctica clínica con la investigación, y todas estas son las razones que me han llevado a la ineludible tarea de hacer este trabajo y difundir los buenos resultados obtenidos.



## **Bloque II:**

# **OBJETIVOS E HIPÓTESIS**

Calidad de los cuidados:

Mejora de la calidad en los planes de cuidados enfermeros en el Área de salud VI de la Región de Murcia

## **BLOQUE II. OBJETIVOS E HIPÓTESIS**

### **CAPITULO 1. OBJETIVOS**

- 1. Objetivo general**
- 2. Objetivo específico**

### **CAPITULO 2. HIPÓTESIS**

Calidad de los cuidados:

Mejora de la calidad en los planes de cuidados enfermeros en el Área de salud VI de la Región de Murcia

## **CAPÍTULO 1. OBJETIVOS**

### **1.1. Objetivo General**

El objetivo del presente estudio es conocer, analizar y mejorar el nivel de cumplimiento de los cinco criterios de calidad, sobre cuidados enfermeros, contenidos en el Acuerdo de Gestión de Atención Primaria del Área de Salud VI de la Región de Murcia. Mediante la realización de dos ciclos completos de mejora de la calidad asistencial.

### **1.2. Objetivos Específicos**

- Conocer la situación de partida en cuanto a la realización de planes de cuidados en cada Equipo de Atención Primaria y analizar los resultados obtenidos con los responsables de los Equipos.
- Identificar los espacios de mejora y sus causas en cuanto al cumplimiento de los indicadores, en cada uno de los Equipos de Atención Primaria del Área VI.
- Conocer la realización de planes de cuidados a nivel de cada profesional y analizar los resultados obtenidos con cada uno de ellos.
- Diseñar e implementar una primera estrategia de mejora.
- Reevaluar el grado de implantación de los planes de cuidados a los nueve meses de la introducción de las medidas correctoras en todas las Zonas Básicas de Salud del Área.
- Analizar la nueva situación en base a los resultados obtenidos, para diseñar e implementar una segunda estrategia de mejora, y reevaluarla a los doce meses.
- Completar dos ciclos de mejora de la calidad.
- Instaurar el trabajo con planes de cuidados.
- Disminuir la variabilidad en la práctica clínica.

Calidad de los cuidados:

Mejora de la calidad en los planes de cuidados enfermeros en el Área de salud VI de la Región de Murcia

## **CAPÍTULO 2. HIPÓTESIS**

La hipótesis de trabajo manejada, es que las intervenciones de mejora diseñadas por los propios profesionales, en el contexto de los ciclos de mejora de la calidad asistencial aplicados a los planes de cuidados, van a mejorar los cuidados y la calidad de la atención sanitaria prestada a los ciudadanos del Área VI, tal y como demuestran numerosos estudios (Dirección General de Planificación, Ordenación Sanitaria de la Región de Murcia, 2010; Saturno, 2010)

Calidad de los cuidados:

Mejora de la calidad en los planes de cuidados enfermeros en el Área de salud VI de la Región de Murcia



## **Bloque III:**

# **MARCO METODOLÓGICO**

Calidad de los cuidados:

Mejora de la calidad en los planes de cuidados enfermeros en el Área de salud VI de la Región de Murcia

## **BLOQUE III: MARCO METODOLÓGICO.**

### **CAPÍTULO 1. MATERIAL Y MÉTODOS**

1. Diseño del Estudio
2. Ámbito y Periodo de Estudio
3. Sujetos del Estudio
4. Criterios
5. Procedimiento de Recogida de Datos.
6. Identificación de la Oportunidad de Mejora.
  - 6.1.El Grupo Nominal
  - 6.2. Diagrama Causa-Efecto ó Ishikawa
7. Diseño de las Intervenciones.
8. Expresión de los Resultados y Representación Gráfica
- 9. Cuestiones Éticas.**

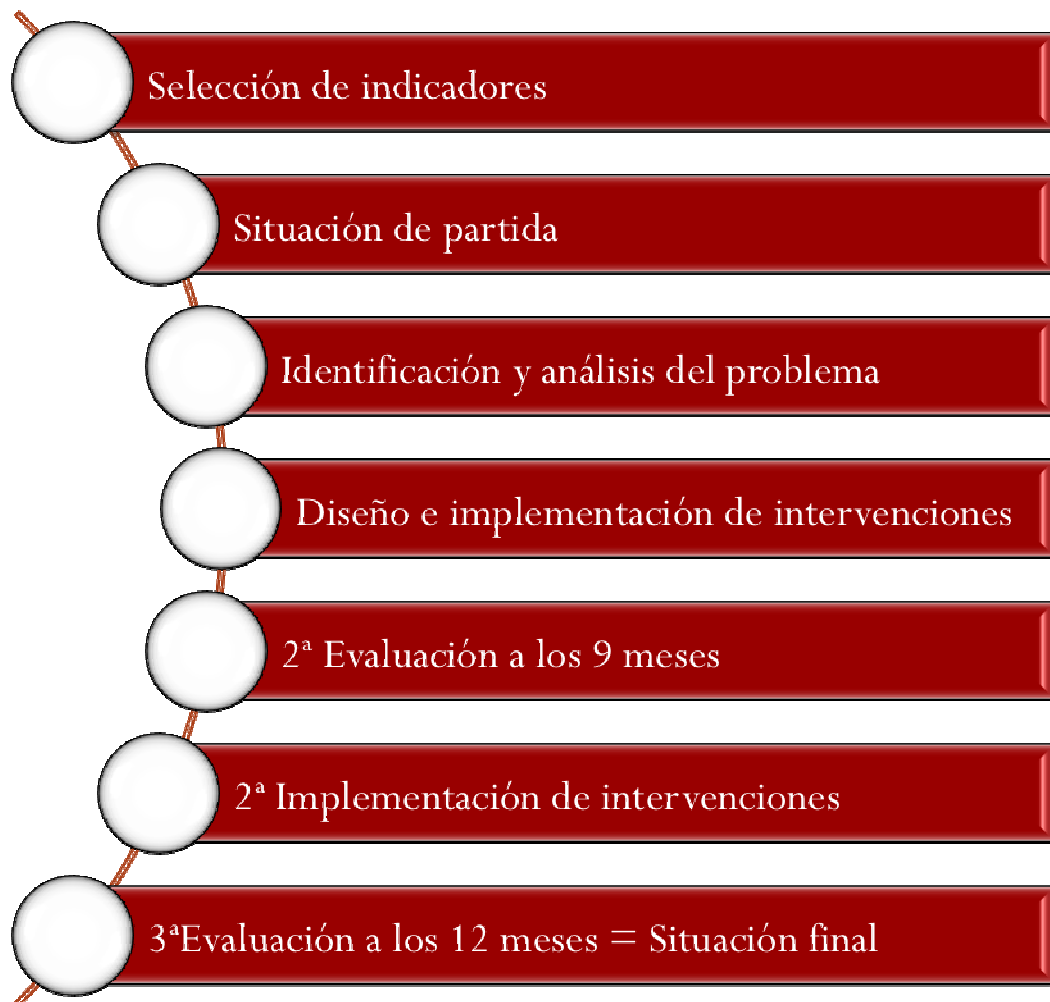
Calidad de los cuidados:

Mejora de la calidad en los planes de cuidados enfermeros en el Área de salud VI de la Región de Murcia

## **1. Diseño del Estudio**

Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo de mejora de la calidad con abordaje cualitativo y cuantitativo y medición antes-después, mediante la realización de dos ciclos completos de mejora de la calidad asistencial (Sanz Cuesta, Vitores Picon, Herrero Yuste, 2004). La dimensión estudiada es la calidad científico-técnica de los cuidados enfermeros, a través de la evaluación de los criterios seleccionados, que se corresponden con los contenidos en el Acuerdo de Gestión del Área VI (Gerencia Área VI, 2013)(Véase Tabla 18, página 116). Las variables consideradas son de estructura y las unidades de estudio son los proveedores de los servicios, esto es, las enfermeras que desarrollan su labor asistencial en el ámbito de la Atención Primaria del Área de Salud VI, Vega Media del Segura de la Región de Murcia. La metodología utilizada para identificar las posibles causas de las oportunidades de mejora, deficiencias o problemas ha sido “la técnica del grupo nominal” (Consejería de Sanidad, 2003) y para el análisis de las mismas se ha elaborado una matriz decisional y un diagrama de causa-efecto también llamado de Ishikawa (Ishikawa, 1994).

**Figura 4. Esquema del Estudio**



## **2. Ámbito y periodo del Estudio**

El lugar donde se realiza el presente estudio, corresponde al Área de Salud VI, Vega Media del Segura de la Región de Murcia. Consta de 15 Zonas Básicas de Salud y cuyo Hospital de referencia es el Hospital Universitario José María Morales Meseguer. Los puntos asistenciales están constituidos por quince Equipos de Atención Primaria y veintitrés consultorios periféricos, con una dispersión geográfica denominada G-3. La dispersión geográfica es una ecuación matemática que relaciona el número de habitantes y la distancia en

kilómetros hasta el centro cabecera, en una escala que va de G1, la menor dispersión posible a G4, la mayor dispersión posible.

La recogida de datos se ha llevado a cabo en tres momentos o fases de evaluación, y según los datos de la Dirección General de Régimen Económico y Prestaciones la base poblacional del Área VI durante el periodo de estudio ha sido la siguiente:

- Primera evaluación a 31 de marzo 2013 la población era de 240.428 personas
- Segunda evaluación a 31 de diciembre 2013, la población era de 241.786 y para la
- Tercera evaluación a 31 de diciembre de 2014 la población era de 242.824 personas.

### **3. Sujetos del Estudio**

Las unidades de estudio son los proveedores de los servicios evaluados: las enfermeras de las quince Zonas Básicas de Salud que componen el Área de Salud VI de Murcia.

A fecha 31 de marzo de 2013 el total de la plantilla está compuesta por 142 enfermeras, se han excluido en total a diez: seis de ellas prestan atención solo de urgencias en los dos puntos de atención continuada del Área, dos asignadas al equipo de cuidados paliativos domiciliarios (ESAD) las otras dos están asignadas a unidades de ginecología, por lo que la muestra final está compuesta por 132 enfermeras, de la cuales 93 (el 70,45%) son mujeres y 39 (el 29,55%) hombres y la edad media es de 56 años (+/- 8,3 con una confianza del 95%).

Se evalúa la actividad de todos los profesionales, con respecto a los cinco criterios de calidad de los cuidados enfermeros:

- Planes de cuidados a personas con diabetes mellitus
- Planes de cuidados a personas con hipertensión arterial
- Planes de cuidados a niños entre 0 y 6 años
- Planes de cuidados a personas inmovilizadas
- Continuidad de cuidados entre escenarios asistenciales, contenidos en el Acuerdo de Gestión

La población diana está constituida por todas las personas en las que en su historia clínica informatizada, contenida en la aplicación informática OMI-AP, consta un diagnóstico de diabetes mellitus, hipertensión arterial o están identificadas como persona en situación de inmovilizado; todos los niños con edad comprendida entre 0 y 6 años del Área de Salud, y todos los pacientes del Área VI que han sido dados de alta del hospital y que tienen un informe de cuidados de enfermería.

#### **4. Criterios**

Los criterios son normativos y explícitos, en la Tabla 18 se detalla el tipo de indicador, el numerador y el denominador que lo compone y el estándar/meta/objetivo de cumplimiento planteado en el Acuerdo de Gestión del Área VI (Anexo I). Estos criterios, evalúan la calidad los cuidados enfermeros en diferentes aspectos de la atención sanitaria:

- Los tres primeros hacen referencia a personas con problemas de salud crónicos:
  - Diabetes mellitus,
  - Hipertensión arterial
  - Las personas inmovilizados en su domicilio
- El cuarto a los planes de cuidados a niños de 0 a 6 años, que se realizan en el contexto del Programa de Atención al Niño Sano y Adolescente (PANA) (Consejería de Sanidad. Dirección General de



Salud Pública, 2007). Este es un programa basado fundamentalmente en actividades de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad.

▪ El quinto criterio hace referencia a la continuidad de cuidados entre los diferentes escenarios asistenciales:

- Atención Primaria
- Atención Hospitalaria

Conscientes de que estos cinco criterios representan elementos fundamentales para mejorar el estado de salud de las personas a las que prestamos cuidados enfermeros.

Calidad de los cuidados:  
Mejora de la calidad en los planes de cuidados enfermeros en el Área de salud VI de la Región de Murcia

**Tabla nº18. Criterios evaluados**

<u>C1-PLAN DE CUIDADOS A PERSONAS CON DIABETES</u>	
Tipo	Proporción simple
Integrantes	Numerador: número de diabéticos con algún plan de cuidados Denominador: total de diabéticos registrados en OMI
Estándar /Meta	15%
<u>C2-PLAN DE CUIDADOS A PERSONAS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL</u>	
Tipo	Proporción simple
Integrantes	Numerador: número de hipertensos con algún plan de cuidados Denominador: total de hipertensos registrados en OMI
Estándar/Meta	10%
<u>C3-PLAN DE CUIDADOS A PERSONAS INMOVILIZADOS</u>	
Tipo	Proporción simple
Integrantes	Numerador: número de inmovilizados con algún plan de cuidados Denominador: total personas inmovilizadas registrados en OMI
Estándar/Meta	30%
<u>C4-PLAN DE CUIDADOS A NIÑOS CON EDADES ENTRE 0-6 AÑOS</u>	
Tipo	Proporción simple
Integrantes	Numerador: número de niños entre 0-6 años de vida con algún plan de cuidados Denominador: total de niños de 0-6 años registrados en OMI
Estándar/Meta	15%
<u>C5-RECEPCIÓN DEL INFORME DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN EL EAP</u>	
Tipo	Proporción simple
Integrantes	Numerador: número de informes de continuidad abiertos en OMI Denominador: número de informes remitidos desde el hospital
Estándar/Meta	20%

Se consideró como estándar/meta de consecución de los criterios (Véase Tabla 18), los objetivos de cumplimiento propuestos en el Acuerdo de Gestión y en base a ellos se calcularon los espacios de mejora en las tres evaluaciones.

## **5. Procedimiento de recogida de datos**

Para la recogida de datos se ha utilizado como fuente la historia clínica de los pacientes, contenida en la aplicación informática OMI-AP. En las dos primeras evaluaciones, los datos han sido recogidos desde la Dirección General de Asistencia Sanitaria, desde allí remitidos a cada una de las nueve Gerencias de Área del Servicio Murciano de Salud y de aquí a las Direcciones y Subdirecciones de Enfermería de Continuidad de Cuidados correspondientes.

En la tercera evaluación los datos han sido obtenidos directamente desde la Subdirección de Enfermería de Continuidad de Cuidados del Área VI, a través del Portal de Inteligencia de Negocio (PIN), que entró en vigor durante la realización del presente estudio, en Septiembre de 2014. El Servicio Murciano de Salud a través de la Subdirección General de Tecnologías de la Información, ha desarrollado el Portal de Inteligencia de Negocio con el objetivo de dotar al Servicio Murciano de Salud de una herramienta para la publicación de cuadros de mando e informes que permitan mejorar la toma de decisiones y facilitar la evaluación del desempeño en los diversos ámbitos y niveles de la organización. Está basado en un modelo de información global que se alimenta desde todos los sistemas operacionales del Servicio Murciano de Salud y tiene un catálogo de indicadores con contenido y definiciones para todas las áreas de gestión del SMS, que están recogidas y publicadas en el Diccionario Corporativo. Actualmente se dispone de informes con el nivel de cumplimiento de todos los criterios contenidos en el Acuerdo de Gestión, tanto a nivel de la Cartera de Servicios como de los planes de cuidados enfermeros, a nivel de Área, Equipo de Atención Primaria y CIAS enfermero, junto a un informe de

detalle por paciente, con el que se podrán tener localizados a aquellos pacientes que deban tener activo un determinado plan de cuidados.

Para la obtención de los datos que se presentan en este trabajo/estudio se solicitaron los permisos pertinentes a la Gerencia del Área VI y en todo momento se ha mantenido la confidencialidad de los mismos, ya que no se ha explotado ninguna variable que permita identificar a las personas de manera individual.

El tipo de revisión ha sido externa, ya que los proveedores del servicio, en ningún caso, han participado en la extracción de los datos.

## **6. Identificación de la oportunidad de mejora.**

La identificación de la oportunidad de mejora o del problema, es tal vez la fase más importante de todo el proyecto, ya que va a condicionar el desarrollo metodológico de las siguientes etapas del ciclo de mejora.

Tras la recogida inicial de los datos, para su análisis cualitativo se utilizó la *“técnica del grupo nominal”* (Consejería de Sanidad, 2003). Para ello se creó un grupo compuesto por cuatro personas que trabajaban en la Dirección de Enfermería y en la Gerencia del Área VI, en el momento de realizar la primera evaluación.

### **6.1 El grupo nominal**

Los requisitos para formar parte de este grupo de trabajo fueron:

- Tener amplia experiencia profesional en Atención Primaria, se consideró como mínimo cuatro años.
- Conocer el contenido del Acuerdo del Pacto de Gestión del Área VI.

- Conocer las diversas realidades asistenciales de los Equipos de Atención Primaria del Área VI.
- Tener formación específica en calidad asistencial.

Una vez seleccionado el grupo se explicó la metodología y los pasos a seguir para realizar el análisis, todos ellos recomendados en la bibliografía consultada (Consejería de Sanidad, 2003):

**1ª Generación de ideas de forma individual**, mediante lluvia de ideas (Brainstorming). Cada participante del grupo identificó cinco propuestas como oportunidad de mejora.

**2ª Listado común de ideas**. Cada participante expuso sus propuestas y con ellas se elaboró un listado común de ideas.

**3ª Clarificación de ideas**. Las propuestas fueron explicadas y definidas por cada participante. Se elaboró una nueva lista de problemas que englobaba los problemas relacionados y se eliminaron los conceptos repetidos.

**4ª Priorización individual de las ideas (votación preliminar)**. Cada participante dio una puntuación de 0 a 5 a cada problema según lo consideró más o menos relevante.

**5ª Toma de decisión**: para la toma de la decisión final se realizó, además una matriz decisional, en la cual cada participante atribuyó una puntuación máxima de 5 y mínima de 1 puntos para cada uno de los tres principales problemas identificados, (Véase Tabla nº19), en función de la capacidad de resolución, el riesgo para los usuarios, número de usuarios a los que afecta y satisfacción de los profesionales.

Tabla nº19.- Matriz decisional. Cada + significa puntos contabilizados

Problemas Identificados	Capacidad de resolución	Riesgo para los usuarios	Afecta a muchos usuarios	Insatisfacción Delos profesionales	Puntuación
Registro	+++++	+++	++++	++++	16
Organización	++++	++	+++	++	11
Infraestructura	++	++	++	++	8

Es importante tener en cuenta que el problema seleccionado debe reunir una serie de requisitos para su abordaje:

- Factibilidad de la resolución del problema: la identificación de la oportunidad de mejora debe tener como objetivo corregirla.
- Características intrínsecas del problema: en el sentido de que afecte a un solo servicio asistencial o a varios servicios.
  - Si se trata de un problema específico o genérico.
  - Problema relacionado con el proceso/resultado o bien con la estructura.

El grupo analizó los resultados de la primera evaluación y los comparó con los resultados de la Encuesta de Calidad Percibida por los Usuarios de Atención Primaria (ECP\_AP) (Consejería de Sanidad y Política Social, 2012). En la que la media global de satisfacción del usuario con respecto a la atención recibida por parte de la enfermera de Atención Primaria para el Servicio Murciano de Salud es de 88,8% y en concreto para el Área VI se sitúa en un 91,1%. Ante esta situación el grupo identifica como problema el ***Bajocumplimiento en el registro de los planes de cuidados enfermeros.***

## 6.2 El diagrama causa-efecto Ishikawa

El siguiente paso a seguir, tras identificar el problema, fue analizarlo, para ello se realizó un diagrama causa-efecto, también conocido como diagrama

de ISHIKAWA o en espina de pescado (Figura 5). Este tipo de diagrama fue desarrollado para representar la relación entre algún efecto (problema) y todas las posibles causas que lo influyenofacilitan. Esta herramienta sirve para descomponer el problema identificado u oportunidad de mejora, en elementos identificables y medibles, que constituyen las causas potenciales del problema, y que nos sirve para poder diseñar las intervenciones.

Este tipo de análisis es probablemente el más utilizado (Saturno, 2010)por su sencillez y eficiencia para determinar las causas de un problema de calidad. El diagrama de Ishikawa representa gráficamente la relación entre el problema de calidad identificado, al que se denomina **efecto**, y sus causas potenciales agrupándolas en grupos de causas. Por su aspecto gráfico también se le denomina “en espina de pescado”.

Para su elaboración se siguió la metodología propuesta por Saturno y su realización estuvo a cargo del mismo grupo que identificó la oportunidad de mejora, y se siguieron los siguientes pasos:

- Anotación del problema
- Análisis de grupos de causas: en este apartado es necesario preguntarse ¿Por qué ocurre el problema? Se deben delimitar las respuestas a un reducido número de grupos, entre cuatro y seis, cada una de ellas se representa dentro de un cuadrado del que parte una flecha que se dirige a la flecha central (en espina de pescado).
- Análisis de causas de primer orden: la técnica utilizada es la lluvia de ideas
- Análisis de causas de segundo y tercer orden

Se identificó como oportunidad de mejora el “Bajo cumplimiento de los registros enfermeros en planes de cuidados”. Aparecen cuatro Áreas problemáticas:

- Organización del trabajo en el equipo
- A nivel de los profesionales: diversas procedencias.
- En cuanto a la formación y la motivación
- Relacionados con la infraestructura



Figura 5. Diagrama de Ishikawa



## **7. Diseño de las intervenciones**

El grupo de discusión fue el encargado de diseñar las intervenciones encaminadas a mejorar el cumplimiento de los criterios. Se tuvieron en cuenta experiencias de otras Áreas de Salud de nuestro entorno y la literatura consultada sobre este tema. Las intervenciones encaminadas a mejorar el cumplimiento de los criterios se diseñaran en función de las cuatro Áreas identificadas como problemáticas

## **8. Expresión de los resultados y representación gráfica**

Los resultados de las tres evaluaciones, se expresan en valores absolutos, porcentajes y medias. El estándar de cumplimiento previsto en cada criterio está definido por el Acuerdo de Gestión y en base a él se han calculado los cumplimientos e incumplimientos de cada criterio, considerando que el estándar supone el 100% del cumplimiento esperado. No se han utilizado test de inferencia estadística ya que en todo momento se han utilizado la totalidad de los datos.

Para las representaciones gráficas se realizarán diagramas de Pareto, de barras y estrella o radial. Se ha utilizado la hoja de cálculo Excel para realizar los gráficos y los cálculos matemáticos de los resultados.

El diagrama de Pareto (Saturno, 2010) se usa ampliamente en cuestiones relacionadas con el control de calidad, está basado en el principio de Pareto, que muy resumido podría expresarse así: el 80 % de los defectos radican en el 20 % de los procesos. Consiste un diagrama de barras que muestra las frecuencias relativas al número de incumplimientos, y mediante una línea las frecuencias acumuladas de los incumplimientos de los criterios, de tal modo que a simple vista vemos el orden de prioridades en la toma de decisiones para intervenir.

## **9. Cuestiones Éticas**

Se han tenido en cuenta los aspectos éticos contenidos en el “Código de Buenas Prácticas Científicas”, elaborado por el Instituto Municipal de Investigación Médica (IMIM), el Departamento de Ciencias Experimentales y de la Salud de la Universidad Pompeu Fabra y el Centro de Regulación Genómica (CRG), en su segunda edición en junio de 2002 y que ha sido adoptada por Vicerrectorado de Investigación de la Universidad de Murcia

Así pues, la presente investigación se ha realizado bajo el compromiso del cumplimiento de las normas éticas de investigación y de los requerimientos legales imprescindibles para poder realizar este estudio.

De igual forma se ha respetado en todo momento la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Asimismo, se pidió autorización por escrito al Sr. Director Gerente de Hospital General Universitario José María Morales Meseguer, para la realización de presente estudio (Anexo 2).

Calidad de los cuidados enfermeros.

Mejora de la calidad de los planes de cuidados enfermeros en el Área de Salud VI de la Región de Murcia

# **Bloque IV:**

# **MARCO EMPÍRICO**

Calidad de los cuidados enfermeros.

Mejora de la calidad de los planes de cuidados enfermeros en el Área de Salud VI de la Región de Murcia

## **BLOQUE IV. MARCO EMPÍRICO**

### **CAPÍTULO 1. RESULTADOS Y DISEÑO DE LAS INTERVENCIONES**

- 1. Evaluación Inicial/Situación de partida**
- 2. Análisis de los Datos**
- 3. Diseño e Implementación de Primer Grupo de Medidas Correctoras**
- 4. Segunda Evaluación Realizada el 31 de diciembre 2013**
- 5. Análisis de los Datos de la Segunda Evaluación**
- 6. Diseño e Implementación de Segundo Grupo de Medidas Correctoras.**
- 7. Tercera Evaluación Realizada el 31 de diciembre 2014**
- 8. Análisis de los datos de la tercera evaluación**
- 9. Diseño e implementación de tercer grupo de medidas correctoras.**

### **CAPÍTULO 2. DISCUSIÓN**

### **CAPÍTULO 3. LIMITACIONES DEL ESTUDIO**

### **CAPÍTULO 4. IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA Y LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN.**

Calidad de los cuidados enfermeros.

Mejora de la calidad de los planes de cuidados enfermeros en el Área de Salud VI de la Región de Murcia



## **CAPÍTULO 1. RESULTADOS Y DISEÑO DE INTERVENCIONES**

Los resultados de las tres evaluaciones, se expresan en valores absolutos, porcentajes y medias. Se ha utilizado el software Excel 2007 como hoja de cálculo para realizar las tablas y gráficos y analizar los datos. El estándar de cumplimiento previsto en cada Criterio viene definido por el Acuerdo de Gestión y en base a este estándar se han calculado los cumplimientos e incumplimientos de cada criterio, considerando que la consecución del estándar supone el 100% del cumplimiento esperado. A cada Equipo de Atención Primaria se le ha adjudicado un número para identificarlo, asegurando la confidencialidad de los resultados. No se han utilizado test de inferencia estadística ya que en todo momento se han utilizado la totalidad de los datos.

Aclaración sobre la expresión de los datos de los resultados: cada criterio tiene un objetivo de cumplimiento reflejado en el Acuerdo de Gestión del Área expresado en porcentaje y este porcentaje se ha transformado en puntos para facilitar el manejo de los datos en lo que se refiere a niveles de cumplimientos e incumplimientos. Por lo que al objetivo de lograr que el 15% de las personas con diabetes mellitus tengan realizado un plan de cuidados, se le ha otorgado quince puntos; en el caso de los planes de cuidados a personas con hipertensión arterial 10 puntos, ya que el objetivo era lograr el 10% de los planes de cuidados, treinta puntos en el caso de los planes de cuidados a personas inmobilizadas, quince puntos en los planes de cuidados a niños de 0-6 años y treinta puntos en la continuidad de cuidados. Siempre en correspondencia con el objetivo de cumplimiento del Acuerdo de Gestión.

## 1. Evaluación Inicial/Situación de partida

### La primera evaluación realizada el 31 de Marzo 2013

Para la presentación de los resultados globales del Área VI, Tabla 20, se han calculado los cumplimientos e incumplimientos de cada criterio, se ha obtenido un nivel de cumplimiento global de 20,41 puntos y de 69,59 puntos de incumplimientos, sobre un total de 90, que era el objetivo planteado en el Acuerdo de Gestión. Por lo que 90 puntos suponen el 100% de consecución del objetivo.

Tabla nº 20: Cumplimientos e incumplimientos globales a nivel del Área VI de los criterios de planes de cuidados enfermeros. 1ª Evaluación.

Criterios	Cumplimiento	Incumplimiento	Objetivo
Plan de Cuidados personas con Diabetes (C1)	0,93	14,07	15
Plan de Cuidados personas con Hipertensión (C2)	0,82	9,18	10
Pd Cuidados Inmovilizados (C3)	16,88	13,12	30
Pd Cuidados niños 0-6 años (C4)	0,2	14,8	15
Informe de Continuidad Cuidados (C5)	1,58	18,42	20
<b>Total</b>	<b>20,41</b>	<b>69,59</b>	<b>90</b>

En la Tabla nº21 se muestran los resultados de la Encuesta de Calidad Percibida por los Usuarios de Atención Primaria, en relación con la atención recibida por parte de la enfermera. En la primera columna se muestran los datos correspondientes al Servicio Murciano de Salud (SMS) y en la segunda los correspondientes al Área VI. La media global de satisfacción del usuario con respecto a la atención recibida por parte de la enfermera de Atención

Calidad de los cuidados enfermeros.

Mejora de la calidad de los planes de cuidados enfermeros en el Área de Salud VI de la Región de Murcia

Primaria para el SMS es de 88,8%, mientras que para el Área VI se sitúa en un 91,1%.

Tabla nº21: Resultados encuesta satisfacción pacientes con la atención enfermera.

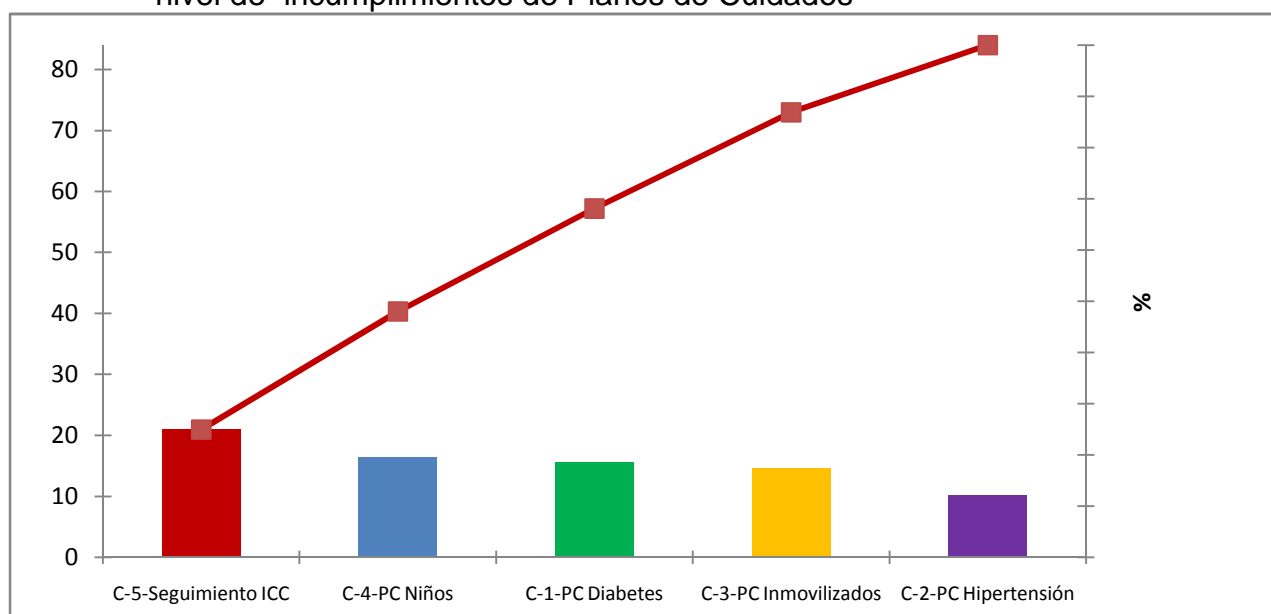
<b>Indicadores de Calidad</b>	<b>Servicio Murciano de Salud</b>	<b>Área VI</b>
% de personas que opinan que, la última vez acudió a la consulta de enfermería, le atendieron a la hora que estaba citado	78.2	82.1
% de personas que opinan que, su enfermera les dedica siempre o casi siempre todo el tiempo que necesitan	92.2	92.1
% de personas que opinan que cuando les atiende su enfermera, confían en que siempre o casi siempre, sabe lo que tiene que hacer	89.2	92.9
% de personas que opinan que fueron atendidos en domicilio por una enfermera siempre que lo necesitaron	89.5	91.5
% de personas que califican la atención domiciliaria recibida por la enfermera de buena o muy buena	91	94.5
% de personas que valoran como buena o muy buena la profesionalidad del personal de enfermería que trabaja en su centro de salud	90	92.7
% de personas que valoran como buena o muy buena el trato que reciben del personal de enfermería que trabaja en su centro de salud	91.4	92.2
<b>Media Global *</b>	<b>88.8</b>	<b>91.1</b>

\* Indicador de elaboración propia: se ha calculado a partir de los siete anteriores

## 2. Análisis de los datos

Se ha elaborado un diagrama de Pareto (Saturno, 2010)(Gráfica 17) en el que se puede apreciar como los criterios responsables del mayor número de incumplimientos corresponden al seguimiento del informe de continuidad de cuidados, criterio 5 y a la realización de planes de cuidados en niños, criterio 4, entre ambos criterios acumulan el 50% de los errores. El diagrama de Pareto se ha realizado en base a que los 69,59 incumplimientos encontrados, suponen el 100% de los incumplimientos o **errores de calidad**.

Gráfica nº17: Diagrama de Pareto 1ª Evaluación. De mayor a menor nivel de incumplimientos de Planes de Cuidados



Tal y como se explicó más detalladamente en el apartado de material y métodos, estos datos son analizados por el grupo de discusión, junto con los datos de la encuesta de satisfacción del usuario. En la tabla 20 se aprecia que los resultados de la evaluación de los criterios, el nivel de cumplimiento es de 20,41, mientras que la satisfacción del usuario, tabla 21, se sitúa en un 91,1%, por lo que se concluye que los planes de cuidados son una actividad que se realiza pero que no se registra o no se registra en el lugar adecuado, por lo que

el problema identificado como problema de calidad es un ***bajo registro de los planes de cuidados.***

En base a este análisis, y teniendo en cuenta la información obtenida a través de la literatura consultada (Duarte-Climents y Montesinos-Alfonso, 1999; Mañá-González y Mesas-Sáez, 2002; Pérez-Rivas, 2006; Raña-Lama, 2004) la experiencia de otras Áreas de Salud de nuestra Región, se diseñan intervenciones encaminadas a mejorar el cumplimiento de los registros.

### **3. Diseño e implementación de primer grupo de medidas correctoras**

**Se plantean medidas correctoras a nivel general que afectan a los cinco criterios evaluados y otras que afectan a los dos criterios con mayor nivel de incumplimientos.**

#### ***Primer grupo de medidas correctoras: Intervenciones a nivel general.***

A.- En primer lugar se convocó una reunión con los responsables de enfermería de los quince Equipos de Atención Primaria que integran el Área de Salud y en ella se procedió, a mostrar los resultados del grupo de trabajo y se les explicó todo el proceso seguido. También se procedió a discutir entre todos cuales, en su opinión, podían ser las causas del problema detectado, en base al conocimiento que tienen de sus realidades concretas, tanto a nivel asistencial como a nivel de conocimiento personal de los profesionales que integran los Equipos. Se les pidió que transmitieran toda esta información al resto de profesionales de los Equipos de Atención Primaria, ya que está demostrado que el feed-bak de la información constituye por sí sola una eficaz medida correctora, sobre todo cuando se parten de niveles de cumplimiento bajos como es nuestro caso (Jamtvedt, Young, Kristoffersen y O'Brien, 2006). Además se les solicita su implicación y compromiso para lograr la implantación de los planes de cuidados en toda el Área VI.

Los responsables de enfermería deben actuar como líderes del cambio necesario entre los profesionales, utilizando para ello las herramientas de que disponemos: ilusionando por el logro de objetivos, la satisfacción por el trabajo bien hecho, el desarrollo profesional y la consecución de retos profesionales (Cherniss y Goleman, 2005).

B.- Se plantea una estrategia de retroalimentación de la información entre la Subdirección de Enfermería de Continuidad de Cuidados del Área VI, los responsables de enfermería de los Equipos de Atención Primaria y los profesionales enfermeros, para ello se elaboran tablas y gráficos con los datos de los resultados de cada Equipo de Atención Primaria para su presentación en cada uno de ellos. Se elaboró una tabla (Tabla nº22) donde aparece en la primera columna el resultado alcanzado en cada criterio por Equipo, al lado la media del Área VI y por último el objetivo de cumplimiento de cada criterio.

Calidad de los cuidados enfermeros.  
Mejora de la calidad de los planes de cuidados enfermeros en el Área de Salud VI de la Región de Murcia

Tabla nº22.- Resultados de criterio por Equipo, Área VI y Objetivo del Acuerdo de Gestión.

<b>EAP_1</b>	<b>1ª Evaluación</b>	<b>Área VI</b>	<b>Objetivo</b>
Planes de cuidados a personas con diabetes Mellitus	0,16%	0,93%	15%
Planes de cuidados a personas con hipertensión	0,06%	0,82%	10%
Planes de cuidados a personas inmovilizadas	17,84%	16,88%	30%
Planes de cuidados a niños de 0 a 6 años	0,00%	0,2%	15%
Seguimiento del informe de continuidad de cuidados	2,66%	1,58%	20%
<b>EAP_2</b>	<b>1ª Evaluación</b>	<b>Área VI</b>	<b>Objetivo</b>
Planes de cuidados a personas con diabetes Mellitus	0,14%	0,93%	15%
Planes de cuidados a personas con hipertensión	0,00%	0,82%	10%
Planes de cuidados a personas inmovilizadas	0,00%	16,88%	30%
Planes de cuidados a niños de 0 a 6 años	0,00%	0,2%	15%
Seguimiento del informe de continuidad de cuidados	0,00%	1,58%	20%
<b>EAP_3</b>	<b>1ª Evaluación</b>	<b>Área VI</b>	<b>Objetivo</b>
Planes de cuidados a personas con diabetes Mellitus	0,05%	0,93%	15%
Planes de cuidados a personas con hipertensión	0,09%	0,82%	10%
Planes de cuidados a personas inmovilizadas	3,45%	16,88%	30%
Planes de cuidados a niños de 0 a 6 años	0,00%	0,2%	15%
Seguimiento del informe de continuidad de cuidados	0,99%	1,58%	20%
<b>EAP_4</b>	<b>1ª Evaluación</b>	<b>Área VI</b>	<b>Objetivo</b>
Planes de cuidados a personas con diabetes Mellitus	0,14%	0,93%	15%
Planes de cuidados a personas con hipertensión	0,15%	0,82%	10%
Planes de cuidados a personas inmovilizadas	8,00%	16,88%	30%
Planes de cuidados a niños de 0 a 6 años	0,00%	0,2%	15%
Seguimiento del informe de continuidad de cuidados	0,33%	1,58%	20%
<b>EAP_5</b>	<b>1ª Evaluación</b>	<b>Área VI</b>	<b>Objetivo</b>
Planes de cuidados a personas con diabetes Mellitus	0,32%	0,93%	15%
Planes de cuidados a personas con hipertensión	0,18%	0,82%	10%
Planes de cuidados a personas inmovilizadas	0,00%	16,88%	30%
Planes de cuidados a niños de 0 a 6 años	0,00%	0,2%	15%
Seguimiento del informe de continuidad de cuidados	0,00%	1,58%	20%

Calidad de los cuidados enfermeros.  
Mejora de la calidad de los planes de cuidados enfermeros en el Área de Salud VI de la Región de Murcia

<b>EAP_6</b>	<b>1ª Evaluación</b>	<b>Área VI</b>	<b>Objetivo</b>
Planes de cuidados a personas con diabetes Mellitus	0,00	0,93%	15%
Planes de cuidados a personas con hipertensión	0,03	0,82%	10%
Planes de cuidados a personas inmovilizadas	12,00	16,88%	30%
Planes de cuidados a niños de 0 a 6 años	0,00	0,2%	15%
Seguimiento del informe de continuidad de cuidados	0,00	1,58%	20%
<b>EAP_7</b>	<b>1ª Evaluación</b>	<b>Área VI</b>	<b>Objetivo</b>
Planes de cuidados a personas con diabetes Mellitus	1,64%	0,93%	15%
Planes de cuidados a personas con hipertensión	1,10%	0,82%	10%
Planes de cuidados a personas inmovilizadas	1,25%	16,88%	30%
Planes de cuidados a niños de 0 a 6 años	0,00%	0,2%	15%
Seguimiento del informe de continuidad de cuidados	0,75%	1,58%	20%
<b>EAP_8</b>	<b>1ª Evaluación</b>	<b>Área VI</b>	<b>Objetivo</b>
Planes de cuidados a personas con diabetes Mellitus	0,53	0,93%	15%
Planes de cuidados a personas con hipertensión	0,25	0,82%	10%
Planes de cuidados a personas inmovilizadas	11,51	16,88%	30%
Planes de cuidados a niños de 0 a 6 años	0,00	0,2%	15%
Seguimiento del informe de continuidad de cuidados	2,13	1,58%	20%
<b>EAP_9</b>	<b>1ª Evaluación</b>	<b>Área VI</b>	<b>Objetivo</b>
Planes de cuidados a personas con diabetes Mellitus	2,28	0,93%	15%
Planes de cuidados a personas con hipertensión	1,10	0,82%	10%
Planes de cuidados a personas inmovilizadas	9,50	16,88%	30%
Planes de cuidados a niños de 0 a 6 años	0,00	0,2%	15%
Seguimiento del informe de continuidad de cuidados	3,10	1,58%	20%
<b>EAP_10</b>	<b>1ª Evaluación</b>	<b>Área VI</b>	<b>Objetivo</b>
Planes de cuidados a personas con diabetes Mellitus	0,82	0,93%	15%
Planes de cuidados a personas con hipertensión	0,54	0,82%	10%
Planes de cuidados a personas inmovilizadas	7,65	16,88%	30%
Planes de cuidados a niños de 0 a 6 años	0,08	0,2%	15%
Seguimiento del informe de continuidad de cuidados	2,45	1,58%	20%
<b>EAP_11</b>	<b>1ª Evaluación</b>	<b>Área VI</b>	<b>Objetivo</b>
Planes de cuidados a personas con diabetes Mellitus	0,25	0,93%	15%
Planes de cuidados a personas con hipertensión	0,30	0,82%	10%
Planes de cuidados a personas inmovilizadas	23,26	16,88%	30%
Planes de cuidados a niños de 0 a 6 años	0,00	0,2%	15%
Seguimiento del informe de continuidad de cuidados	4,33	1,58%	20%



Calidad de los cuidados enfermeros.  
Mejora de la calidad de los planes de cuidados enfermeros en el Área de Salud VI de la Región de Murcia

<b>EAP_12</b>	<b>1ª Evaluación</b>	<b>Área VI</b>	<b>Objetivo</b>
Planes de cuidados a personas con diabetes Mellitus	0,16	0,93%	15%
Planes de cuidados a personas con hipertensión	0,14	0,82%	10%
Planes de cuidados a personas inmovilizadas	6,33	16,88%	30%
Planes de cuidados a niños de 0 a 6 años	0,00	0,2%	15%
Seguimiento del informe de continuidad de cuidados	0,65	1,58%	20%
<b>EAP_13</b>	<b>1ª Evaluación</b>	<b>Área VI</b>	<b>Objetivo</b>
Planes de cuidados a personas con diabetes Mellitus	5,50	0,93%	15%
Planes de cuidados a personas con hipertensión	6,52	0,82%	10%
Planes de cuidados a personas inmovilizadas	21,24	16,88%	30%
Planes de cuidados a niños de 0 a 6 años	0,00	0,2%	15%
Seguimiento del informe de continuidad de cuidados	4,00	1,58%	20%
<b>EAP_14</b>	<b>1ª Evaluación</b>	<b>Área VI</b>	<b>Objetivo</b>
Planes de cuidados a personas con diabetes Mellitus	0,07	0,93%	15%
Planes de cuidados a personas con hipertensión	0,11	0,82%	10%
Planes de cuidados a personas inmovilizadas	16,50	16,88%	30%
Planes de cuidados a niños de 0 a 6 años	0,00	0,2%	15%
Seguimiento del informe de continuidad de cuidados	0,00	1,58%	20%
<b>EAP_15</b>	<b>1ª Evaluación</b>	<b>Área VI</b>	<b>Objetivo</b>
Planes de cuidados a personas con diabetes Mellitus	1,39	0,93%	15%
Planes de cuidados a personas con hipertensión	0,88	0,82%	10%
Planes de cuidados a personas inmovilizadas	15,68	16,88%	30%
Planes de cuidados a niños de 0 a 6 años	0,56	0,2%	15%
Seguimiento del informe de continuidad de cuidados	1,33	1,58%	20%

Se realizó un cronograma para la presentación de estos resultados por los quince Equipos de Atención Primaria del Área VI, para identificar los espacios de mejora y la discusión de las posibles causas de las deficiencias encontradas, con los profesionales que realizan la atención y que ellos sean participes y protagonistas del proceso de mejora.

C.- El análisis llevado a cabo con los profesionales coincide con el problema detectado por el grupo de discusión, y además se ratifica por los resultados de la detección de necesidades formativas realizada por esta Gerencia en septiembre del 2012(Anexo 3), convencidos de que la formación es

uno de los pilares básicos sobre los que se sustenta la calidad asistencial y la satisfacción profesional (Anglada-Mirabent y Cañadell-Ledesma, 2000; Carrillo-García, 2011), se realizó un estudio de detección de necesidades formativas en los Equipos de Atención Primaria para identificar las áreas temáticas de mayor interés y adecuar la organización de las acciones formativas a las necesidades del ámbito de Atención Primaria. Uno de los resultados más relevantes fue que el 76% de los encuestados dijeron que los cursos en metodología enfermera y planes de cuidados les parecían interesantes o muy interesantes.

Por lo que se plantea una estrategia específica de aprendizaje en metodología enfermera y elaboración de planes de cuidados se establece un cronograma para realizar formación grupal e individual en todos los Equipos de Atención Primaria del Área VI, lo que supone un programa de formación en el propio lugar de trabajo.

Esta estrategia de formación fue llevada a cabo por un enfermero mentor, tal y como se ha hecho en otras Áreas de Salud de la Región. La figura del enfermero del mentor se trata de una persona que se encarga de la formación en metodología enfermera y realización de planes de cuidados (Camacho et al, 2011) y de su correcto registro en la aplicación informática OMI-AP.

### ***Segundo grupo de medidas correctoras. Intervenciones específicas***

Se trata de medidas correctoras específicas que se pondrán en marcha para mejorar los dos criterios responsables del mayor número de incumplimientos.

A. En el caso de la continuidad de cuidados entre escenarios asistenciales, los profesionales implicados y tras el análisis del problema, concluyeron que para mejorar este seguimiento es necesario poder identificar lo antes posible a las personas que son dadas de alta del Hospital. Se desarrolló una aplicación informática para facilitar que las enfermeras de Atención Primaria,

puedan identificar a los usuarios de su Zona Básica de Salud que son dados de alta en el Hospital y que requieren continuidad de cuidados. Se elaboró un documento para presentar y difundir esta aplicación entre todos los profesionales del Área VI (Anexo 4).

B. En cuanto a la realización de planes de cuidados en niños, el análisis llevado a cabo con los profesionales concluyó que, los niños de entre 0 y 6 años que acuden a la consulta enfermera, salvo excepciones, es fundamentalmente en el contexto de las revisiones previstas en el Programa de Atención al Niño y al Adolescente (PANA) (Consejería de Sanidad, 2007). Se trata de unas revisiones donde se realiza un examen de salud bastante exhaustivo del niño y una serie de actividades de prevención primaria y secundaria. Es un programa que ha gozado siempre de muy buena acogida y aceptación por parte de los profesionales sanitarios, de los padres y de la población en general, hecho que se refleja en el logro de unas óptimas coberturas de captación y en el gran número de niños seguidos. Por lo tanto para mejorar los resultados en el criterio de planes de cuidados a niños entre 0 y 6 años, se solicita a Servicios Centrales que se realicen cambios en la aplicación informática OMI-AP, de tal manera que los datos que se registran en el Programa de Atención al Niño y al Adolescente, migren de manera automática de los planes personales y sirvan para la posterior realización de los planes de cuidados y no sea necesario mecanizarlos de nuevo, tal y como sucede hasta el momento.

C. En el caso de los planes de cuidados a personas inmovilizadas, se detectó que el denominador aparece, en algunos casos, más numeroso de lo real, ósea las personas identificadas como inmovilizadas. La explicación que justifica esta situación, es que código correspondiente a su CIAP (A28), dentro de la codificación que utiliza la aplicación informática OMI-AP, también puede estar asociado a incapacidad para trabajar y minusvalía, además se ha utilizado para abrir episodios, dentro de la historia clínica de los pacientes, que en realidad corresponden a un problema de deambulación, esto da lugar a que muchas personas identificadas como inmovilizadas, en el sentido de confinadas en su domicilio, realmente no lo están y lo que tienen es algún tipo de minusvalía

o inmovilización de algún miembro, pero que no les impide acudir al Centro de Salud. Por lo que el cálculo del indicador no es correcto. Se solicita a Servicios centrales que se separe una situación de otra y se pueda hacer un cálculo real del indicador.

Servicios Centrales acepta esta sugerencia y realiza los cambios pertinentes a nivel de la aplicación informática para que en el futuro no se vuelva a repetir esta situación. Se dan instrucciones a los responsables de los Equipos (Anexo 5) para que cada profesional depure las historias clínicas de estas personas y los identificados como inmovilizados se ajusten a la definición dada por la cartera de servicios:

*“Personas que habiendo sido sometidas a una Valoración en su domicilio, pasan la mayor parte de su tiempo en la cama (que sólo pueden abandonar con la ayuda de otras personas) y personas con dificultad importante para desplazarse (que les impide salir de su domicilio, salvo casos excepcionales) por cualquier causa y que el tiempo previsible de duración de esta dificultad sea superior a dos meses” (Portal de Inteligencia de Negocios, 2014).*

#### **4.Segunda evaluación realizada el 31 diciembre 2013**

En la Tabla 23 se muestran los resultados globales de las dos evaluaciones, se puede observar que todos los criterios han mejorado en sus resultados, pasando de un nivel de incumplimiento global de criterio de 20,41 a 59,55, lo que supone una mejora global absoluta de 39,14 puntos sobre un total de 90.

Tabla nº23.- Resultados globales de la primera y segunda evaluaciones, cumplimientos, incumplimientos y grado de mejora.

Criterios	1ªEvaluación		2ªEvaluación		Mejora Global	Objetivo
	Cumplimiento	Incumplimiento	Cumplimiento	Incumplimiento		
PdC* Diabéticos (C1)	0,93	14,07	4,33	10,67	3,4	15
PdC Hipertensos (C2)	0,82	9,18	3,11	6,89	2,29	10
PdC Inmovilizados (C3)	16,88	13,12	32,80	0	13,12	30
PdC niños 0-6 años (C4)	0,2	14,8	2,11	12,89	1,91	15
I.C**. Cuidados(C5)	1,58	18,42	51,68	0	18,12	20
<b>Total</b>	<b>20,41</b>	<b>69,59</b>	<b>59,55</b>	<b>30,45</b>	<b>39,14</b>	<b>90</b>

\*PdC= Planes de cuidados

\*\*I.C. Cuidados= Informe de Continuidad de Cuidados

### 5. Análisis de los datos de la segunda evaluación

El criterio que ha experimentado mayor grado de mejora es el criterio sobre el informe de continuidad de cuidados tras el alta hospitalaria, que ha pasado de 1,58% a 51,68% lo que ha supuesto superar el estándar planteado que era del 20%. Con respecto a los planes de cuidados a personas inmovilizadas se ha pasado de un 16,88% a un 44,42% de cumplimiento, superando también en este caso el estándar de cumplimiento.

El registro de planes de cuidados a niños entre 0 y 6 años sigue siendo el criterio que acumula el mayor número de incumplimientos, ya que no se pudo poner en marcha la intervención planteada a nivel de realizar mejoras en la aplicación informática OMI-AP.

Calidad de los cuidados enfermeros.

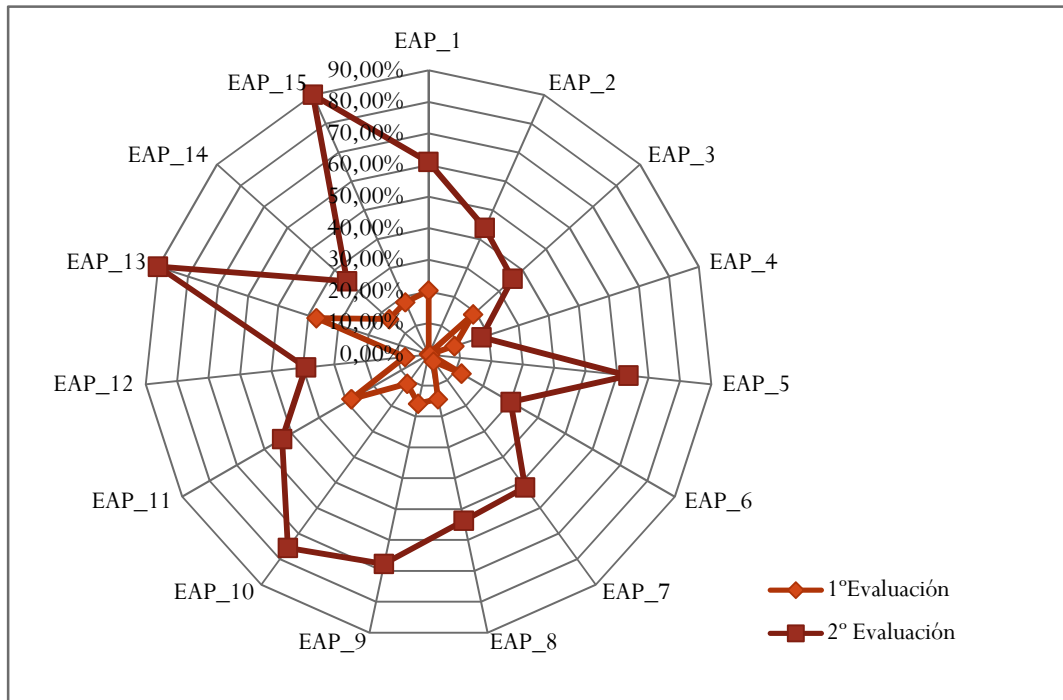
Mejora de la calidad de los planes de cuidados enfermeros en el Área de Salud VI de la Región de Murcia

En la Tabla nº24 se muestran los resultados globales de cada Equipo de Atención Primaria (EAP). Se puede ver como todos los EAP han mejorado sus resultados con respecto a la primera evaluación. Los EAP nº13 y nº15 alcanzan el estándar de cumplimiento previsto en los cinco criterios evaluados. El EAP nº5 alcanza el 63,11 de cumplimiento global, el nº10 alcanza el 64,22 y el equipo nº15 alcanza el 71,93, lo que supone que experimentan el mayor grado de mejora, mientras que en los EAP nº 3, 4, 6 y 14, se ha producido un menor grado de mejora.

Tabla nº24. Resultados globales por EAP en la 1ª y 2ª evaluaciones y grado de mejora.

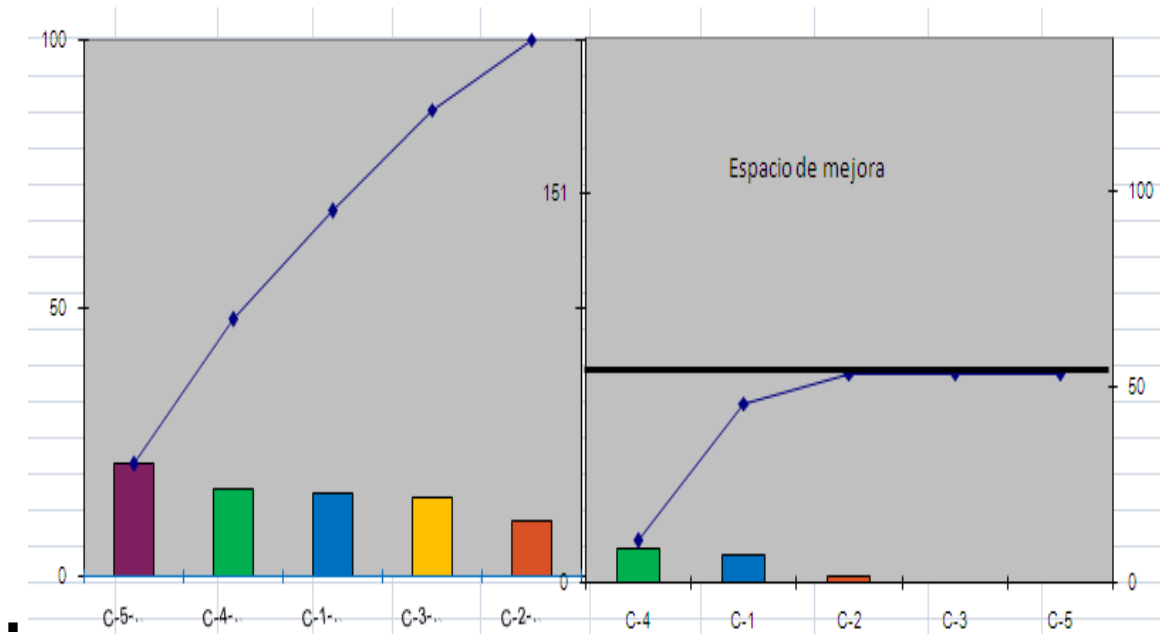
<b>NOMCENTRO</b>	<b>1ªEvaluación</b>	<b>2ªEvaluación</b>	<b>Mejora</b>
<b>EAP_1</b>	20,22	60,97	40,75
<b>EAP_2</b>	0,14	43,86	43,72
<b>EAP_3</b>	18,97	35,83	16,86
<b>EAP_4</b>	8,62	17,64	9,02
<b>EAP_5</b>	0,50	63,62	63,11
<b>EAP_6</b>	12,03	30,08	18,05
<b>EAP_7</b>	2,74	51,99	49,25
<b>EAP_8</b>	14,42	53,73	39,31
<b>EAP_9</b>	15,88	67,71	51,83
<b>EAP_10</b>	11,44	75,66	64,22
<b>EAP_11</b>	28,14	53,44	25,32
<b>EAP_12</b>	7,44	38,99	31,55
<b>EAP_13</b>	37,26	90,00	52,74
<b>EAP_14</b>	16,68	34,65	17,97
<b>EAP_15</b>	18,07	90,00	71,93

Gráfica nº18.- Resultados globales por EAP en la 1ª y 2ª evaluaciones y grado de mejora. Datos de la Tabla 24.



- En la gráfica 18 se visualiza la mejora global obtenida a nivel de toda el Área VI en la segunda evaluación con respecto a la primera.
- Según se puede apreciar en el segundo diagrama de Pareto (Gráfica 19), en la primera evaluación los criterios responsables del mayor número de incumplimientos correspondían a la realización de planes de cuidados en niños y al informe de continuidad de cuidados, en la segunda evaluación, esta situación ha cambiado y los criterios responsables del mayor número de incumplimientos corresponden a la realización de planes de cuidados en niños, seguido por la realización de planes de cuidados a personas con diabetes, entre ambos acumulan el 77,37% de los errores.

- Gráfica nº19.- Diagrama de Pareto antes y después. Cumplimiento de los criterios en la primera y segunda evaluación, con el espacio de mejora



En el momento de realizar la segunda evaluación faltan profesionales de seis equipos, los identificados con los números 2, 3, 4, 6, 12 y 14 de los quince equipos, por recibir la formación individualizada sobre planes de cuidados y metodología enfermera.

## 6. Diseño e implementación de nuevas medidas correctoras.

### Segundo grupo de medidas correctoras: Intervenciones a nivel general.

A.- Se convocó una reunión con los responsables de enfermería de los quince Equipos del Área de Salud y en ella se procedió, a mostrar los resultados de esta segunda evaluación

Se analizó la nueva situación y las medidas correctoras puestas en marcha. Se plantea seguir con las intervenciones a nivel general llevadas a cabo hasta ahora:

- Seguir con la estrategia específica de aprendizaje en metodología enfermera y elaboración de planes de cuidados en los seis Equipos que faltan y completar así la formación en todo el Área VI.



- Mantener la retroalimentación de la información, tanto a nivel de los responsables de enfermería de los Equipos, como a nivel de todos los profesionales implicados en el proceso.

***Segundo grupo de medidas correctoras: Intervenciones a nivel específico.***

A. Para facilitar el registro de planes de cuidados en niños, se decidió elaborar tres planes de cuidados estandarizados que se ajustan al contenido de las revisiones del Programa de Atención al Niño Sano (Anexo 6) durante los seis primeros años de vida. Se constituyó un grupo de trabajo formado por enfermeras de pediatría para elaborar estos planes estandarizados y se diseñó una acción formativa específica para el resto de las enfermeras de pediatría del Área.

B. Desde Servicios Centrales se nos facilitó a las Subdirecciones de Enfermería de Continuidad de Cuidados, un documento con planes de cuidados estandarizados para personas con diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial y para niños (Anexo 7). Con el objetivo primero de facilitar el registro de los planes de cuidados y también de disminuir la variabilidad de la práctica clínica de los cuidados enfermeros.

Estos planes de cuidados fueron presentados a todos los profesionales mediante sesiones clínicas en los Equipos de Área.

**7. Tercera evaluación realizada el 31 de diciembre 2014**

En la 3ª Evaluación a 31 de diciembre de 2014, los datos son extraídos directamente del Portal de Inteligencia de Negocio, aunque la extracción es diferente pero la fuente de datos sigue siendo la misma, esto es, la historia clínica OMI-AP, se puede suponer que este cambio no afecta a la fiabilidad de los datos. Tenemos datos de cada Criterio, por Equipo de Atención Primaria y por cada profesional.

Calidad de los cuidados enfermeros.  
Mejora de la calidad de los planes de cuidados enfermeros en el Área de Salud VI de la Región de Murcia

La consecución de objetivos a nivel global del Área VI a 31 de diciembre 2014 (Fuente PIN) es de 88,7 puntos sobre 90.

Tablanº 25. Resultados globales de los criterios en el Área VI -  
3ªEvaluación Diciembre 2014

INDICADOR	Numerador	Denominador	Área VI	SMS	Meta
<b>PC diabéticos</b>	3598	17403	20.67	19.69	>=15
<b>PC HTA</b>	5890	40894	14.4	14.36	>=10
<b>PC a niños 0-6 años</b>	2374	17316	13.7	14.08	>=15
<b>PC Inmovilizados</b>	678	1661	40.81	49.84	>=30

En el momento de realizar la tercera evaluación aun no disponemos de datos del informe de continuidad de cuidados a través del PIN.

Como se puede apreciar en la Tabla 25, a nivel global del Área VI, se ha alcanzado e incluso sobrepasado, la meta propuesta en todos los criterios, excepto en los planes de cuidados al niño sano, donde nos situamos a 1,3 puntos del objetivo y a 0,38 de la media del Servicio Murciano de Salud.

Calidad de los cuidados enfermeros.  
Mejora de la calidad de los planes de cuidados enfermeros en el Área de Salud VI de la Región de Murcia

Tabla nº26.- Comparación de las tres evaluaciones del Área VI, con los cumplimientos e incumplimientos.

Criterios	1ªEvaluación		2ªEvaluación		Mejora Global 1ª-2ª	3ªEvaluación		Mejora Global 2ª-3ª	Objetivo
	Cumplimiento	Incumplimiento	Cumplimiento	Incumplimiento		Cumplimiento	Incumplimiento		
PdC* Diabéticos (C1)	0,93	14,07	4,33	10,67	3,4	20,67	0	10,67	15
PdC Hipertensos(C2)	0,82	9,18	3,11	6,89	2,29	14,4	0	6,89	10
PdCInmovilizados (C3)	16,88	13,12	32,80	0	13,12	40,81	0	0	30
Pd Cuidados niños 0-6 años (C4)	0,20	14,80	2,11	12,89	1,91	13,70	1,30	11,59	15
I.C.** Cuidados(C5)	1,58	18,42	51,68	0	18,12	Sin evaluar	Sin evaluar	--	20
<b>Total</b>	<b>20,41</b>	<b>69,59</b>	<b>59,55</b>	<b>30,45</b>	<b>39,14</b>	<b>88,7</b>	<b>1,3</b>	<b>29,15</b>	<b>90</b>

\*PdC= Planes de cuidados

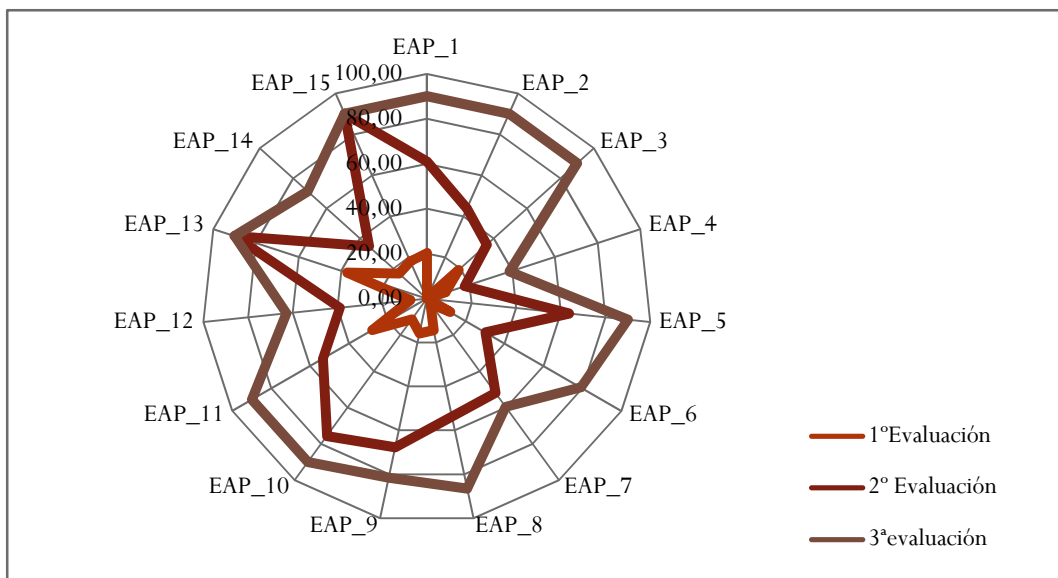
\*\*I.C. Cuidados= Informe de Continuidad de Cuidados

Calidad de los cuidados enfermeros.  
 Mejora de la calidad de los planes de cuidados enfermeros en el Área de Salud VI de la Región de Murcia

Tabla nº27. Resultados globales por Equipo de Atención Primaria.

<b>Nº CENTRO</b>	<b>1º Evaluación</b>	<b>2º Evaluación</b>	<b>3ª Evaluación</b>
<b>EAP_1</b>	20,22	60,97	90,00
<b>EAP_2</b>	0,14	43,86	90,00
<b>EAP_3</b>	18,97	35,83	90,00
<b>EAP_4</b>	8,62	17,64	38,70
<b>EAP_5</b>	0,05	63,62	90,00
<b>EAP_6</b>	12,03	30,08	79,12
<b>EAP_7</b>	2,74	51,99	59,65
<b>EAP_8</b>	14,42	53,73	86,48
<b>EAP_9</b>	15,88	67,71	81,49
<b>EAP_10</b>	11,44	75,66	90,00
<b>EAP_11</b>	28,14	53,44	90,00
<b>EAP_12</b>	7,44	38,99	62,84
<b>EAP_13</b>	37,26	90,00	90,00
<b>EAP_14</b>	16,68	34,65	71,25
<b>EAP_15</b>	18,07	90,00	90,00

Gráficano<sup>o</sup>20.- Se muestran las tres evaluaciones con sus espacios de mejora.



## 8. Análisis de los Datos de la tercera evaluación

En la tabla 27 se observa como todos los EAP del Área siguen en su línea ascendente en cuanto a la consecución de objetivos. Los EAP nº 6, 8 y 9 se encuentran cerca de conseguirlos, mientras que en los identificados con los números 4, 7, 12 y 14 es en los que tenemos un mayor espacio de mejora.

## 9. Diseño e implementación de tercer grupo de medidas correctoras.

### ***Tercer grupo de medidas correctoras: Intervenciones a nivel general.***

A.- Se vuelve a convocar a todos los responsables de enfermería de los quince Equipos y se presentan los resultados de la tercera evaluación de cada indicador por Equipo, Área VI y Servicio Murciano de Salud, tablas 28, 29 ,30, 31 y 32.

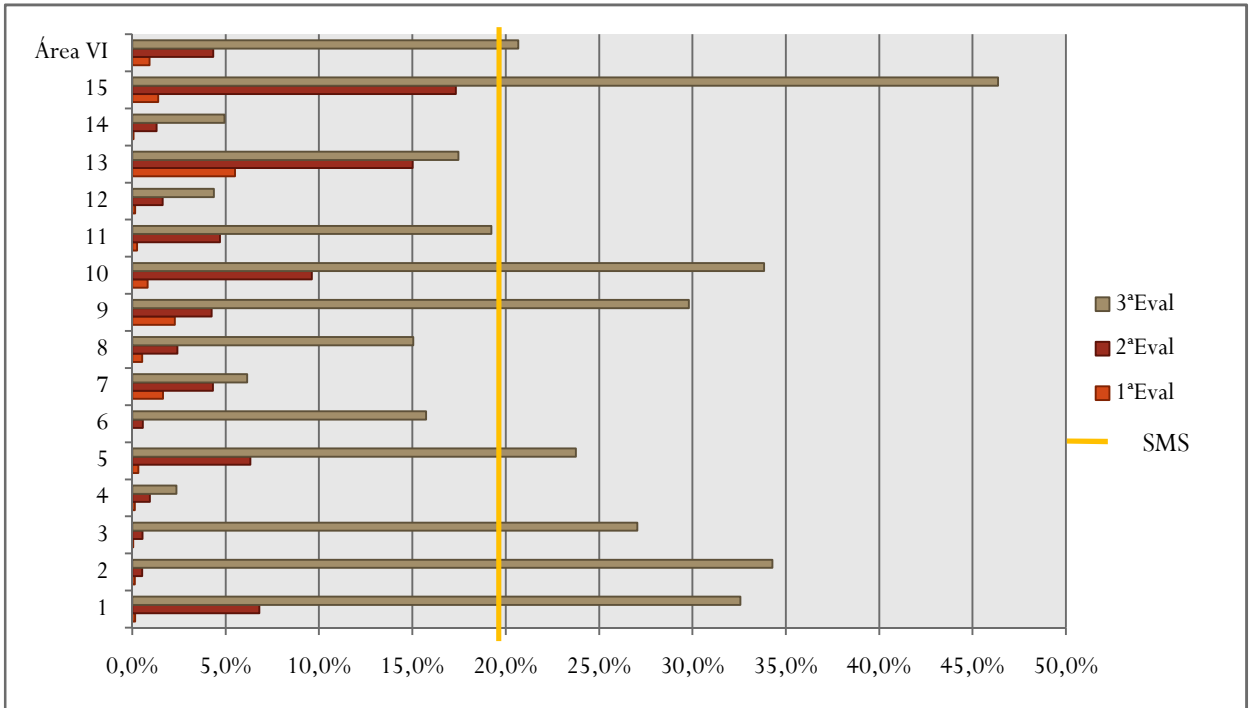
Tabla nº28. Resultados de planes de cuidados personas con diabetes mellitus. Medias por Equipo, Área VI y Servicio Murciano de Salud.

NºEAP	1ªEval	2ªEval	3ªEval
1	0,16%	6,80%	32,56%
2	0,14%	0,53%	34,28%
3	0,05%	0,55%	27,04%
4	0,14%	0,94%	2,37%
5	0,32%	6,33%	23,76%
6	0,00%	0,57%	15,74%
7	1,64%	4,31%	6,16%
8	0,53%	2,42%	15,05%
9	2,28%	4,26%	29,80%
10	0,82%	9,62%	33,84%
11	0,25%	4,70%	19,24%
12	0,16%	1,63%	4,37%
13	5,50%	15,02%	17,46%
14	0,07%	1,31%	4,93%
15	1,39%	17,33%	46,36%
<b>Área VI</b>	0,93%	4,33%	20,67%
<b>SMS</b>			19,69%

*En la Tabla 28, se puede apreciar como el número de planes de cuidados que se realizan a personas con diabetes mellitus mantiene una línea ascendente en todos los Equipos del Área a lo largo de las tres evaluaciones*

En la tabla 28, se puede apreciar como los Equipos identificados con los números 4, 7, 12 y 14, a pesar de haber mejorado con respecto a la evaluación anterior, aun tienen un amplio margen de mejora con respecto a este criterio.

Grafica nº21.- Resultados de planes de cuidados personas con diabetes mellitus por Equipo, media del Área y Servicio Murciano de Salud.



Tablanº29. Resultados de planes de cuidados a personas con hipertensión. Media por Equipo, Área VI y Servicio Murciano de Salud.

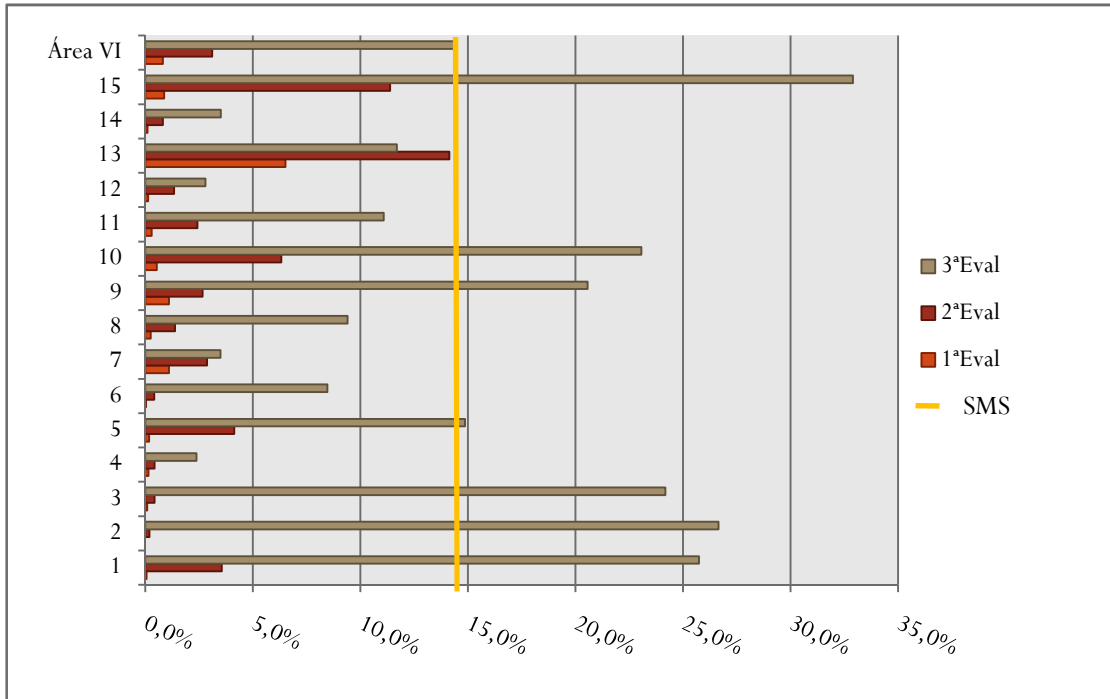
EAP	1ªEval	2ªEval	3ªEval
1	0,06%	3,56%	25,74%
2	0,00%	0,20%	26,65%
3	0,09%	0,43%	24,18%
4	0,15%	0,43%	2,38%
5	0,18%	4,13%	14,86%
6	0,03%	0,42%	8,47%
7	1,10%	2,87%	3,49%
8	0,25%	1,39%	9,40%
9	1,10%	2,67%	20,56%
10	0,54%	6,33%	23,07%
11	0,30%	2,43%	11,09%
12	0,14%	1,34%	2,80%
13	6,52%	14,14%	11,69%
14	0,11%	0,82%	3,51%
15	0,88%	11,38%	32,90%
<b>Área VI</b>	0,82%	3,11%	14,40%
<b>Total SMS</b>			14,36%

*Se puede apreciar en la tabla 29, como el número de Planes de Cuidados que se realizan a personas con hipertensión arterial mantiene una línea ascendente en todos los Equipos del Área a lo largo de las tres evaluaciones*

En la tabla 29, se puede apreciar como los Equipos identificados con los números 2, 7, 12 y 14, a pesar de haber mejorado con respecto a la evaluación anterior, vuelven a ser los Equipos que aun tienen un amplio margen de mejora con respecto a este criterio.



Grafica nº22. Resultados de planes de cuidados personas con hipertensión arterial media por Equipo, Área VI y Servicio Murciano de Salud.



En la tabla 30, se puede apreciar como en el caso de los planes a cuidados a personas inmovilizadas, también se ha producido un aumento en todos los EAP.

Tabla nº30.Datos de Planes de cuidados personas inmovilizadas por media Equipo en las tres evaluaciones, del Área y media Servicio Murciano de Salud.

<b>NºEAP</b>	<b>1ªEval</b>	<b>2ªEval</b>	<b>3ªEval</b>
<b>1</b>	0,00%	21,25%	63,36%
<b>2</b>	0,00%	7,14%	22,91%
<b>3</b>	3,45%	3,37%	31,89%
<b>4</b>	0,00%	4,21%	12,50%
<b>5</b>	0,00%	22,35%	60,34%
<b>6</b>	0,00%	5,49%	25,82%
<b>7</b>	0,00%	22,54%	32,20%
<b>8</b>	13,64%	15,82%	40,00%
<b>9</b>	12,50%	16,53%	34,90%
<b>10</b>	10,00%	60,29%	60,00%
<b>11</b>	27,59%	42,46%	56,78%
<b>12</b>	0,00%	20,51%	25,00%
<b>13</b>	21,24%	47,42%	55,76%
<b>14</b>	16,67%	25,45%	39,79%
<b>15</b>	16,67%	56,25%	64,70%
<b>Área VI</b>	16,88%	22,80%	40,81%
<b>SMS</b>			49,84%

En la tabla 30, se puede apreciar como en el caso de los planes a cuidados a personas inmovilizadas, también se ha producido un aumento en todos los EAP.

Gráfica nº23. Planes de Cuidados personas inmovilizadas por Equipo en las tres evaluaciones, media del Área y Servicio Murciano de Salud.

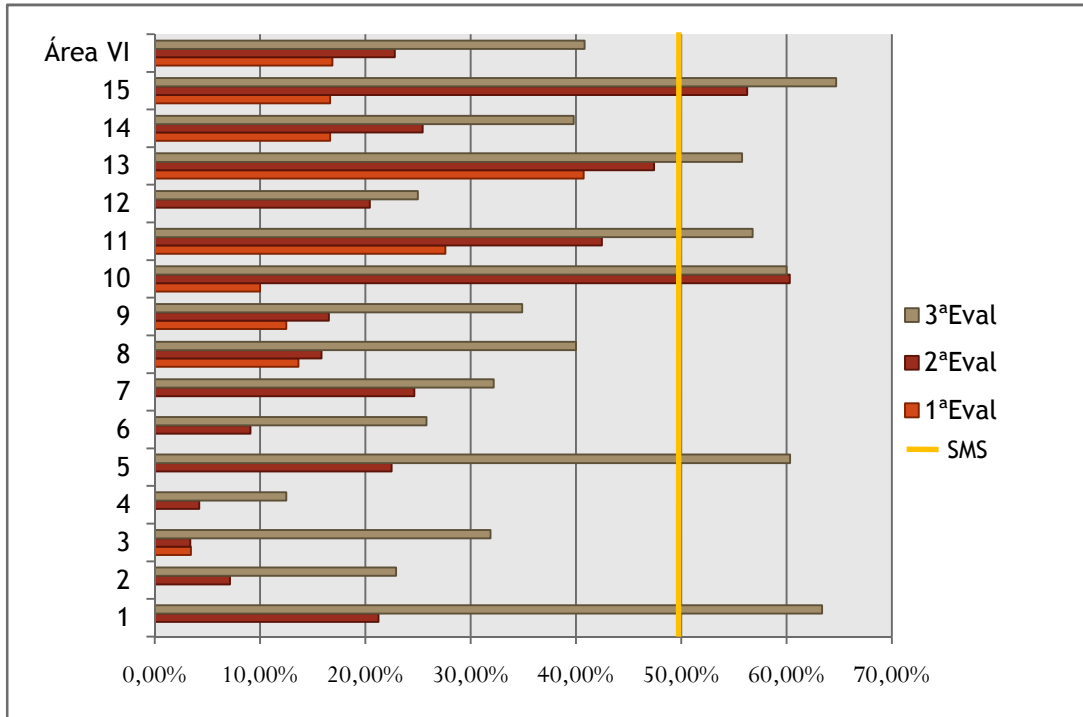


Tabla nº31. Resultados de planes de Cuidados niños 0-6 años por Equipo en las tres evaluaciones, media del Área y Servicio Murciano de Salud.

Nº EAP	1ªEval	2ªEval	3ªEval
1	0,00%	0,61%	26,28%
2	0,00%	0,13%	25,29%
3	0,00%	0,00%	6,35%
4	0,00%	0,00%	1,45%
5	0,00%	3,16%	41,23%
6	0,00%	0,00%	9,83%
7	0,00%	0,00%	0,00%
8	0,00%	0,11%	12,08%
9	0,00%	0,04%	6,49%
10	0,08%	9,71%	19,03%
11	0,00%	0,36%	26,91%
12	0,00%	0,18%	10,67%
13	0,00%	18,60%	12,55%
14	0,00%	0,09%	12,81%
15	0,56%	15,10%	45,68%
<b>Área VI</b>	0,02%	2,11%	13,70%
<b>SMS</b>			14,08%

*El número de Planes de Cuidados que se realizan a niños de entre 0 y 6 años mantiene una línea ascendente en todos los Equipos del Área a lo largo de las tres evaluaciones*

Se puede apreciar en la tabla 31, como el número de Planes de Cuidados que se realizan a niños de entre 0 y 6 años mantiene una línea ascendente en todos los Equipos del Área a lo largo de las tres evaluaciones, excepto en el caso del identificado con el número 7.

Gráfica nº24. Resultados de planes de Cuidados niños 0-6 años en las tres evaluaciones, media por Equipo, Área VI y Servicio Murciano de Salud.

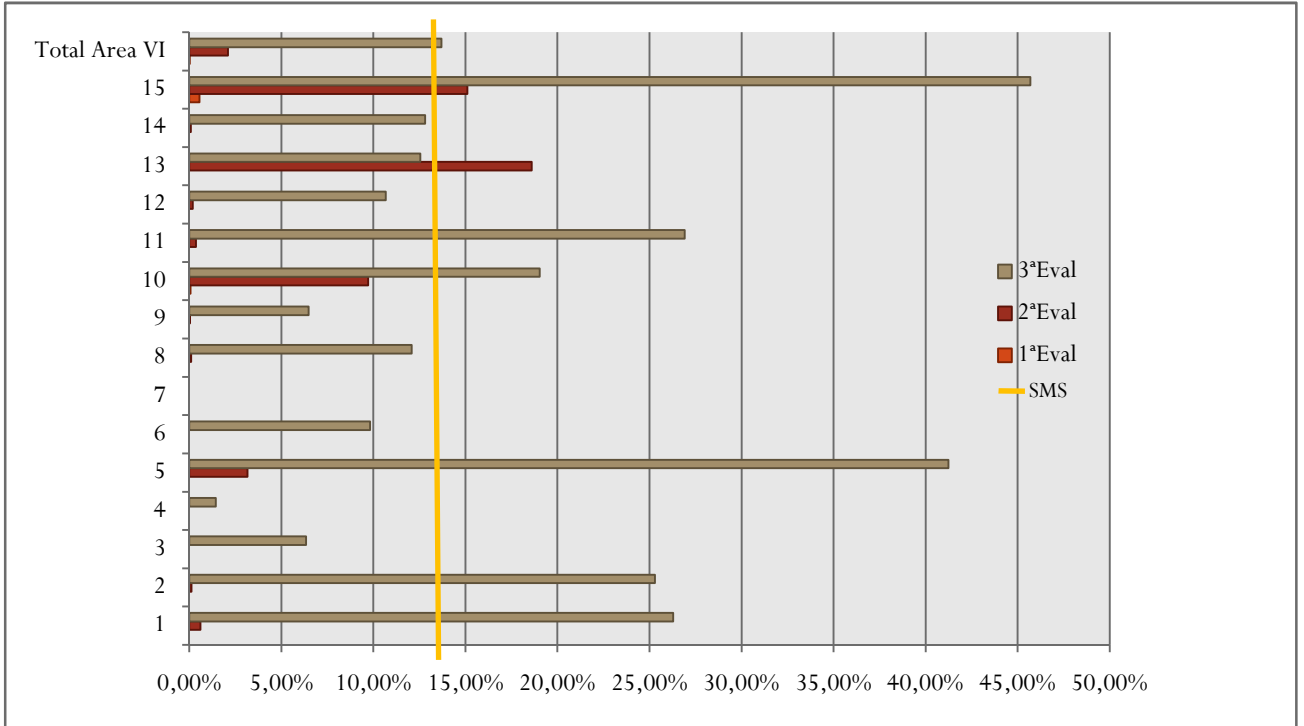


Tabla nº32. Seguimiento del Informe de Continuidad de Cuidados, media del Área y Servicio Murciano de Salud.

Nº EAP	1ªEval	2ªEval	3ªEval
1	25,00%	79,48%	
2	0,00%	37,93%	
3	15,38%	35,45%	
4	3,45%	88,55%	
5	0,00%	92,57%	
6	12,00%	21,23%	
7	0,00%	80,43%	
8	0,00%	15,95%	
9	0,00%	82,71%	
10	0,00%	2,43%	
11	0,00%	55,28%	
12	8,33%	3,57%	
13	0,00%	14,81%	
14	0,00%	23,68%	
15	7,14%	6,25%	
<b>Área VI</b>	<b>1,85%</b>	<b>51,68%</b>	
<b>SMS</b>			

No hay datos de la  
tercera evaluación

B.- Se mantiene la estrategia de retroalimentación de la información entre la Subdirección de Enfermería, los responsables de los Equipos y los profesionales, por lo que se establece un nuevo cronograma para presentar los resultados en todos los Equipos del Área. En esta ocasión disponemos de una información más detallada, con resultados de cada criterio a nivel de Servicio Murciano de Salud, Área VI, Zona Básica de Salud y por profesional.

A continuación se muestran las tablas y las gráficas de resultados que se han presentado en los Equipos. Toda esta información ha permitido realizar un análisis muy exhaustivo de la situación con los profesionales implicados y el diseño de medidas correctoras específicas a todos los niveles, incluso a nivel individual.

El objetivo de cumplimiento para los criterios es igual para todos los profesionales, esto quiere decir que no se tienen en cuenta las diferentes

Calidad de los cuidados enfermeros.

Mejora de la calidad de los planes de cuidados enfermeros en el Área de Salud VI de la Región de Murcia

situaciones: número de tarjetas sanitarias, edad de la población, mayores de 65 años y menores de 2, tener un cupo solo de niños o solo de adultos o atender a una población mixta, dispersión geográfica (G1-G4), trabajar en un Centro cabecera o estar en un Consultorio periférico, ser punto de atención continuada o atención normal y presión asistencial entre otros.

### Datos presentados en el EAP N°1

Tabla nº33. Resultados globales de Planes de Cuidados 2014 del Equipo Atención Primaria N°1 comparado con el Área VI y el Servicio Murciano de Salud

INDICADOR	EAP N°1	Área VI	SMS	META
PdC diabéticos	32.56	20.67	19.69	>=15%
PdC HTA	25.74	14.4	14.36	>=10%
PdC a niños 0-6 años	26.28	13.7	14.08	>=15%
PdC Inmovilizados	63.36	40.81	49.84	>=30%

A nivel global el Equipo n°1 ha superado la media de resultados tanto a nivel del Área VI como a nivel del SMS, y se ha superado la meta en todos ellos. Las dificultades de este EAP se centran en que los profesionales identificados como 606W y 604T están adscritos a dos pedanías cada uno. A su vez, en una de ellas cada uno, no disponen ni de ordenador ni de acceso a internet, por lo que se dificulta, cuando no imposibilita, considerablemente el registro. Además de la dificultad que supone la dispersión geográfica, una de las pedanías se encuentra a 22Km del centro cabecera y de no disponer de ordenador, se suma la particularidad de que son un Punto de Atención Continuada, esto significa tienen que prestar atención sanitaria normal y de urgencias, tanto dentro del Centro de Salud o consultorio, como fuera de él, esto es tanto en domicilio como en la vía pública. (ver en: Anexo tablas de resultados por profesional y por criterio en cada Equipo de Atención Primaria)

### Datos presentados en el EAP N°2

A nivel global el Equipo n°2 ha superado la media de resultados tanto a nivel del Área VI como a nivel del SMS, y se ha superado la meta en todos los criterios excepto en el referente a planes de cuidados a inmovilizados.



Calidad de los cuidados enfermeros.  
Mejora de la calidad de los planes de cuidados enfermeros en el Área de Salud VI de la Región de Murcia

Tabla nº34. Resultados globales de Planes de Cuidados 2014 del Equipo Atención Primaria Nº2 comparado con el Área VI y el Servicio Murciano de Salud.

INDICADOR	EAP Nº2	Área VI	SMS	META
PdC diabéticos	34.28	20.67	19.69	>=15%
PdC HTA	26.65	14.4	14.36	>=10%
PdC a niños 0-6 años	25.29	13.7	14.08	>=15%
PdC Inmovilizados	22.91	40.81	49.84	>=30%

### Datos presentados en el EAP Nº3

Tabla nº 35. Resultados globales de Planes de Cuidados 2014 del Equipo Atención Primaria Nº3 comparado con el Área VI y el Servicio Murciano de Salud.

INDICADOR	EAP Nº3	Área VI	SMS	META
PdC diabéticos	27.04	20.67	19.69	>=15%
PdC HTA	24.18	14.4	14.36	>=10%
PdC a niños 0-6 años	6.35	13.7	14.08	>=15%
PdC Inmovilizados	31.89	40.81	49.84	>=30%

En la tercera evaluación, el Equipo nº3 ha superado, a nivel global ha superado la meta planteada a nivel de todos los indicadores, excepto en planes de cuidados a niños.

### Datos presentados en el EAP N°4

Tabla nº36. Resultados globales de Planes de Cuidados 2014 del Equipo Atención Primaria N°4 comparado con el Área VI y el Servicio Murciano de Salud.

INDICADOR	EAP N°4	Área VI	SMS	META
PdC diabéticos	2.37	20.67	19.69	>=15%
PdC HTA	2.38	14.4	14.36	>=10%
PdC a niños 0-6 años	1.45	13.7	14.08	>=15%
PdC Inmovilizados	12.50	40.81	49.84	>=30%

El Equipo nº4 ha conseguido a nivel global superar los objetivos planteados, excepto en el caso de los planes de cuidados en niños de 0-6 años.

### Datos presentados en el EAP N°5

Tabla nº 37. Resultados globales de Planes de Cuidados 2014 del Equipo Atención Primaria N°5 comparado con el Área VI y el Servicio Murciano de Salud.

INDICADOR	EAP N°5	Área VI	SMS	META
PdC personas DM	23.76	20.67	19.69	>=15%
PdC HTA	14.86	14.4	14.36	>=10%
PdC a niños 0-6 años	41.23	13.7	14.08	>=15%
PdC Inmovilizados	60.34	40.81	49.84	>=30%

A nivel global el Equipo nº5 ha superado la media de resultados tanto a nivel del Área VI como a nivel del SMS, y se ha superado la meta en todos ellos.

### Datos presentados en el EAP N°6

Tabla n°38. Resultados globales de Planes de Cuidados 2014 del Equipo Atención Primaria N°6 comparado con el Área VI el Servicio Murciano de Salud.

INDICADOR	EAP N°6	Área VI	SMS	META
PdC diabéticos	15.74	20.67	19.69	>=15%
PdC HTA	8.47	14.4	14.36	>=10%
PdCa niños 0-6 años	9.83	13.7	14.08	>=15%
PdC Inmovilizados	25.82	40.81	49.84	>=30%

A nivel global el Equipo n°6 solo alcanza la meta en el caso de los planes de cuidados a personas con diabetes.

### Datos presentados en el EAP N°7

Tabla n°39. Resultados globales de Planes de Cuidados 2014 del Equipo Atención Primaria N°7 comparado con el Área VI y el Servicio Murciano de Salud.

INDICADOR	EAP N°7	Área VI	SMS	META
PdC diabéticos	6.16	20.67	19.69	>=15%
PdC HTA	3.49	14.4	14.36	>=10%
PdC a niños 0-6 años	0.00	13.7	14.08	>=15%
PdC Inmovilizados	32.20	40.81	49.84	>=30%

Es el único Equipo en el que no se ha realizado ningún plan de cuidados en niños.

### Datos presentados en el EAP N°8

Tabla n°40. Resultados globales de Planes de Cuidados 2014 del Equipo Atención Primaria N°8 comparado con el Área VI y el Servicio Murciano de Salud.

INDICADOR	EAP N°8	Área VI	SMS	META
PdC diabéticos	15.05	20.67	19.69	>=15%
PdC HTA	9.40	14.4	14.36	>=10%
PdC a niños 0-6 años	12.08	13.7	14.08	>=15%
PdC Inmovilizados	40.0	40.81	49.84	>=30%

A nivel global el Equipo n°8 ha superado la meta propuesta en dos criterios, planes de cuidados a personas con diabetes y a inmovilizados, mientras que en el resto de criterios esta cerca de alcanzar la meta.

### Datos presentados en el EAP N°9

Tabla n°41. Resultados globales de Planes de Cuidados 2014 del Equipo Atención Primaria N°9 comparado con el Área VI y el Servicio Murciano de Salud.

INDICADOR	EAP N°9	Área VI	SMS	META
PdC diabéticos	29.80	20.67	19.69	>=15%
PdC HTA	20.56	14.4	14.36	>=10%
PdC a niños 0-6 años	6.49	13.7	14.08	>=15%
PdC Inmovilizados	34.9	40.81	49.84	>=30%

El Equipo n°9 ha superado a la media del Área y del Servicio Murciano en los criterios de elaboración de planes de cuidados a personas con diabetes y con hipertensión, ha obtenido resultados bajos en planes de cuidados a niños.

### Datos presentados en el EAP N°10

Tabla nº 42. Resultados globales de Planes de Cuidados 2014 del Equipo Atención Primaria N°10 comparado con el Área VI y el Servicio Murciano de Salud.

INDICADOR	EAP N°10	Área VI	SMS	META
PdC diabéticos	33.84	20.67	19.69	>=15%
PdC HTA	23.07	14.4	14.36	>=10%
PdC a niños 0-6 años	19.03	13.7	14.08	>=15%
PdC Inmovilizados	60.0	40.81	49.84	>=30%

El Equipo nº 10 ha obtenido unos resultados por encima de la media del Área y del Servicio Murciano en los cuatro criterios evaluados.

### Datos presentados en el EAP N°11

Tabla nº 43. Resultados globales de Planes de Cuidados 2014 del Equipo Atención Primaria N°11 comparado con el Área VI y el Servicio Murciano de Salud.

INDICADOR	EAP N°11	Área VI	SMS	META
PdC diabéticos	19.24	20.67	19.69	>=15%
PdC HTA	11.09	14.4	14.36	>=10%
PdC a niños 0-6 años	26.91	13.7	14.08	>=15%
PdC Inmovilizados	56.78	40.81	49.84	>=30%

Destacan los niveles de resultados en el criterio sobre planes de cuidados a niños de 0 a 6 años, alcanzando el doble de la media del Área VI.

### Datos presentados en el EAP N°12

Tabla nº 44. Resultados globales de Planes de Cuidados 2014 del Equipo Atención Primaria N°12 comparado con el Área VI y el Servicio Murciano de Salud.

INDICADOR	EAP N°12	Área VI	SMS	META
PdC diabéticos	4.37	20.67	19.69	>=15%
PdC HTA	2.8	14.4	14.36	>=10%
PdC a niños 0-6 años	10.67	13.7	14.08	>=15%
PdC Inmovilizados	25.0	40.81	49.84	>=30%

En el equipo nº12 destaca el bajo cumplimiento de los criterios referidos a planes de cuidados a personas con diabetes y con hipertensión.

### Datos presentados en el EAP N°13

Tabla nº45. Resultados globales de Planes de Cuidados 2014 del Equipo Atención Primaria N°13 comparado con el Área VI y el Servicio Murciano de Salud.

INDICADOR	EAP N°13	Área VI	SMS	META
PdC diabéticos	17.43	20.67	19.69	>=15%
PdC HTA	11.69	14.4	14.36	>=10%
PdC a niños 0-6 años	12.55	13.7	14.08	>=15%
PdC Inmovilizados	55.76	40.81	49.84	>=30%

En el EAP nº13 destaca el alto resultado obtenido en el criterio sobre planes de cuidados a personas inmovilizadas.

### Datos presentados en el EAP N°14

Tabla nº 46. Resultados globales de Planes de Cuidados 2014 del Equipo Atención Primaria N°14 comparado con el Área VI y el Servicio Murciano de Salud.

INDICADOR	EAP N°14	Área VI	SMS	META
PdC diabéticos	4.93	20.67	19.69	>=15%
PdC HTA	3.51	14.4	14.36	>=10%
PdC a niños 0-6 años	12.81	13.7	14.08	>=15%
PdC Inmovilizados	39.79	40.81	49.84	>=30%

En el Equipo N° 14 solo se ha alcanzado la meta propuesta en el criterio de planes de cuidados a personas inmovilizadas.

### Datos presentados en el EAP N°15

Tabla nº47.-Resultados globales de Planes de Cuidados 2014 del Equipo Atención Primaria N°15 comparado con el Área VI y el Servicio Murciano de Salud.

INDICADOR	EAP N°15	Área VI	SMS	META
PdC diabéticos	46.36	20.67	19.69	>=15%
PdC HTA	32.90	14.4	14.36	>=10%
PdC a niños 0-6 años	45.68	13.7	14.08	>=15%
PdC Inmovilizados	64.70	40.81	49.84	>=30%

El Equipo nº 15 es el que obtiene mejores resultados en todos los criterios evaluados del Área VI.

***Tercer grupo de medidas correctoras: Intervenciones a nivel específico.***

- Se solicitan a Servicios Centrales cambios en la fórmula del indicador de planes de cuidados a niños entre 0 y 6 años, ya que en la actualidad en el denominador se incluye a todos los menores de seis años del Área o de la correspondiente Zona Básica de Salud, y no solo a los que les corresponden las revisiones establecidas en el programa de atención al niño sano por edad, esto es: los niños con edades comprendidas entre 0 y 2 años, cuatro y seis, que se corresponde con las revisiones establecidas en el programa de atención al niño sano. Por lo tanto habría que eliminar del denominador a los niños de tres y cinco años.

- Se solicitan a Servicios Centrales cambios que en la fórmula del indicador de planes de cuidados a personas diabéticas e hipertensas, de manera que en el denominador se tenga en cuenta solo a las personas que acuden al Centro de Salud, en el periodo de tiempo evaluado, y no a toda a la población identificada como diabético o hipertenso como ocurre en estos momentos.

- Intervención específica en los EAP nº4, 7, 12 y 14: en estos momentos se está realizando una visita a estos centros con el fin de analizar las dificultades que tienen estos profesionales para realizar los planes de cuidados

- Se ha analizado los diagnósticos más frecuentes utilizados en nuestra Área para elaborar un documento con los planes de cuidados específicos para estos problemas (Anexo VIII Y IX).

En el Anexo de tablas de resultados, se muestran los denominadores y numeradores de cada uno de los indicadores, para poder valorar las prevalencias y las cargas de trabajo de cada profesional.

Si se analizan las tablas se puede observar, como en la mayoría de los Equipos, la participación en el logro de objetivos es muy desigual entre los profesionales.



Calidad de los cuidados enfermeros.  
Mejora de la calidad de los planes de cuidados enfermeros en el Área de Salud VI de la Región de Murcia

Calidad de los cuidados enfermeros.  
Mejora de la calidad de los planes de cuidados enfermeros en el Área de Salud VI de la Región de Murcia

## **CAPÍTULO 2. DISCUSIÓN**

Los objetivos planteados en este estudio fueron conocer, analizar y mejorar el nivel de cumplimiento de los planes de cuidados enfermeros contenidos en el Acuerdo de Gestión del Área VI de la Región de Murcia. Para lograr este objetivo se planteó una estrategia de mejora de la calidad asistencial mediante la realización de dos ciclos completos de mejora, siguiendo la metodología planteada por Saturno (Saturno, 1993).

En estos momentos, no cabe duda de que los cuidados enfermeros representan un elemento fundamental para mejorar el estado de salud de las personas, su registro constituye una parte integral de la documentación clínica y como consecuencia, de vital importancia para un adecuado ejercicio profesional (Mahler et al, 2007; Papathanasiou et al, 2007).

Por lo tanto la puesta en marcha de estrategias para implementar el uso de la metodología enfermera en los registros, supone una mejora de la calidad de los cuidados enfermeros y una herramienta imprescindible para medir, gestionar y mejorar de forma sistemática las actuaciones enfermeras (Guirao-Goris, 2006; Gutierrez y Serrano, 2014; Olmedo, Sanchidrián, PLÁ, Puente y Rodriguez, 2010). Los cuidados enfermeros son además necesarios para consolidar la identidad y avanzar en el desarrollo profesional, tanto dentro como fuera del propio colectivo. La metodología enfermera refleja la forma en que las enfermeras identifican, validan y tratan, los problemas de cuidados, y solo mediante su uso y registro se puede objetivar la aportación enfermera, se puede investigar y se puede financiar (AENTDE, 2014; Planas-Company e lcart-Isern, 2014).

El proceso de cuidar implica valorar al individuo, identificar el problema o los problemas existentes, diseñar intervenciones y ejecutar acciones para darles solución y posteriormente evaluar el resultado de dichas acciones. Nos encontramos en situación de afirmar que este proceso se realiza, y además bastante bien, en opinión de los usuarios de Atención Primaria del Área VI, otra cosa es que este

proceso se registre y que el registro siga la metodología del proceso de atención de enfermería.

La introducción de la historia clínica electrónica a partir del año 2.000 en el ámbito de la Atención Primaria del Servicio Murciano de Salud, supone una ventaja respecto a la historia clínica en papel, en cuanto a la legibilidad de los datos, la posibilidad de explotar toda la información y facilitar la continuidad asistencial, entre otros (Galimany, Garrido, Roca, y Girbau, 2012), pero es necesario realizar el registro correcto en lugares inequívocos para poder tener acceso a los mismos.

La aplicación informática usada se denomina OMI-AP y estas son las siglas correspondientes a Oficina Médica Informatizada en Atención Primaria, en su origen se diseñó solo para dar respuesta a necesidades burocráticas de los médicos: realizar interconsultas, informes clínicos y editar recetas. El desarrollo posterior para su adaptación a las necesidades de registro de cartera de servicios/plan personal y planes de cuidados, ha sido a base de módulos y asistentes con diseños y utilidades más o menos acertadas. Por lo que en la actualidad este registro sigue siendo bastante farragoso.

Escalante-Martínez, 2013 opina que si la calidad de los registros es mala pueden incluso llegar a perjudicar (En esta idea coinciden otros autores, citados en Blair y Smith, 2012; Escalante Martínez, 2013; Law, Akroyd y Burke 2010; Ofi y Sowunmi, 2012)

Las Direcciones y los Responsables de Enfermería deben liderar la gestión de los cuidados y la mejora constante de la calidad en los registros de los planes de cuidados, la bibliografía consultada así lo aconseja (Consejo Internacional de Enfermeras, 2010; Corrales-Nevado, Alonso-Babarro, y Rodríguez-Lozano, 2012; De Pedro, Morales, Sesé y Artigues, 2011; Padilla-Marín, Camacho-Bejarano, y Padín-López, 2014), y nuestro estudio así lo demuestra. La evaluación de la calidad de cuidados enfermeros es una herramienta imprescindible para gestionar de forma sistemática las actuaciones de los profesionales enfermeros (Souza, 2012). Además las direcciones ocupan una situación privilegiada en cuanto a la capacidad de

obtener la información necesaria para realizar este tipo de evaluaciones y también en cuanto a la capacidad de influir en generar cambios.

En nuestro medio, el hecho de situar los planes de cuidados enfermeros como parte de los objetivos del Acuerdo Gestión ha sido crucial para poder invertir recursos humanos y materiales en mejorarlos. De hecho a lo largo de los últimos 15 años se han producido algunas iniciativas para ponerlos en marcha, en concreto en el año 2000, desde la unidad docente de la Gerencia nº1 de Atención Primaria de Murcia, se realizó una importante acción formativa y se creó un grupo de trabajo que elaboró y publicó dos Guías con planes de cuidados estandarizados (Comisión de Enfermería en Metodología de Cuidados en Atención Primaria, 2000). Pero no ha sido hasta estos momentos cuando se han destinado los recursos humanos y materiales necesarios para difundir e implantar esta metodología de trabajo en toda el Área VI y en todo el Servicio Murciano de Salud, ya que el Acuerdo de Gestión contempla los mismos indicadores sobre planes de cuidados enfermeros en toda la Región.

La enfermera comunitaria del siglo XXI se enfrenta al reto de hacer real la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad (Corrales-Nevado, 2012; Sarabia y Alvarezde, 2009) y de prestar cuidados idóneos y de calidad a una población cada vez más envejecida y con más necesidades de atención: el paciente crónico complejo y/o frágil supone un 5% de la población y consume el 65% de los recursos sanitarios (Miguélez-Chamorro A, 2014; Pérez, 2006). Este va a ser un problema creciente para todos los países del mundo, por lo que es necesario que aunque los cuidados enfermeros se realicen de acuerdo a guías y estándares de calidad que además ayuden a minimizar la variabilidad de la práctica asistencial, será también necesario, que en la medida de lo posible se personalicen de acuerdo a las necesidades y a los valores de las personas (Ollero, 2011; Planas-Company, 2014; RNAO, 2006) y se conviertan en indicadores medibles y que contribuyan a la visibilidad de la aportación enfermera.

Las personas con enfermedad crónica representan un problema creciente para todos los países del mundo, y existe la necesidad de que las personas con

esas enfermedades tengan acceso a unos cuidados idóneos y específicos en las enfermedades crónicas (Padilla-Marín, 2014) en este sentido la enfermera comunitaria debe ser el referente de las personas con problemas crónicos en la comunidad. El Consejo Internacional de Enfermeras en su informe del año 2010 (Consejo Internacional de Enfermeras, 2010), estima que se podrían evitar alrededor del 80% de las enfermedades crónicas, destacando el papel de las enfermeras en la prevención de estos problemas. De hecho uno de los retos contemplados en el Plan de Salud 2010-2015 de la Región de Murcia consiste en disponer de un Sistema Sanitario capaz de identificar los problemas de salud de la población, de anticiparse a sus necesidades de futuro y de ser capaz de adaptarse a ellas.

Otro reto pendiente de resolver definitivamente, y que está muy ligado al anterior es la coordinación entre niveles asistenciales y la continuidad de los cuidados que deben constituirse en objetivo prioritario de cualquier Sistema Sanitario (Martínez y San Juan, 2009).

Somos profesionales con un área de conocimiento propio y con autonomía en nuestro campo, este hecho se visibiliza sobre todo en el ámbito de Atención Primaria, donde la enfermera dispone, por primera vez, de un espacio propio donde relacionarse con la población que tiene asignada: la consulta enfermera (De la Cuesta, 1987) además de realizar atención domiciliaria, educación sanitaria a grupos, e intervención comunitaria, donde tiene la potestad de convertirse en profesional gestor de casos (Lee et al, 1998; Challiset al 1998) citados en Mínguez, 2011.

Por todo lo anteriormente expuesto la Atención Primaria se configura como escenario clave de la atención sanitaria y la enfermera comunitaria el profesional idóneo para afrontar estos retos.

El análisis realizado tras la primera evaluación de este estudio identifica las posibles causas del infraregistro y éstas se agrupan en cuatro grupos:

- Falta de formación y conocimientos
- Infraestructura/sistema de registro

- Organización del trabajo
- Intrínsecas a los propios profesionales.

En base a ellas se diseñaron las intervenciones de mejora y que a continuación se van a discutir.

## **1. Medidas correctoras puestas en marcha**

### **1.1. Estrategia formativa.**

La intervención de mejora que se podría denominar estrella, es la formación sobre planes de cuidados, siguiendo la metodología enfermera y su registro en la historia clínica electrónica OMI-AP. Se decidió poner en marcha esta estrategia tal y como se ha hecho en otras Áreas de Salud de nuestro entorno, por las numerosas demandas de los profesionales y en base a las recomendaciones de la literatura consultada (Escalante, 2013; Maña, 2000; Pérez-Rivas, 2006). En este sentido, es fundamental tener en cuenta que un buen número de las enfermeras que trabajan en Atención Primaria, no recibieron instrucción sobre estos aspectos durante su formación académica ya que su plan de estudios no contemplaba el uso de la metodología enfermera ni los planes de cuidados. No olvidemos que la media de edad de estas enfermeras se sitúa en torno a los 56 años y que en la actualidad la plantilla se renueva por la afluencia de enfermeras que acceden a las plazas mediante concurso de traslados desde el Hospital, y al ser la antigüedad el único criterio que se tiene en cuenta, las nuevas enfermeras tienen esta edad o incluso son mayores. Además de la diferente procedencia de los profesionales: Ayudante Técnico Sanitario de Zona, Ayudante Técnico Sanitario de Asistencia Pública Domiciliaria, enfermera cupo, enfermera de consulta y enfermera del nuevo modelo, que ha accedido a la plaza por concurso-oposición (Mínguez, 2011) genera una amalgama de profesionales con conocimientos muy diferentes, por lo que la estrategia formativa además de conocimientos aporta también cierta homogeneidad. La existencia de un proyecto común mejora el clima emocional y laboral para el equipo (García, 2010).

La eficacia de esta intervención se demuestra por el hecho de que en el momento de realizar la segunda evaluación faltaban profesionales de seis Equipos, los identificados con los números 2, 3, 4, 6, 12 y 14 de los quince Equipos, por recibir la formación individualizada sobre planes de cuidados y metodología enfermera y cuatro de estos seis, los identificados con los números 3,4,6 y 14 son los que presentan los niveles de resultados más bajos.

### **1.2. Auditoria y la retroalimentación (feedback)**

Está demostrado que ambas intervenciones mejoran la práctica profesional sobre todo cuando el cumplimiento al inicio de la práctica recomendada es bajo (Iverset al, 2012). En nuestro caso los Equipos nº 2 y nº 12 han experimentado una mejora significativa, en la segunda evaluación, cuando aún no se ha procedido a la formación individualizada y esta intervención, junto con las sesiones formativas de Equipo son las únicas intervenciones realizadas.

Así mismo, durante las visitas a los Equipos, se han intentado crear espacios de reflexión que permitieran analizar y debatir sobre la utilidad de los registros, sus dificultades, qué se debe registrar y cómo, y que un buen registro es fundamental para garantizar unos buenos cuidados. Además se ha insistido en la realización de sesiones clínicas de cuidados en el seno de los Equipos, ya que estas pueden y deben ser utilizadas como método para afianzar y profundizar en la aplicación práctica del proceso enfermero (Guirao-Goris, Del Pino, 2001) y para adaptar los planes de cuidados estandarizados a las diferentes realidades de las personas cuidadas.

### **1.3. Establecimiento de planes de cuidados estandarizados**

Se planteó como estrategia de mejora, la elaboración de planes de cuidados estandarizados adaptados a las actividades realizadas en las revisiones del programa de atención al niño sano y para personas inmovilizadas, diabéticos e hipertensos (Banco de preguntas Preevid, 2013) y para personas adultas con otros tipos de problemas de salud.



La elaboración de los planes de cuidados estandarizados adaptados a los problemas de salud evaluados ha mejorado significativamente la consecución de los objetivos y ha producido una disminución de la variabilidad en la práctica asistencial, lo que significa una mejora añadida.

## **2. Medidas correctoras pendientes de poner en marcha: mejoras en la aplicación informática y cambios en el cálculo de los indicadores.**

### **2.1. Mejoras en la aplicación informática OMI-AP**

Un problema importante que tiene la aplicación informática de la historia clínica de que disponemos en la actualidad, es que el registro de los planes de cuidados no están ligados correctamente a los registros de los planes personales y aunque se registren todos los campos de las valoraciones por patrones funcionales, los planes personales aparecen como no realizados en la aplicación OMI-AP, con lo que es necesario realizar un doble registro. La solución definitiva pasaría por realizar cambios en la aplicación informática de manera que facilite y se agilicen los registros.

En el actual momento de crisis económica no es factible llevar a cabo estas mejoras ya que suponen una inversión económica que no parece prioritaria en estos momentos.

### **2.2. Cálculo de Indicadores. Planes de cuidados a personas diabéticas e hipertensas**

La propuesta planteada para el cambio de la fórmula del indicador, consiste en que en el denominador solo consten el número de personas que realmente acuden al Centro de Salud en el periodo de tiempo evaluado y no todas aquellas personas en cuya historia clínica consta un diagnóstico de hipertensión o diabetes, acudan o no al Centro de Salud, tal y como esta en estos momentos. Hay una parte de la población, sobre todo, adultos jóvenes, que son independientes en su autocuidado y rara vez acuden al Centro de Salud, y si lo hacen es por un problema de salud agudo y no crónico (Agudo y González, 2002; Seguí, Linares, Blanco, Ramos, Torrent, 2012; Pedrera-Carbolell et al, 2005), este grupo de personas son

inaccesibles para la enfermera de Atención Primaria, por lo no es posible realizarles un plan de cuidados.

### **2.3. Planes de cuidados a niños entre 0 y 6 años**

En la actualidad el número del denominador de este indicador, lo componen todos los niños que tienen una edad comprendida entre 0 y 6 años del Área de Salud, la propuesta es que en el denominador, se consideren solo aquellos niños a los que por edad les corresponde una revisión del programa de atención del niño sano, ya que son estos niños los que acuden a la consulta programada de enfermería. Serían los niños que en el periodo de tiempo evaluado tengan 2, 4, 6, 15 y 18 meses, y dos, cuatro y seis años, habría que eliminar de este denominador a los niños de tres y cinco años.

## **3. Discusión sobre Criterios evaluados**

### **3.1.- Planes de cuidados a personas con diabetes mellitus**

Este criterio ha experimentado un alto nivel de mejora con las intervenciones realizadas, solo queda pendiente los cambios a nivel del cálculo del indicador tal y como se ha explicado en el apartado anterior.

El objetivo planteado en el Acuerdo de Gestión era lograr que el 15% de las personas con diabetes tuvieran realizado un plan de cuidados y se ha logrado el 20,67%, lo que supone un punto por encima de la media del Servicio Murciano de Salud.

### **3.2.- Planes de cuidados a personas con hipertensión arterial**

Este criterio junto con el anterior han experimentado una mejora importante y se repite la misma situación anterior.

El objetivo planteado en el Acuerdo de Gestión era lograr que el 10% de las personas con hipertensión arterial tuvieran realizado un plan de cuidados y se ha

logrado el 14,4%, lo que supone estar al mismo nivel que el resto del Servicio Murciano de Salud.

### **3.3.-Planes de cuidados a niños entre 0 y 6 años**

Este es el criterio con menor nivel de cumplimiento tras las tres evaluaciones (13,7%). Aunque se ha quedado muy cerca, a escasas cuatro décimas de la media de los resultados obtenidos por el conjunto del Servicio Murciano de Salud (14,08%) y a poco más de un punto de distancia con respecto al objetivo del Acuerdo de Gestión (15%), lo que supone una importante mejora. La implementación de los planes de cuidados estandarizados han sido cruciales para acercarse en el logro del objetivo en la tercera evaluación con respecto a la segunda.

En cualquier caso el resultado sorprende si se compara con los resultados del programa de atención al niño sano, que son los más altos de la Cartera de Servicios de los años 2013 y 2014 (Dirección General de Asistencia Sanitaria\_Servicio Murciano de Salud, 2013;2014).

Todo parece indicar que esta situación se debe a que la historia clínica electrónica de que se dispone, tiene separados los registros de la Cartera de Servicios de los correspondientes a los planes de cuidados, por lo que es necesario realizar un doble registro, tal y como se explico en el apartado anterior.

### **3.4.- Planes de cuidados a personas inmovilizadas**

El criterio que ha alcanzado mayor nivel de cumplimiento es la realización de planes de cuidados a personas inmovilizadas, este hecho demuestra que la depuración de episodios llevada a cabo ha sido eficaz. Este mayor cumplimiento de criterio también puede ser debido a la tradición de este indicador ya que es el único sobre planes de cuidados que figura en la Cartera de Servicios desde el año 2000 y ha sido considerado “programa estrella” de la enfermera comunitaria (Instituto Nacional de la Salud, 2001) y sometido a ciclos de mejora con anterioridad en el Área VI (Moreno, 1996).

### **3.5.- Informe de Continuidad de Cuidados tras el Alta**

La continuidad asistencial es un elemento clave en la prestación de cuidados de calidad, sin embargo son muchas las barreras organizativas de los diferentes escenarios asistenciales (Sarabia, 2009). El registro de la continuidad de cuidados mediante el informe emitido tras el alta hospitalaria, es un criterio de bajo cumplimiento en la primera evaluación, las causas pueden ser múltiples y relativamente complejas, una de las principales, en nuestro medio, era debido a que desde Atención Primaria no se tiene acceso al sistema informático del Hospital (SELENE). La puesta en marcha de la aplicación informática que permite el fácil acceso a identificar a las personas que han sido dadas de alta en el Hospital de referencia del Área VI y al informe de alta a través de una aplicación informática denominada Ágora, donde se puede consultarla información relevante de las historias clínicas de los usuarios, incluidos los informes de alta, ha facilitado el seguimiento de estas personas, aunque se tarda entre 48 y 72 horas en poder consultar el informe de alta. La Continuidad de Cuidados se fundamenta en la interrelación profesional en los diferentes niveles asistenciales y esto conlleva el desarrollo y puesta en marcha de un sistema de intercambio de información rápido, eficaz y seguro. En la situación actual se logra la continuidad de cuidados pero no facilita la proactividad, como sería deseable.

La solución definitiva pasaría por que las enfermeras dispongan de acceso a la aplicación informática del Hospital y poder consultar en tiempo real los informes de alta, tal y como tienen los médicos, de esta forma se podría además ser proactivo, sin olvidar que la proactividad es una de las cualidades que debe caracterizar la Atención Primaria (The Boston Consulting Group, 2014).

A pesar de estas dificultades en la segunda evaluación se demuestra la efectividad de la medida correctora ya que se ha alcanzado el objetivo de cumplimiento propuesto para este criterio. Desconocemos la situación de este criterio a 31 de diciembre del año 2014, aunque podemos suponer que, como mínimo, se mantiene el cumplimiento de criterio de la evaluación anterior.

Calidad de los cuidados enfermeros.  
Mejora de la calidad de los planes de cuidados enfermeros en el Área de Salud VI de la Región de Murcia

Calidad de los cuidados enfermeros.  
Mejora de la calidad de los planes de cuidados enfermeros en el Área de Salud VI de la Región de Murcia

### **CAPÍTULO 3. LIMITACIONES DEL ESTUDIO**

Los indicadores no son una medida directa de la calidad de la atención sanitaria (JCAHO, 1991), son más bien una visualización o señal de los puntos o elementos que deben ser revisados, para mejorar la calidad de la asistencia prestada por una organización sanitaria, por lo que no se debe olvidar que en realidad hemos medido la calidad del registro y no necesariamente la calidad del cuidado.

Ante los resultados encontrados, podemos afirmar que las medidas correctoras han sido eficaces, pero no sabemos qué peso ha tenido cada una de ellas en la consecución de los objetivos.

Durante el proceso del estudio se ha modificado la forma de extracción de los datos y si bien se desconoce si puede haber habido algún sesgo, en principio se puede suponer que no, ya que la fuente primaria, la historia clínica informatizada, sigue siendo la misma.

Calidad de los cuidados enfermeros.  
Mejora de la calidad de los planes de cuidados enfermeros en el Área de Salud VI de la Región de Murcia



## **CAPITULO 4.- IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA Y LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN**

- La primera implicación viene dada por las propias limitaciones del estudio, por lo que como primera línea de investigación futura, sería interesante ser capaces de saber en qué medida han contribuido cada una de las medidas implementadas en la consecución de los objetivos.

- Facilitar el acceso a las aplicaciones informáticas y el acceso a la información, es vital para la continuidad de los cuidados. Una implicación fundamental para la práctica es dotar a las enfermeras del Área VI de acceso a SELENE, con el fin de facilitar la proactividad desde este escenario asistencial.

- El objetivo de cumplimiento de cada criterio es igual para todos los profesionales, sin tener en cuenta las diferentes cargas de trabajo derivadas por la dispersión geográfica, número y edad de los usuarios. Pensamos que en el futuro próximo los objetivos de cumplimiento de cada criterio debería individualizarse.

- Tras la tercera evaluación y con el análisis de los datos correspondientes a los resultados de cada criterio por Equipo de Atención Primaria y por cada profesional, se han diseñado e implementado nuevas intervenciones, en base a los nuevos espacios de mejora detectados y en esta ocasión ya a nivel individual. Con el fin de hacer una apuesta constante por los cuidados de calidad, nos planteamos seguir esta línea y realizar otro análisis en el plazo de seis meses.

Otro aspecto sobre el que merece la pena prestar atención y se debería tener en cuenta para líneas futuras de investigación, es que tal y como puede apreciarse en el apartado en el que se describen las Zonas Básicas de Salud, a través de las pirámides de población y en la distribución de recursos en los diferentes EAP del Área, existen diferencias en cuanto a envejecimiento de la población, zonas con muchos más niños que otras y otras zonas con más personas mayores de 65 y 75 años que otras. También existen diferencias en cuanto a la asignación del número de tarjetas sanitarias por profesional y dispersión geográfica entre unas Áreas y otras..etc. Incluso también podría ser interesante realizar un análisis en cuanto a los recursos económicos de la población. Hay Zonas Básicas de Salud donde el nivel

adquisitivo de la población es significativamente mayor que el de otras (según datos de tarjeta sanitaria en cuanto a las aportaciones en farmacia), lo que favorece el acceso a cuidadores remunerados y demandan menos apoyo y cuidados por parte de la enfermera comunitaria, sobre todo en el caso de las personas inmovilizadas en su domicilio. Por estos motivos opinamos que no deberíamos poner el mismo nivel de consecución de objetivos en todos los Equipos, y que todos estos criterios se deberían tener en cuenta también, a la hora de asignar los recursos humanos, por lo que sería necesario, conveniente, tener en cuenta las situaciones particulares de cada realidad asistencial para individualizar y adaptar los objetivos del Acuerdo de Gestión a cada una de ellas.

## **CAPÍTULO 5. CONCLUSIONES**

1.- Las tres evaluaciones realizadas, reflejan una clara mejora del nivel de cumplimiento de los cuidados enfermeros en el Área VI, por lo que la primera conclusión de este estudio es que se ha logrado el objetivo general planteado al inicio.

2.- Podemos afirmar que el infraregistro o registro inadecuado de los planes de cuidados, era la causa principal de las deficiencias encontradas en la primera evaluación en nuestro estudio.

3.- La técnica del grupo nominal y lluvia de ideas han confirmado ser una forma eficaz y enriquecedora de analizar problemas de calidad.

4.- Queda demostrada la eficacia de incorporar actividades de evaluación y mejora de la calidad asistencial en Atención Primaria.

5.- La presencia de criterios de calidad de los cuidados enfermeros en el Acuerdo de Gestión, ha sido una estrategia fundamental para lograr la implantación de la metodología enfermera como forma de registro de los cuidados.

6.- Las direcciones y los responsables de enfermería deben liderar la gestión de los cuidados y la mejora constante de las buenas prácticas.

7.- Las intervenciones diseñadas e implementadas han sido eficaces, aunque no sabemos en qué medida cada una de ellas.

8.- La introducción de la historia clínica informatizada a partir del año 2.000 supone una ventaja respecto al papel en cuanto a la legibilidad de los datos, y la posibilidad de explotar toda la información, pero es necesario el registro correcto en lugares inequívocos para poder tener acceso a los mismos.

9.- Para consolidar la identidad y avanzar en el desarrollo profesional, es necesario el uso de la metodología enfermera, ya que ésta refleja la forma en que las enfermeras identifican, validan y tratan, los problemas de cuidados, y solo mediante su uso y registro se puede objetivar la aportación enfermera, se puede investigar y financiar.

10.-La investigación proporciona un fundamento teórico a la práctica asistencial.

11.-La Consulta Enfermera es un importante instrumento que actúa como marco que permite la definición y la visualización de los cuidados enfermeros, lo que les facilita un desarrollo profesional adecuado.

12.- Se puede afirmar que a 31 de diciembre de 2014 todas las enfermeras del Área de Salud VI de Murcia, conocen o usan la metodología enfermera como forma de registro de los cuidados que realizan.

13.- El uso de los planes de cuidados estandarizados ha supuesto, además de una intervención eficaz en cuanto a la mejora de los resultados, una disminución de la variabilidad de la práctica clínica.

*“La calidad no es un destino:  
es un viaje sin final”*

*D.Cottle*

## **Bloque V:**

## **BIBLIOGRAFÍA**

Calidad de los cuidados enfermeros.  
Mejora de la calidad de los planes de cuidados enfermeros en el Área de Salud VI de la Región de Murcia

## **BLOQUE V: BIBLIOGRAFÍA**

### **CAPITULO 1. ESTRATEGIAS DE BÚSQUEDA**

La estrategia de búsqueda incluyó estudios publicados en español e inglés y no se limitó por años de publicación.

Las bases de datos utilizadas para la búsqueda de información fueron:

- ✓ PubMed.
- ✓ CINAHL.
- ✓ Cochrane Library.
- ✓ IME (Índice Médico Español) (base de datos producida por el Centro Superior de Investigaciones Científicas-CSIC)
- ✓ CUIDEN Plus.
- ✓ Dialnet.
- ✓ Scielo.

Igualmente, se realizará una búsqueda de literatura inédita o gris en las fuentes siguientes:

- ✓ Teseo.
- ✓ TDR (Tesis doctorales en red)
- ✓ World Health Organization

Se realizó además una búsqueda secundaria en la bibliografía de los estudios seleccionados.

Se han utilizado las siguientes palabras clave en castellano y sus Descriptores [MeSH (Medical SubjectHeadings)] correspondientes, mediante la combinación de los operadores booleanos AND, OR y NOT:

1. *Atención de Enfermería*, definida en DeCS<sup>4</sup> como: “Cuidados prestados al paciente por personal del servicio de enfermería”, MeSH correspondiente “Nursing Care”.
2. *Enfermería de Atención Primaria*, definida en DeCS como: “Técnicas o métodos de atención al paciente utilizado por enfermeras como proveedores de atención primaria”, no se debe confundir con atención básica, MeSH correspondiente “Primary Care Nursing”.
3. *Garantía de la Calidad de Atención de Salud*, definida en DeCS como: “Actividades y programas encargados de asegurar la calidad de la atención en un acto o programa médico definido”, MeSH correspondiente “Quality Assurance, Health Care”.
4. *Calidad de la atención de Salud*, definida en DeCS como: “Los niveles basados en normas de calidad que caracterizan a los servicios o cuidados de salud proporcionados”, MeSH correspondiente “Quality of HealthCare”.
5. *Gestión de la calidad*, definida en DeCS como: “Práctica de las organizaciones para asegurar que sus procedimientos se ajusten a los requisitos de los clientes. Un sistema de gestión de calidad demuestra la previsibilidad de las operaciones internas y la capacidad para satisfacer las demandas de los clientes, aumentando su satisfacción”, MeSH correspondiente “Quality Management”
6. El término MeSH “nursing records” y el término DeCS *registros de enfermería* definida como: “Anotaciones registradas por enfermeras<sup>5</sup> relativas a los cuidados prestados al paciente, incluye el criterio de progresos del paciente” ; también se utilizó la expresión “nursing documentation” que no es un término MeSH, pero que se utiliza ampliamente como sinónimo del término MeSH “nursing records”.

---

<sup>4</sup>DeCS: Descriptores en Ciencias de la Salud. El vocabulario estructurado y trilingüe DeCS (inglés, español y portugués) fue creado por BIREME para uso en la indización de artículos de revistas científicas, libros, anales de congresos, informes técnicos, y otros tipos de materiales, así como para ser usado en la búsqueda y recuperación de asuntos de la literatura científica en las bases de datos LILACS, MEDLINE y otras. Fue desarrollado a partir del MeSH - Medical Subject Headings de la U.S. National Library of Medicine con el objetivo de permitir el uso de terminología común para búsqueda en tres idiomas, proporcionando un medio consistente y único para la recuperación de la información independientemente del idioma.

<sup>5</sup>Enfermera: En femenino en el original



## CAPITULO 2. BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

Agudo Polo S, González Pascual JL.(2002).Consulta de enfermería a demanda: ¿por qué acuden los usuarios? *Enfermería Clínica*;12(3):104-8.

Asociación Española de Normalización y Certificación. (AENOR) 1993. ISO 9004-2:1991(UNE-EN 29004-2) Gestión de la Calidad y elementos del sistema de calidad. Parte 2:Guía para los servicios. Madrid.

Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería (AENTDE). 2001. Recuperado el 16 de abril de 2012 de [http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/64906/6/2001\\_1.pdf](http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/64906/6/2001_1.pdf)

Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería (AENTDE). 2014. Recuperado el 9 de marzo de 2015 de: <http://hdl.handle.net/2445/63969>

Aguilera Guzmán, M, Abad Bassols. A.(2001). Desarrollo de planes de cuidados en la cartera de servicios de Atención Primaria. Madrid: Instituto Nacional de la Salud Subdirección General de Coordinación Administrativa, Área de estudios, Documentación y Coordinación Normativa; 2001.

Aguilera Guzmán, M. Dirección General del Insalud (2003). Oferta de Servicios en Atención Primaria. *Atención Primaria*, 31(5):319-326.

Alfaro-Lefevre, R. (2003). *Aplicación del Proceso Enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración*. Barcelona: Masson.

American Nurses Association (ANA).(1997). Community Nursing . Recuperado de: <http://www.nursingworld.org/SpecialPages/Search?SearchMode=1&SearchPhrase=Community+Nursing>

American Nurses Association(ANA).(2004).*Scope and standards of publichealth nursing*. Recuperado el 22 de septiembre de 2010 de:<http://www.nursingworld.org/practice/publichealthnursing.pdf>.

Anaya Cintas F. (2001). Enfermería Comunitaria/ Community Nursing. Recuperado el 5 de Julio de 2014 de: [www.enfermeriacomunitaria.org](http://www.enfermeriacomunitaria.org)

Anaya Cintas, F. (2004)Definición de Enfermería Comunitaria. Recuperadoel 5 de julio de 2014 de:[www.enfermeriacomunitaria.org/index.php?idioma=es&id\\_pagina=61](http://www.enfermeriacomunitaria.org/index.php?idioma=es&id_pagina=61)

Anglada Mirabent, N., Cañadell Ledesma, E. (2000). Satisfacción de Enfermería de atención primaria en las comarcas del Altí Baix Empordà. *Atención Primaria*, 25(5): 326-330.

Antón Nardiz M.V. Enfermería y Atención Primaria de Salud: de enfermeras de médicos a enfermeras de la comunidad. (1989) Madrid: Díaz de Santos.

Antón-Nardiz, M.V. Las enfermeras entre el desafío y la rutina. Una mirada al siglo XXI.(1998) Madrid:díaz de Santos.

Asociación Andalzade Enfermería Comunitaria (ASANEC). (2011). Líneas de investigación propuestas por la Asociación de Enfermería Comunitaria de Andalucía. *Enfermería Clínica*, 21(3):159-162. Doi:10.1016/j.enfcli.2011.02.007.

Asociación Enfermería Comunitaria (AEC). (2001). *Memoria justificativa de la especialidad en enfermería de Salud Comunitaria*. Recuperado el 21 de Junio de 2013 de: <http://www.enfermeriacomunitaria.org/documentacion/especialidad.html>.

Banco de preguntas Preevid.(2013). ¿Existe evidencia sobre la utilización de planes de cuidados estandarizados para una mejor gestión de los cuidados?. [https://www.murciasalud.es/preevid.php?op=mostrar\\_pregunta&id=19549&idsec=453](https://www.murciasalud.es/preevid.php?op=mostrar_pregunta&id=19549&idsec=453)

Bellón, J. A., Delgado-Sánchez, A., de Dios Luna, J. (2007). Patient psychosocial factors and primary care consultation: a cohort study. *Family Practice*,24(6): 562-569.

Blair, W. y Smith, B.(2012). Nursing documentation: Frameworks and barriers. *Contemporary Nurse*, 41(2), 160-168. Doi: 10.5172/conu.2012.41.2.160

Boletín Oficial de la Región de Murcia nº172/1944. LEY 4/1994, de 26 de julio, de Salud de la Región de Murcia

Boletín Oficial de la Región de Murcia 7092 orden de 24 de abril de 2009 de la Consejería de Sanidad y Consumo, por la que se establece el Mapa Sanitario de la Región de Murcia, pp.20473-20489.

Boletín Oficial del Estado 196 de 11 de Julio de 1934. Ley de Coordinación Sanitaria.

Boletín Oficial del Estado 361 de 27 de diciembre de 1942. Ley 14 de 14 de Diciembre, por la que se crea el seguro obligatorio de enfermedad.

Boletín Oficial del Estado 331 de 25 de noviembre de 1944. Ley de bases de organización de la sanidad.

Boletín Oficial del Estado 311/1978 de 29 de diciembre de 1978 por el que se promulga la Constitución española de 1978. Recuperado el 21 de junio de 2013 de: <http://www.boe.es/boe/dias/1978/12/29/pdfs/A29313-29424.pdf>

Boletín Oficial del Estado 251/1999 de 20 de octubre. Ratificación del consejo para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las

aplicaciones de la biología y la medicina. (NÚMERO 164 DEL CONSEJO DE EUROPA).  
Recuperado el 21 de junio de 2013 de: <http://www.judicatura.com/legislacion/1533.pdf>

Boletín Oficial del Estado 27 de 1 de febrero de 1984, mediante el que se publica el Real Decreto 137/1984, de 11 de Enero sobre estructuras Básicas de Salud .

Boletín Oficial del Estado 102 del 29 de abril de 1986. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

Boletín Oficial del Estado 183. Real Decreto 992 de tres de Julio de 1987, por el que se regula la obtención del título de enfermera especialista.

Boletín Oficial del Estado 243 del 11 de octubre de 1994, Ley 4/1994, de 26 de julio, de Salud de la Región de Murcia.

Boletín Oficial del Estado 274 de 12 de Noviembre de 2002. Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Boletín Oficial del Estado 280 del 22 de noviembre de 2003. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias.

Boletín Oficial del Estado 128 de 29 de mayo de 2003. Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

Boletín Oficial del Estado 21, de 25 de enero de 2005. Real decreto 55/2005 por el que se establece la estructura de las enseñanzas universitarias y se regulan los estudios oficiales de grado.

Boletín Oficial del Estado 108. Real Decreto 450 de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería. Ministerio de la Presidencia. España: 6 de mayo de 2005; (108):15480-88.

Boletín Oficial del Estado 108 del 6 de mayo de 2005. Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería, pp.15480-15486.

Boletín Oficial del Estado 222/2006 de 16 de septiembre de 2006. Real Decreto 1030/2006 por el que se establece la Cartera de Servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y procedimiento para su actualización.

Boletín Oficial del Estado 200 de 13 de agosto de 2007. Orden ECI/2514 sobre expedición de los títulos universitarios oficiales de máster y doctor.

Boletín Oficial del Estado 1119 de 9 de Mayo de 2013. Orden de Presidencia 861/2013, por la que se establecen los requisitos de acreditación de las unidades docentes multiprofesionales.

Boufort, J. (1996). Claves de Éxito de la Gestión sanitaria en el futuro: integración vertical y horizontal. Gestión de Profesionales. *Documentos técnicos. Escuela Andaluza de Salud Pública.*

Camacho Bejarano, R., García Flores, Y., Calvo González, G., Carrasco Gómez, A. L., Gómez Salgado, J. (2011). La mentoría clínica en el desarrollo competencial de los profesionales de Enfermería: la visión desde el Reino Unido. *Index de Enfermería*, 101-105.

Carrillo García, C. (2011). Un Estudio sobre la Satisfacción de la Vida Laboral en Profesionales Sanitarios del Hospital General Universitario José María Morales Meseguer. (Tesis Doctoral) Universidad de Murcia. Murcia

Centro Regional de Estadística,(2014). Región de Murcia. Recuperado 17 de julio de 2014 de: [http://www.carm.es/econet/sicrem/PU\\_datosBasicos/sec164.html](http://www.carm.es/econet/sicrem/PU_datosBasicos/sec164.html)

Charrier, J., Ritter, B. (2005). *El Plan de Cuidados Estandarizado. Un soporte del diagnóstico enfermero. Elaboración y puesta en práctica.* Madrid: Ed. Masson. Elsevier España.

Cherniss, C., Goleman, D.(2005).Inteligencia emocional en el trabajo.Barcelona: Kairos.

College of Registered Nurse of Nova Scotia. (2014). *Standards for Nursing Practic:1-20.*Recuperado el 17 de julio de 2014 de: <http://www.crnns.ca/documents/standards2004.pdf>

College of Registered Nurses of British Columbia.(2014)*Scope of Practice for Registered Nurses (Standards, Limits and Conditions).*Recuperado el 5 de julio de 2014 de: <http://www.crnbc.ca/downloads/433-scope.pdf>

Collière, M. (1993). *Promover la vida. De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería.* Madrid: McGraw-hill/Interamericana.

Comet-Cortés, P., Escobar-Aguilar, G., González-Gil, T., De Ormijana-Sáenz-Hernández, A., Rich Ruiz, M.,Vidal-Thomas, C. (2010). Establecimiento de prioridades de investigación en enfermería en España: estudio Delphi. *Enfermería Clínica*, 20(2), 88-96. Doi: 10.1016/j.enfcli.2009.10.003.

Comisión de las Comunidades Europeas. (2002). El futuro de la asistencia sanitaria y de la atención a las personas mayores: garantizar la accesibilidad, la calidad y la sostenibilidad financiera. *Comunicación de la Comisión al Consejo, al Parlamento Europeo, al Comité Económico y Social y al Comité de las Regiones.* Bruselas.Recuperado el 16 de noviembre de 2012 de:<http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//NONSGML+REPORT+A5-2002-0452+0+DOC+PDF+V0//ES>

Consejería de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia. Universidad de Murcia. (1992). *Programa EMCA. Gestión de la Calidad Asistencial*. Recuperado 21 de junio de 2013 de: <http://www.programaemca.org>.

Consejería de Sanidad. (2003). Manual de procedimiento PARA LA REALIZACIÓN DE para la realización de grupos de discusión Comunidad Autónoma de Murcia. Recuperado el 3 de marzo de 2011 de: <https://sms.carm.es/somosmas/documents/63024/0/Gu%C3%ADa+grupos+focales+EMCA.pdf/25272431-4405-4474-982f-c8971823edce>

Consejería de Sanidad. (2007). *Programa de Atención al niño sano y al adolescente*. Recuperado el 3 de marzo de 2011 de: [https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/109845-109845-guia\\_pediatras\\_todo.pdf](https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/109845-109845-guia_pediatras_todo.pdf)

Consejería de Sanidad y Consumo. (2010). *Cuarto Plan de Salud de la Región de Murcia 2010 – 2015*. Murcia, España. Recuperado el 21 de junio de 2013 de: [http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/185877-Plan\\_salud\\_2010-2015.pdf](http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/185877-Plan_salud_2010-2015.pdf)

Consejería de Sanidad y Política Social. (2012). *Encuesta de Calidad Percibida por los Usuarios de Atención Primaria (ECP-AP)*. Murcia: Subdirección General de Calidad Asistencial. Recuperado el 16 de noviembre de 2012 de: [http://www.murciasalud.es/publicaciones.php?op=mostrar\\_publicacion&id=2273&idsec=88](http://www.murciasalud.es/publicaciones.php?op=mostrar_publicacion&id=2273&idsec=88)

Consejo Internacional de enfermeras. (CIE) (1998). *Documentación elaborada para la celebración del día internacional de la enfermera*. Recuperada el 21 de junio de 2013 de: <http://www.icn.ch/es/news/meetings-documents/>.pdf

Consejo Internacional de enfermeras. (CIE)(2015). Recuperado el 9 de mayo de 2015 de: <http://www.icn.ch/es/publications/2015-nurses-a-force-for-change-care-effective-cost-effective/2015-las-enfermeras-una-fuerza-para-el-cambio-eficaces-en-cuidados-eficientes-en-costos-1728.html>

Cortes, J. A., Ayala, A., Álvarez, P., Dominguez, J., Hoyo, A. E., Nieto, A. (2001). Análisis del liderazgo en atención primaria mediante el modelo EFQM, con motivo de la realización de un plan estratégico. *Cuadernos de Gestión*, (7):119-132.

Davins i Miralles, J. A. (1995). Mejora de la Calidad en Atención Primaria: experiencia de cuatro años de un programa de mejora de la calidad. *Atención Primaria*, 16 (2):80-88.

Decreto 2065/1974, de 30 de mayo, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social. Recuperado el 8 de octubre de 2012 de: [http://www.seg-social.es/Internet\\_1/Normativa/097312#documentoPDF](http://www.seg-social.es/Internet_1/Normativa/097312#documentoPDF)

De la Cuesta, C. (2007). El cuidado del otro: desafíos y posibilidades. *Investigación y educación en enfermería*. 106-112.

Del Pino Casado, R., Martínez Riera, J. R. (2007). Estrategias para mejorar la visibilidad y accesibilidad de los cuidados enfermeros en Atención Primaria de salud. *Revista de Administración Sanitaria*, 5(2), 311-337.

Deming, W. E. (1989) *Calidad, productividad y competitividad*. Madrid: Diaz de Santos.

De Pedro-Gómez, J., Morales-Asensio, JM., Sesé Abad, A., Bennasar Venya, M., Artigue sVives ,G., y Perelló Campaner, C. (2011).Entorno de práctica de los profesionales de enfermería y competencia para la incorporación de la evidencia a las decisiones: situación de las Islas baleares. *Gaceta Sanitaria*;25(3):191-197.Doi:10.1016/j.gaceta.2010.11.007

Dirección General de Planificación, Ordenación Sanitaria y Farmacéutica e Investigación Consejería de Sanidad y Consumo de Murcia. (2010). Investigación en Calidad Asistencial en la Región de Murcia 1995\_2007. 70 Proyectos financiado por el programa EMCA. Recuperado 21 de junio de 2013 de: [https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/211662-calidad\\_asistencial.pdf](https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/211662-calidad_asistencial.pdf)

Dirección General de Aistencia Sanitaria\_Servicio Murciano de Salud, 2013; Evaluación Cartera de Servicios.

Dirección General de Aistencia Sanitaria\_Servicio Murciano de Salud, 2014; Evaluación Cartera de Servicios.

Donabedian, A. (1984) *La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación*. México. La prensa médica mexicana.

Donabedian, A. (1988). The Quality of Care: How can it be assessed? *Journal of the American Medical Association* , 1743-1748.

Donabedian, A. (1990). Responsabilidades institucionales en la garantía de Calidad. *Informativo de control de calidad* , 15-26.

Duarte Climents, G., Montesinos Afonso, N. (1999). El consenso como estrategia de implementación del diagnóstico enfermero, valoraciones estandarizadas y selección de etiquetas diagnósticas. *Enfermería Clínica*, 9:142-51.

Escalante Martínez, L. (2013).El arte de registrar. La importancia de los registros de enfermería. Universidad del país Vasco. Recuperado el 24 de marzo 2014 de: [https://addi.ehu.es/bitstream/10810/10381/1/Escalante%20Mart%C3%ADnez%20de%20Murgu%C3%ADa\\_El%20arte%20de%20registrar.%20La%20importancia%20de%20los%20registros%20de%20enfermer%C3%ADa\\_2013.pdf](https://addi.ehu.es/bitstream/10810/10381/1/Escalante%20Mart%C3%ADnez%20de%20Murgu%C3%ADa_El%20arte%20de%20registrar.%20La%20importancia%20de%20los%20registros%20de%20enfermer%C3%ADa_2013.pdf)

Escribano, M. C., Moreno-Pina, J. P., Bañón, G., Herranz, J., Gomis, R. (2006). Evaluación y mejora de la calidad del Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud. *Atención Primaria*,38(5),283-287.Doi: 10.1157/13092987

European Foundation Quality Managenent. "Ocho fundamentos de la excelencia. Los conceptos fundamentales y sus beneficios.Recuperado el 9 de enero de 2012 de: [http:// www.efqm.org](http://www.efqm.org)

Fernández, Fernández-Llanes, Cabezón, Casado, González y Jiménez, (2007). Prevalencia de ancianos inmovilizados y factores asociados en el área 5 de la Comunidad de Madrid. *Metas de enfermería*; 10(1),50-54.

Ferrer Arnedo, C. (2005)Diseño de una dirección de enfermería de Atención Primaria: experiencia en aplicación de la gestión de conocimiento. *Revista Administración Sanitaria*;3(1),177-92.

Galimany Masclans, J., Garrido Aguilar, E., Estrada Masllorens, JM., Girbau García, MR. (2013) Formación de los profesionales de la salud en un contexto asistencial con uso de las tecnologías de la información y la comunicación.*Revista de la Fundación Educación Médica*;16(3):127-130

García Pérez, M., Martín Moreno, V., Ramírez Puerta D, D., Gonzalez Martínez, Y., Hidalgo Vicario, I., Escribano Ceruelo, E. (2007). Factores socioeconómicos y frecuentación en las consultas de medicina de familia de la red sanitaria pública madrileña. *Gaceta Sanitaria*; 21(3),219-226.Doi: 10.1157/13106805

García Romera, I., Danet Danet, A. y March Cerdá, JC. (2010). El clima emocional en los equipos de atención primaria. Una aproximación cualitativa. *Revista de Calidad Asistencial*. 25(4):200-206. Doi: 10.1016/j.cali.2010.02.004.

García-Suso, A., Ver-Cortés, M., Campo-Osaba, A. (2000). *Enfermería Comunitaria. Bases Teórica. Enfermería Siglo XXI*.Madrid:Difusión Avances en enfermería.

Gascons, P. (1995). La enfermera Clínica en la mejora de la calidad. *Enfermería Clínica*, 46-50.

Gerencia Área VI. (2013). *Acuerdo de Gestión de la Gerencia Única del Área VI de Murcia*. Murcia: Servicio Murciano de Salud.Recuperado el 21 de junio de 2013 de: <http://intranetmorales/index.php/area-de-enfermeria/295-indicadores-de-calidad-de-los-cuidados-de-enfermeria>

Gervás J, Pérez-Fernández M, Palomo-Cobos L, Pastor-Sánchez R. (2005).Veinte años de reforma de la Atención Primaria en España Valoración para un aprendizaje por acierto/error. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Recuperado el 9 de enero de 2012 de: <http://www.diezminutos.org>

Gordon, M. (1990). Toward theory-based diagnostic categories. *Nursing Diagnosis*, 1(1), 511.

Griffith-Kenney, J., Christensen, P. J. (1986). *Nursing Process: Application of theories, frameworks and models*. St Louis (MI): Mosby.

Guerra de Hoyos, J. A., Anca Contreras, I. (2007). Motivos que condicionan el uso de servicios sanitarios por parte de los pacientes hiperfrecuentadores: estudio con grupos focales. *Atención Primaria*, 39(7), 349-54. Doi: 10.1157/13107722

Guirao Goris, J. A. y Del Pino Casado, R. (2001). La sesión clínica de cuidados: Finalidad y métodos. *Enfermería Clínica*. 11(5) : 214-219

Guirao Goris, J. A. (2004). La medida del cuidado. *V Congreso Nacional de la Asociación de Enfermería Comunitaria*. Murcia: Asociación Enfermería Comunitaria. Recuperado el 15 de abril de 2012 de: <http://www.enfermeriacomunitaria.org>

Guirao-Goris, J.A. (2008). Diagnosticamos para cuidar. *Jornadas AENTDE*. Barcelona: Asociación Enfermera Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería. Cuidar traspasando el diagnóstico enfermero. Recuperado el 15 de abril de 2012 de: [www.aentde.com/pages/bibliografia/simposiums\\_jornadas/...2008/](http://www.aentde.com/pages/bibliografia/simposiums_jornadas/...2008/)

Gutiérrez Sequera, J.L.; Serrano Ortega, N. (2014). Los cuidados y la sostenibilidad del sistema sanitario público [Editorial] - *Enfermería Clínica*; 24(6) : 311-314. Doi:10.1016/j.enfcli.2014.10.003

Huber, M., Knottnerus, J.A., Green, L., van der Horst, H., Jadad, A., Kromhout, D., Leonard, B., Lorig K., Loureiro, M.L., van der Meer, J., Schnabel P., Smith, R., Chris van Weel, C., Smid, H., (2011). How should we define health? *British Medical Journal*. , 343:4163. Doi.org/10.1136/bmj.d4163

Institute of Medicine. (2001). *Crossing the Quality Chasm. A New health System for the 21st Century*. Washington: National Academy Press. Recuperado el 15 de abril de 2012 de: <http://www.nap.edu/openbook.php?isbn=0309072808>.

Instituto Nacional de Estadística. (2013). *Encuesta Nacional de Salud 2011-2012*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Recuperado el 26 de septiembre de 2013 de: [http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2011/informesMonograficos/ENSE2011\\_12\\_MONOGRAFICO\\_1\\_ALCOHOL3.pdf](http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2011/informesMonograficos/ENSE2011_12_MONOGRAFICO_1_ALCOHOL3.pdf)

Instituto Nacional de la Salud. (2000). *Plan de calidad total del INSALUD*. Instituto Nacional de la Salud. Subdirección General de Coordinación Administrativa. Madrid: Subdirección General de Organización. Recuperado el 15 de abril de 2012 de: [http://bvingesa.mspsi.es/bvingesa/es/catalogo\\_imagenes/imagen.cmd?path=1002346&posicion=1](http://bvingesa.mspsi.es/bvingesa/es/catalogo_imagenes/imagen.cmd?path=1002346&posicion=1).



Insalud. (2001). La cartera de servicios de Atención Primaria. Desarrollo estructural y metodológico. 1991-1999. Subdirección General de Atención Primaria. Área de Evaluación y Seguimiento. Madrid

Ishikawa, K. (1994). *Introducción al control de calidad*. Madrid: 1ªed. Díaz de Santos.

JCAHO Joint Commission Journal of Quality Improvement.(1991) Características de los indicadores clínicos. *Control de Calidad Asistencial*, 6,(3)65-74

Jadad, A., O'Grady, L. (2008). How should health be defined?. *British Medical Journal*, 337: 1364-1365. Doi: 10.1136/bmj.a2900

Jamtvedt, G., Young, J. M., Kristoffersen, D., & O'Brien, M. (2006). *Efectos de la auditoría y la retroalimentación (feedback) en la práctica profesional y las medidas de resultado de atención sanitaria (Revisión Cochrane traducida)*. De La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Recuperado el 15 de abril de 2012 de: <http://www.update-software.com>

Juran, J. M. (1990). In *Manual de Control de la Calidad*. Barcelona: Reverté.

Lee, D.T. F., Mackenzie, A.E., Dudley-Brown, S. y Chin, T.M.(1998.) Case management: a review of the definitions and practices. *Journal of Advanced Nursing*, 27(5), 933–939

Ley de 28 de noviembre de 1855, disponiendo lo conveniente sobre el Servicio General de Sanidad. Recuperado el 21 de junio de 2013 de: [http://bib3.us.es/derecho/servicios/common/Ley\\_28\\_1855\\_ServicioGeneralDeSanidad.pdf](http://bib3.us.es/derecho/servicios/common/Ley_28_1855_ServicioGeneralDeSanidad.pdf)

Maderuelo, J. A. (2002). Gestión de la calidad total. El modelo EFQM de excelencia. *MEDIFAM*, 12(10), 631-640.

Mahler, H. (1985). *Las enfermeras marcan el camino*. World Health Organization Features. Recuperado el 9 de enero de 2012 de: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/52975/1/WHO\\_CHRON\\_1985\\_40.1\\_p36\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/52975/1/WHO_CHRON_1985_40.1_p36_spa.pdf)

Mahler, C., Ammenwerth, E., Wagner, A., Tautz, A., Torsten, H., Hoppe, B. y Eichstädter, R. (2007). Effects of a computer-based nursing documentation system on the quality of nursing documentation. *Journal Of Medical Systems*, 31(4), 274- 282. Doi:10.1007/s10916-007-9065-0.

Mañá González, M., Mesas Sáez, A. (2000). Impacto de una estrategia de implantación de diagnósticos de enfermería en un área de atención primaria. *Enfermería Clínica*, 12(5), 193-200.

Martín-Acera, S. (1993). La calidad en los servicios de Atención Primaria. *Centro de Salud*; 1, 183-90.

Martínez, JR., Sanjuan, A. (2009). ¿Por qué hablamos de continuidad de cuidados cuando realmente queremos decir satisfacción profesional?. *Revista de Administración Sanitaria*;7(4):661-82.

Maxwell, R. (1992). Dimensions of quality revisited: from thought to action. *Quality in Health Care*,1(3),171-7.

Medina. (1999). La pedagogía del cuidado: saberes y práctica en la formación universitaria. Barcelona: Laertes.

Meléndez Hernández, M., Montero Herrero, R., Jiménez, S. (2001). Autopercepción de salud en ancianos no institucionalizados. *Atención Primaria*, 28(2),91-96.

Meyer, G., Massagli, M. (2001). The forgotten component of the quality triad: can we still learn something from «structure»? *Joint Commission Journal of Quality Improvement*. Recuperado el 15 de abril de 2012 de: <http://dzcowan.com/Tech%20Attachments/Quality/6-SPO/QualityTriad.pdf>

Mínguez J.(2011). La cultura enfermera: Análisis antropológico de la enfermería de Equipo de Atención Primaria de la Rioja. Tesis Doctoral. Universidad de Alicante

Ministerio de Sanidad y Consumo. (1991). Cartera de Servicios de Atención Primaria. Madrid: © Instituto Nacional de la Salud.

Ministerio de Sanidad y Consumo. (2000). Informe IUHPE. La Evidencia de la Eficacia de la Promoción de la Salud. Configurando la Salud Pública de la Nueva Europa. Madrid.

Ministerio de Sanidad y Consumo. (2001). Cartera de Servicios en Atención Primaria. Definiciones, criterios de acreditación, indicadores de cobertura y normas técnicas. Madrid: Instituto Nacional de la Salud.4ªEdición.

Ministerio de Sanidad y Consumo. (2005). Capítulo 3: La Calidad Asistencial en la Unión Europea. Informe anual del Sistema Nacional de Salud (p. 83).

Ministerio de Sanidad y Consumo. (2012). Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud.Madrid.

Ministerio Sanidad y Consumo. (2012). Cartera de Servicios de Atención Primaria. Desarrollo, organización, usos y contenido. Sistema Nacional de Salud. Recuperado el 9 de enero de 2012de: [http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/Cartera\\_de\\_Servicios\\_de\\_Atencion](http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/Cartera_de_Servicios_de_Atencion)

Miguélez-Chamorro, A., Ferrer-Arnedo, C. (2014). La enfermera familiar y comunitaria: referente del paciente crónico. *Enfermería Clínica*; 6(5):190-194. Doi:10.1016/j.enfcli.2013.12.002

Moreno-Pina, JP., Martínez del Campo, P. (1996). Calidad de los cuidados de enfermería a pacientes inmovilizados. *Enfermería Clínica*, 6(5), 190-194.

Naciones Unidas. (1948). Declaración universal de derechos humanos. Recuperado el 15 de abril de 2012 de: [http://www.agpd.es/porta1webAGPD/canaldocumentacion/legislacion/organismos\\_internacionales/naciones\\_unidas/common/pdfs/D.1-cp--DECLARACI-OO-N-UNIVERSAL-DE-DERECOS-HUMANOS.pdf](http://www.agpd.es/porta1webAGPD/canaldocumentacion/legislacion/organismos_internacionales/naciones_unidas/common/pdfs/D.1-cp--DECLARACI-OO-N-UNIVERSAL-DE-DERECOS-HUMANOS.pdf)

NANDA International. (2009). *NANDA International. DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS: Definiciones y Clasificación 2009-2011*. Mexico: Elsevier.

NANDA. (2013). *Diagnósticos enfermeros. Definiciones y Clasificación 2012-2014*. Barcelona: Elsevier España S.L.

Olmedo Lucerón, MC., Sanchidrian, C., Plá Mestre, R., Puente, MD. Rodríguez P. (2010) Sistemática para la protocolización de los cuidados de enfermería. *Revista de Calidad Asistencial*; 25(5):268274. Doi:10.1016/j.cali.2010.04.002

Ollero M. (2011). Modelos de organización para la atención a pacientes crónicos complejos. Granada: EASP; Recuperado el 12 de Octubre de 2013 de: <http://si.easp.es/gestionclinica/wp-content/uploads/2009/10/Doc-2.-Modelos-de-organizacion-para-la-atencion-a-pacientes-cronicos-complejos-Ollero-Baturone-M.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (1946). Conferencia Sanitaria Internacional. Ginebra. Recuperada el 21 de junio de 2013 de: [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_sp.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf)

Organización Mundial de la Salud. (1978). Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud Alma Ata. Ginebra. Recuperado el 9 de enero de 2012 de: <http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (1986). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. *Salud y Bienestar Social de Canadá, Asociación Canadiense de Salud Pública*. Conferencia Internacional sobre la promoción de la salud. Recuperado el 9 de enero de 2012 de: <http://mpsp.webs.uvigo.es/rev01-1/Ottawa-01-1.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (1988). *Declaración de la 2ª Conferencia Internacional de promoción de la salud: Políticas Públicas para la salud*. Recuperada el 9 de enero de 2012 de: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd67/025495/adelaide.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (1991). *Declaración de Sundsvall sobre los ambientes favorables a la salud*. Sundsvall. Recuperada el 9 de enero de 2012 de: [http://whqlibdoc.who.int/hq/1992/WHO\\_HED\\_92.1\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1992/WHO_HED_92.1_spa.pdf)

Organización Mundial de la Salud. (1993). *Enfermería en acción*. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Organización Mundial de la Salud. (1997). *Declaración Yakarta*. Promoción de la Salud. Yakarta, República de Indonesia. Recuperado el 29 de febrero de 2012 de: [http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr\\_jakarta\\_declarati on\\_sp.pdf](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declarati on_sp.pdf)

Organización Mundial de la Salud. (1999). *Salud 21. Salud para todos en el siglo XXI*. Madrid: Ministerio de sanidad y Consumo. Recuperado el 29 de febrero de 2012 de: [http://www.famp.es/racs/intranet/otras\\_secciones/documentos/SALUD%2021.pdf](http://www.famp.es/racs/intranet/otras_secciones/documentos/SALUD%2021.pdf)

Organización Mundial de la Salud. (2000). *Health Care Systems in Transition*. Belgium: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory an Health Systems and Policies.

Organización Mundial de la Salud. (2008). Entrevista a Halfdan Mahler. *Boletín de la OMS*, 745-746. Recuperado el 29 de febrero de 2012 de: [http://www.who.int/bulletin/volumes/86/10/08\\_041008/es/](http://www.who.int/bulletin/volumes/86/10/08_041008/es/)

Organización Mundial de la Salud. (2008). Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Tallin. Recuperado el 29 de febrero de 2012 de: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43952/1/9789243563732\\_spa.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43952/1/9789243563732_spa.pdf?ua=1)

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. (1976). *Informe del comité del programa de libros de texto de la OPS/OMS para la enseñanza de enfermería en salud comunitaria*. 332. Washinton DC.

Palmer, R.H. (1990). Definir la calidad asistencial. En R.H. Palmer, *Evaluación de la asistencia ambulatoria. Principios y práctica*. (pp. 17-20). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Palmer, R.H (1990). *Evaluación de la asistencia ambulatoria. Principios y Práctica*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Palomo. (2010). *La atención primaria entre la crisis y el liderazgo social. Expectativas y realidades en la atención primaria española*. Madrid: GPS/FADSP/Fundación "1º de Mayo".

Palomo, L., Gené-Badía, J., Rodríguez-Sendín, J.J. (2012). La reforma de la atención primaria, entre el refugio del pasado y la aventura de la innovación. Informe SESPAS. *Gaceta Sanitaria*, 26(S), 4-9. doi:10.1016/j.gaceta.2011.06.010

Papathanasiou, I., Kotrotsiou, S. y Bletsas, V. (2007). Nursing documentation and recording systems of nursing care. *Journal of Health Science*, 1(4).

Pedrerá Carbonell, V., Gil Guillén, V., Orozco Beltrán, D., Prieto Erades, I., Schwarz Chavarri, G, Moya García. (2005) Características de la demanda sanitaria en las consultas de medicina de familia de un área de salud de la Comunidad Valenciana *Atención primaria*; 35(2) : 82-88. Doi: 10.1157/13071914

Pérez de Hita, C. (2008). *Guía de Validación y Manual de proyectos de Educación para la Salud y fomento del Autocuidado*. Madrid: Área 3 de Atención Primaria del Servicio Madrileño de la Salud.

Pérez-Rivas, F. J. (2006). Aplicación de la metodología enfermera en atención primaria. *Revista Calidad Asistencial*, 21(5),247-254. Doi: 10.1016/S1134-282X(06)70790-4

Planes-Company C., Icart-Isern (2014) Indicadores sensibles a la práctica enfermera: una oportunidad para medir la contribución de las enfermeras. *Enfermería Clínica*;24:142-7. Doi: 10.1016/j.enfcli.2013.07.003.

Portal de Inteligencia de Negocios (PIN). (2014). *Portal de Inteligencia de Negocios*. Recuperado 5 de julio de 2014 de: [https://www.sms.carm.es/diccionario/index.php/\(26.1.1\)\\_Inmovilizados\\_atendidos\\_en\\_domicilio](https://www.sms.carm.es/diccionario/index.php/(26.1.1)_Inmovilizados_atendidos_en_domicilio)

Raña Lama CD, P. V. (2004). Opinión de las enfermeras de atención primaria en el área sanitaria de A Coruña sobre utilización de los diagnósticos de enfermería. *Enfermería Clínica*, 14(2),77-82.

Real Academia Española. (2013) Recuperado el 16 de noviembre de 2012 de: <http://www.rae.es/rae.html>

Real Decreto de 12 Enero de 1904. Aprobando con carácter definitivo la Instrucción General de Sanidad Pública. Recuperado el 9 de enero de 2012 de: [http://bib3.us.es/derecho/servicios/common/RD\\_1904\\_InstruccionGeneralDeSanidadPublica.pdf](http://bib3.us.es/derecho/servicios/common/RD_1904_InstruccionGeneralDeSanidadPublica.pdf).

REUNI. Grupo de trabajo del centro Coordinador para la investigación de enfermería. (1997) Investigación clínica en enfermería en la Red de Unidades de Investigación. *Enfermería Clínica*,7(1), 29-34.

Ricoy, JR., Moreno, MT. Formación de investigación en enfermería. *Enfermería Clínica* 1997;7(2):45-47.

RNAO. (2006) Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario Proyecto de Guías de buenas prácticas en enfermería. Atención orientada al paciente.

Rodríguez Muñoz, C., Cebriá Andreu, J., Corbella Santoma, S., Segura Bernal, J., Sobreques Soriano, J. (2003). Rasgos de personalidad y malestar psíquico asociados a los pacientes hiperfrecuentadores de consultas de Atención Primaria. *Medifam*;13(3), 143-150.

Sanz Cuesta, T., Vitores Picon, M. P., Herrero Yuste, P. S. (2004). El ciclo evaluativo (II). *Jano Medicina y Humanidades*, V:LXVI-N:1520, 58-64.

Sarabia y Alvarezude, J. (2009). La Enfermería y el Barómetro Sanitario. *Revista de Administración Sanitaria*,7(2), 207-220.

Saturno-Hernández, P., Imperatori, E., Corbella, A. (1990). *Evaluación de la Calidad Asistencial en Atención Primaria. Experiencias en el marco de la Cooperación Ibérica: Diseños de Proyectos*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Saturno-Hernández, P. (1995). Los métodos de participación del usuario en la evaluación y mejora de la calidad de los servicios sanitarios. *Revista española de Salud Pública*,69(2), 163-175.

Saturno-Hernández, P. (1997). Qué es y para qué sirve un programa de gestión de la calidad. In .Saturno, P, Gascón JJ, *Tratado de Calidad Asistencial en Atención Primaria* (pp. 81-114). Madrid: DuPont Pharma.

Saturno-Hernández, P. (2010). *Evaluación y Mejora de la Calidad en Servicios de salud. Herramientas para la realización de ciclos de mejora en gestión de la calidad*. Murcia: Consejería de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia.

Saturno, P., Gascón,J et al. (1997). *Tratado de Calidad Asistencial en Atención Primaria*. Madrid, Du Pont Pharma.

Seguí, M., Linares, L, Blanco, W., Ramos, J., Torrent, M. (2004).Tiempos durante la visita médica en atención primaria. *Atención Primaria*. 2004; 33(9):496-502.

SemFYC SEMI. (2011). *Documento de consenso. Atención al paciente con enfermedades crónicas*. Sevilla: MERGABLUM. Edición y Comunicación, S.L.

Servicio Murciano de salud. (1993). *Plan de Salud 1993-1996*. Murcia: Consejería de Sanidad. Recuperado el 21 de junio de 2013 de: [http://www.murciasalud.es/publicaciones.php?op=mostrar\\_publicacion&id=137&idsec=88](http://www.murciasalud.es/publicaciones.php?op=mostrar_publicacion&id=137&idsec=88)

Servicio Murciano de salud. (1998). *Plan de salud 1998-2000*. Murcia: Consejería de Sanidad. Recuperado el 21 de junio de 2013 de: [http://www.murciasalud.es/publicaciones.php?op=mostrar\\_publicacion&id=192&idsec=88](http://www.murciasalud.es/publicaciones.php?op=mostrar_publicacion&id=192&idsec=88).

Servicio Murciano de Salud. (2003). *Plan de Salud 2003-2007*. Murcia: Consejería de Sanidad. Recuperado el 21 de junio de 2013 de: [https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/137513-III\\_plan\\_salud.pdf](https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/137513-III_plan_salud.pdf)

Servicio Murciano de salud. (2010). *Plan de salud 2010-2015*. Murcia: Consejería de Sanidad. Recuperado el 24 de junio de 2013 de: [http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/185877-Plan\\_salud\\_2010-2015.pdf](http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/185877-Plan_salud_2010-2015.pdf)

Servicio Murciano de Salud. (2011). *Estrategia 2015 del Servicio Murciano de Salud*. Recuperado el 24 de junio de 2013 de: <https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/255748-estrategia2015murciasalud.pdf>

Servicio Murciano de Salud. (2013). *Acuerdo de Gestión. Gerencia del Área de Salud VI. 2013-2015*. Murcia. Intranet Gerencia Área VI.

SESCAM. (2009). *Manual de Calidad Asistencial*. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. Recuperado el 9 de enero de 2012 de: [http://www.calidadasistencial.es/images/gestion\\_soc/documentos/23.pdf](http://www.calidadasistencial.es/images/gestion_soc/documentos/23.pdf)

Shaw, C., Kalo, I. (2002). *A background for national quality policies in health systems*. Copenhagen, Denmark: World Health Organization, Regional Office for Europe. Recuperado el 30 de noviembre de 2012 de: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0019/142066/E77983.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/142066/E77983.pdf)

Sistema Nacional de Salud. (2010). *Cartera de Servicios de Atención Primaria. Desarrollo, organización, usos y contenido*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social.

Smits, FT., Brouwer, HJ., Riet, G., Van Weert, HC. (2009). Epidemiology of frequent attenders: a 3-year historic cohort study comparing attendance, morbidity and prescriptions of one year and persistent frequent attenders. *BMC Public Health*, 24 (9)36. Doi:10.1186/1471-2458-9-36.

Souza Oliveira, AC. (2012). *Evaluación y Mejora de Registro de la Valoración de Enfermería en un Hospital de Brasil*. Máster Universitario en Gestión de la Calidad en los Servicios de Salud. Universidad de Murcia. Recuperado el 19 de noviembre de 2013 de: <https://www.um.es/calidadsalud/TRABAJOS%20FINALES/ADRIANA%20CATARINA%20DE%20SOUZA/TFM%20DEFINI%20ADRIANA.pdf>

Suñol, R., Klazinga, N. (2004). *Methods of assessing response to quality improvement strategies*. Barcelona: Fundación Avedis Donabedian.

The Boston Consulting Group (2014). Informe Cronos: Hacia el cambio de paradigma en la atención a enfermos crónicos. Recuperado el 26 de noviembre de: <http://www.thebostonconsultinggroup.es/documents/file165265.pdf>

Tuells, J., Ramírez, S. (2003). *Baláis et variola*. Valencia: Generalitat Valenciana.

Ubeda, I., Pujol, G., Roca, M. (2001). La enfermería Comunitaria. In *Enfermería Comunitaria. Bases Teórica*. Difusión Avances Enfermería.

Universidad Pompeu Fabra Código de buenas prácticas. Recuperado el 15 de abril de 2012 de: <http://www.um.es/web/vic-investigacion/contenido/vicerrectorado/estructura/comisiones/etica-investigacion/codigo-buenas-practicas>

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

Wesley, R. L. (1997). *Teorías y modelos de enfermería*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana.

Zapater, F., Maynegre, M. (2010). Cambio posible, cambio imprescindible. *Atención Primaria*, 42(10), 496-497. Doi: 10.1016/j.aprim.2010.03.004



## **Bloque VI:**

## **ANEXOS**



## **BLOQUE VI:ANEXOS**

### **ANEXO 1**

#### **ANEXO I.04.05 DELACUERDO DE GESTIÓN.LOS CRITERIOS DE CALIDAD DE LOS CUIDADOS DE ENFERMEROS.**

Calidad de los cuidados enfermeros.  
Mejora de la calidad de los planes de cuidados enfermeros en el Área de Salud VI de la Región de Murcia

Acuerdo de Gestión 2013-2015

## Anexo I.04.05

---

**CALIDAD DE LOS CUIDADOS DE  
ENFERMERÍA  
2013**

---

Calidad de los cuidados enfermeros.  
Mejora de la calidad de los planes de cuidados enfermeros en el Área de Salud VI de la Región de Murcia

**Calidad de los cuidados en atención primaria**

<b>PLAN DE CUIDADOS A PACIENTES DIABÉTICOS</b>	
Tipo	Proporción simple
Integrantes	Numerador: número de diabéticos con algún plan de cuidados abierto durante el año 2012 Denominador: total de diabéticos registrados en OMI
Fuente	OMI-AP
Estándar - meta	15%
Ponderación	Ponderación según valor alcanzado, tal que valores estándar o superiores se valoran como 100%, y el resto proporcionalmente.

<b>PLAN DE CUIDADOS A PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL</b>	
Tipo	Proporción simple
Integrantes	Numerador: número de hipertensos con algún plan de cuidados abierto durante el año 2012 Denominador: total de hipertensos registrados en OMI
Fuente	OMI-AP
Estándar - meta	10%
Ponderación	Ponderación según valor alcanzado, tal que valores estándar o superiores se valoran como 100%, y el resto proporcionalmente.

<b>PLAN DE CUIDADOS A NIÑOS CON EDADES ENTRE 0-6 AÑOS</b>	
Tipo	Proporción simple
Integrantes	Numerador: número de niños entre 0-6 años de vida con algún plan de cuidados abierto durante el año 2012 Denominador: total de niños de 0-6 años registrados en OMI
Fuente	OMI-AP
Estándar - meta	15%
Ponderación	Ponderación según valor alcanzado, tal que valores estándar o superiores se valoran como 100%, y el resto proporcionalmente.

<b>PLAN DE CUIDADOS A PACIENTES INMOVILIZADOS</b>	
Tipo	Proporción simple
Integrantes	Numerador: número de inmovilizados con algún plan de cuidados abierto/actualizado en 2012 Denominador: total de inmovilizados incluidos en servicio
Fuente	OMI-AP
Estándar - meta	30%
Ponderación	Ponderación según valor alcanzado, tal que valores estándar o superiores se valoran como 100%, y el resto proporcionalmente.

**Calidad de los cuidados hospitalarios**

<b>Atención al Ingreso</b>		
Tipo	Compuesto	
Fuente	GREMCE (Grupo Regional Evaluación y Mejora de la Calidad de los Cuidados de Enfermería)	
COMPONENTE	INTEGRANTES	META
1.- Plan de Acogida	• Numerador: nº de pacientes ingresados más de 24 h. con realización correcta del Plan de Acogida • Denominador: nº pacientes ingresados evaluados.	90%
2.- Valoración al Ingreso	• Numerador: nº de pacientes con valoración realizada: correctamente en las primeras 24 horas tras ingreso • Denominador: nº pacientes ingresados evaluados.	90%

<b>Valoración del dolor</b>		
Tipo	Proporción Simple	
Fuente	GREMCE (Grupo Regional Evaluación y Mejora de la Calidad de los Cuidados de Enfermería)	
COMPONENTE	INTEGRANTES	META
1.- Valoración temprana del dolor	• Numerador: nº de pacientes sometidos a intervención quirúrgica con ingreso, con evaluación del dolor mediante escala EVA en las primeras 24 horas tras cirugía y según periodicidad indicada en protocolo de valoración del dolor del Centro • Denominador: Total pacientes quirúrgicos evaluados	85%

Calidad de los cuidados enfermeros.

Mejora de la calidad de los planes de cuidados enfermeros en el Área de Salud VI de la Región de Murcia

Otros cuidados de enfermería		
Tipo	Compuesto	
Fuente	GREMCE (Grupo Regional Evaluación y Mejora de la Calidad de los Cuidados de Enfermería)	
COMPONENTE	INTEGRANTES	META
1.- Cuidados pacientes con sonda vesical	• Numerador: Nº de pacientes con cuidados adecuados a protocolo de Sondaje Vesical. • Denominador: Nº total de pacientes con Sondaje Vesical	90%
2.- Valoración temprana de desnutrición	• Numerador: Nº de pacientes ingresados en el Servicio de Cirugía General para un procedimiento quirúrgico con valoración de riesgo nutricional (escala valoración NRS 2002), en las primeras 24 horas de su ingreso. • Denominador: Total pacientes ingresados en el Servicio de Cirugía General para un procedimiento quirúrgico en el periodo de estudio	80%
3.- Actividades documentadas sobre evaluación y mejora de la calidad	Nº de Ciclos de Evaluación y Mejora realizados y documentados en un año	≥ 3

Seguridad en los cuidados

Cuidados del paciente portador de catéter venoso		
Tipo	Compuesto	
Fuente	GREMCE (Grupo Regional Evaluación y Mejora de la Calidad de los Cuidados de Enfermería)	
COMPONENTE	INTEGRANTES	META
1.- Cuidados pacientes con catéter venoso central	• Numerador: Nº pacientes portadores de catéter venoso central con cuidados adecuados a protocolo. • Denominador: Nº total pacientes portadores de catéter venoso central evaluados	90%
2.- Cuidados pacientes con catéter venoso periférico	• Numerador: Nº pacientes portadores de catéter venoso periférico con cuidados adecuados a protocolo. • Denominador: Nº total pacientes evaluados	85%
3.- Incidencia flebitis	• Numerador: Nº pacientes con flebitis. • Denominador: Nº de pacientes evaluados	≤1%
4.- Incidencia extravasación	• Numerador: Nº pacientes con extravasación. • Denominador: Nº de pacientes evaluados	≤1%

Úlcera por presión		
Tipo	Compuesto	
Fuente	GREMCE (Grupo Regional Evaluación y Mejora de la Calidad de los Cuidados de Enfermería)	
COMPONENTE	INTEGRANTES	META
1.- Valoración temprana del riesgo de UPP	• Numerador: Nº pacientes con valoración de riesgo de padecer UPP en las primeras 24 horas. • Denominador: Nº pacientes ingresados evaluados	95%
2.- Prevención de UPP	• Numerador: Nº pacientes de riesgo de UPP con cuidados adecuados a protocolo en las últimas 24 horas. • Denominador: Nº total pacientes valorados de riesgo	95%
3.- UPP durante estancia hospitalaria	• Numerador: Nº total pacientes que presentan UPP desarrollada durante su ingreso. • Denominador: nº pacientes evaluados ingresados > 2 días	≤2,5%
4.- Prevalencia de UPP en pacientes ingresados en el Hospital	• Numerador: Nº pacientes con UPP. • Denominador: nº pacientes con valoración inicial evaluados en el momento en que se realiza el estudio	≤5%
5.- Prevalencia de UPP en pacientes ingresados en UCI	• Numerador: Nº pacientes ingresados en UCI con UPP. • Denominador: / nº enfermos en UCI. Ingresados evaluados en el momento del estudio	≤10%

Calidad de los cuidados enfermeros.  
Mejora de la calidad de los planes de cuidados enfermeros en el Área de Salud VI de la Región de Murcia

Prevención de caídas		
Tipo	Compuesto	
Fuente	GREMCOE (Grupo Regional Evaluación y Mejora de la Calidad de los Cuidados de Enfermería)	
COMPONENTE	INTEGRANTES	META
1.- Valoración temprana del riesgo de Caídas	- Numerador: Nº pacientes con valoración de riesgo de Caída en las primeras 24 horas - Denominador: Nº pacientes ingresados evaluados	95%
2.- Prevención de Caídas	- Numerador: Nº pacientes de riesgo de caída con cuidados adecuados - Denominador: Nº total pacientes valorados de riesgo	90%
3.- Tasa de caídas en pacientes hospitalizados	- Numerador: Nº caídas en pacientes hospitalizados - Denominador: Nº altas en el período estudiado	<1%

### Continuidad de la atención integral tras el alta hospitalaria

Recepción del informe de continuidad en el EAP	
Tipo	Proporción simple
Integrantes	Numerador: número de informes de continuidad abiertos en OMI Denominador: número de informes remitidos
Fuente	DAE AP
Estándar - meta	20%
Ponderación	Ponderación según valor alcanzado, tal que valores estándar o superiores se valoran como 100%, y el resto proporcionalmente.

Altas hospitalarias con informe de continuidad de cuidados	
Tipo	Proporción simple
Integrantes	- Numerador: Nº de pacientes con ICC realizados al alta hospitalaria - Denominador: Nº de altas hospitalarias en el período de estudio
Fuente	GREMCOE
Meta	50% de las altas hospitalarias
Ponderación	Ponderación de acuerdo a la mejora relativa desde 2012, tal que valores estándar o superiores se valoran como 100%, y la no mejora como 0.

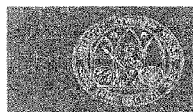


## **ANEXO 2**

**AUTORIZACIÓN DEL SR. DIRECTOR GERENTE DEL ÁREA DE SALUD VI VEGA MEDIA DEL SEGURA DE MURCIA, PARA LA REALIZACIÓN DE PRESENTE ESTUDIO.**

Calidad de los cuidados enfermeros.  
Mejora de la calidad de los planes de cuidados enfermeros en el Área de Salud VI de la Región de Murcia

Calidad de los cuidados enfermeros.  
Mejora de la calidad de los planes de cuidados enfermeros en el Área de Salud VI de la Región de Murcia



UNIVERSIDAD DE  
MURCIA Facultad de  
Enfermería

Murcia, 12 de noviembre de 2013

**Sr. Director Gerente**  
**Área de Salud VI (Vega Media del Segura)**  
**D. Tomás S. Fernández Pérez**

Sr. Director Gerente:

Nos dirigimos a Vd. para solicitarle autorización para realizar un estudio, con el fin de llevar a cabo la Tesis Doctoral sobre "Calidad Asistencial de la Cartera de Servicios Enfermera: Ciclo de Mejora en el Área de Salud VI de la Región de Murcia", dentro del Programa Oficial de Doctorado en Investigación en Cuidados de Enfermería.

Realizada por Dña. Josefa Patricia Moreno Pina, Supervisora de Área de Continuidad de Cuidados del Área VI, Vega Media del Segura.

Comprometiéndonos a la confidencialidad sobre los datos del estudio, garantizando el anonimato de los mismos y aportar al Centro que Vd. dirige los resultados obtenidos de esta Tesis Doctoral.

Agradeciendo su atención y esperando tenga a bien autorizarnos a realizar dicho estudio.

Reciba un cordial Saludo.

Carmen Isabel Gómez García  
Doctora en Pedagogía  
Profesora Titular de Universidad  
Grupo de clases pasivas Ley 50/84  
Universidad de Murcia

César Carrillo García  
Enfermero Hospital Universitario Morales Meseguer  
Doctor en Enfermería  
Facultad de Enfermería.  
Universidad de Murcia.

**Sr. Director Gerente Área VI (Vega Media del Segura), D. Tomás S. Fernández Pérez**



**EE DIRECTOR GERENTE**

Fdo.: Tomás Salvador Fernández Pérez

Calidad de los cuidados enfermeros.  
Mejora de la calidad de los planes de cuidados enfermeros en el Área de Salud VI de la Región de Murcia

## **ANEXO 3**

### **RESULTADOS DE LA ENCUESTA SOBRE NECESIDADES FORMATIVAS REALIZADA EN SEPTIEMBRE DEL 2012 EN EL ÁREA VI.**

Calidad de los cuidados enfermeros.  
Mejora de la calidad de los planes de cuidados enfermeros en el Área de Salud VI de la Región de Murcia

**Respuesta de los profesionales a la pregunta: ¿Consideras necesario formación sobre Metodología enfermera y planes de cuidados?**

<b>Metodología enfermera y planes de cuidados</b>					
<b>Centro de Salud</b>	<b>Encuestas contestadas</b>	<b>Poco interesante</b>	<b>Interesante</b>	<b>Muy interesante</b>	<b>NS/N</b>
<b>ABANILLA</b>	2		2		
<b>ALGUAZAS</b>	3		3		
<b>ARCHENA</b>	9	1	4	4	
<b>CABEZO DE TORRES</b>	8		4	2	2
<b>CEUTÍ</b>	7	1	2	2	2
<b>EL RANERO</b>	5	1	3	1	
<b>FORTUNA</b>	5	1	1	3	
<b>LAS TORRES COTILLAS</b>	11	2	4	5	
<b>LORQUÍ</b>	5	1	1	2	1
<b>MOLINA ANTONIO GARCÍA</b>	8		1	7	
<b>MOLINA PROF. JESÚS MARÍN</b>	9		4	4	1
<b>MU-CENTRO</b>	8		1	2	5
<b>STA. M<sup>a</sup> GRACIA</b>	10	1	3	5	1
<b>VISTALEGRE-LA FLOTA</b>	7	2	1	3	1
<b>ZARANDONA</b>	3			2	1

Calidad de los cuidados enfermeros.  
Mejora de la calidad de los planes de cuidados enfermeros en el Área de Salud VI de la Región de Murcia



## **ANEXO 4**

### **ACCESO AL INFORME DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS DESDE LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL ÁREA VI**

Calidad de los cuidados enfermeros.  
Mejora de la calidad de los planes de cuidados enfermeros en el Área de Salud VI de la Región de Murcia



## GUIA DE ACCESO



### **LISTADO DE ALTAS DE HOSPITALIZACIÓN PARA CONTINUIDAD DE CUIDADOS HOSPITAL MORALES MESEGUER**

## AREA VI



La presente guía tiene como finalidad el dotar a los profesionales de Enfermería del Área VI del Servicio Murciano de Salud de una herramienta donde poder identificar los pacientes que han sido hospitalizados de cada Zona Básica de Salud, así como poder consultar los Informes de Cuidados de Enfermería emitidos tras el alta de dichos pacientes.

El fundamento de esta estrategia es mejorar la Continuidad Asistencial de nuestros usuarios.

Calidad de los cuidados enfermeros.  
Mejora de la calidad de los planes de cuidados enfermeros en el Área de Salud VI de la Región de Murcia



Acceder a la Intranet del Área:  
<http://area6.sms.carm.es/>

Introducir el Usuario y Password de la Zona Básica de Salud

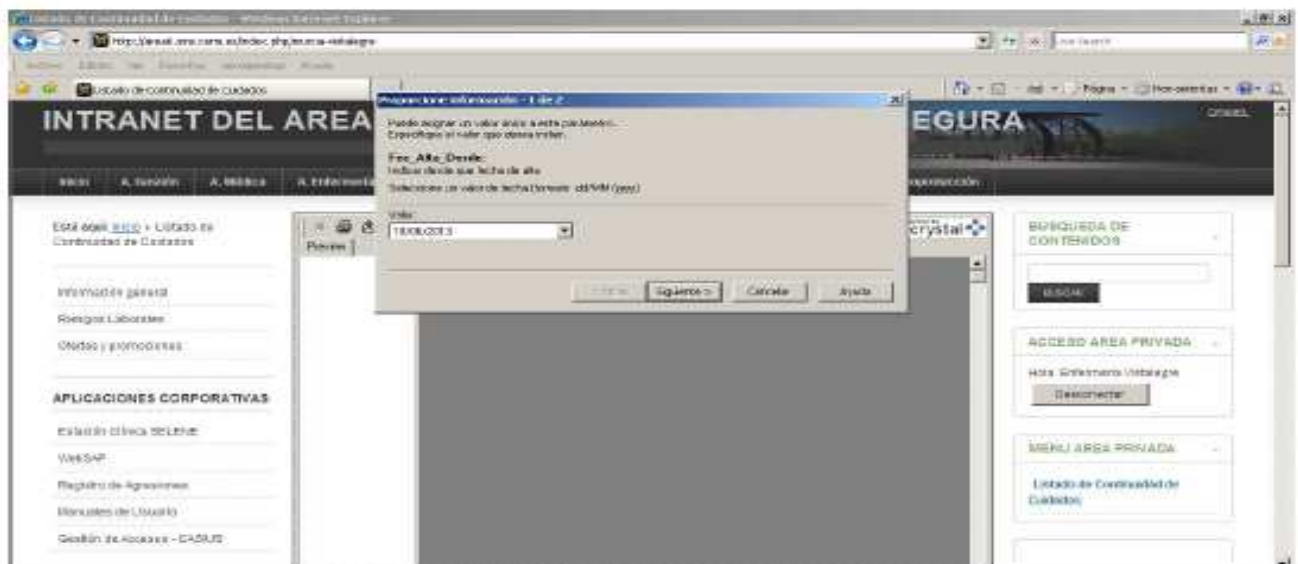


Acceder a "Listado de Continuidad de Cuidados"

Calidad de los cuidados enfermeros.  
Mejora de la calidad de los planes de cuidados enfermeros en el Área de Salud VI de la Región de Murcia



Si sale este aviso hacer click en "SI"



A continuación seleccionar el rango de fechas para obtener el listado de altas  
Primero determinar la fecha de inicio (Fec\_Alta\_Desde) y accionar "Siguiente"

Calidad de los cuidados enfermeros.  
Mejora de la calidad de los planes de cuidados enfermeros en el Área de Salud VI de la Región de Murcia



Seguidamente determinar la fecha final (Fec\_Alta\_Hasta) y accionar "Terminar"



Aparecerá esta pantalla mientras se carga el listado. Este proceso puede durar varios minutos, dependiente del rango de fechas y la velocidad de la red.

Se puede seguir trabajando mientras se carga la pagina



Calidad de los cuidados enfermeros.  
Mejora de la calidad de los planes de cuidados enfermeros en el Área de Salud VI de la Región de Murcia



Los campos que aparecen en el listado son:

- Numero de Historia Clínica (NHC) del Hospital
- CIP-Nacional
- CIP-Autonómico
- NSS
- Nombre del Paciente
- Edad
- Fecha Ingreso
- Fecha Alta
- Inf Alta: si el paciente tiene Informe de Continuidad de Cuidados
- Medico de Familia



AGORA PLUS

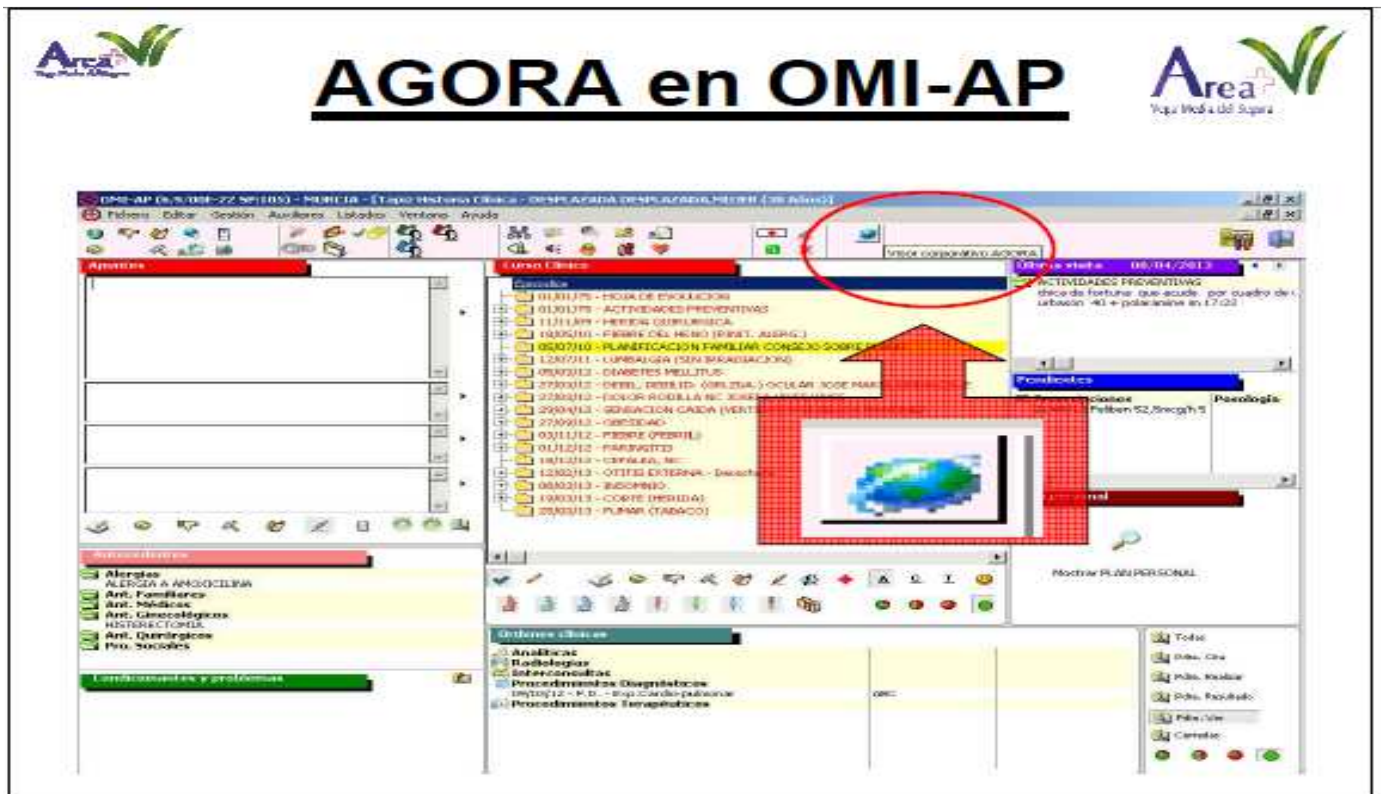


Seguidamente, aparece un listado con los pacientes dados de alta de nuestra ZBS en el rango de fechas seleccionado.

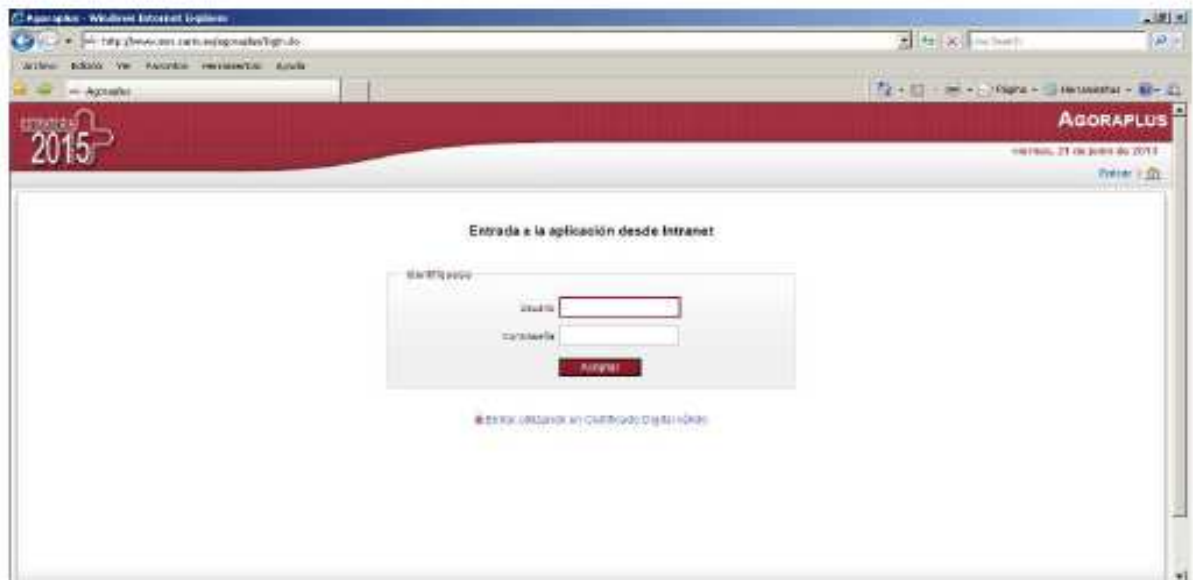




Calidad de los cuidados enfermeros.  
 Mejora de la calidad de los planes de cuidados enfermeros en el Área de Salud VI de la Región de Murcia



Calidad de los cuidados enfermeros.  
Mejora de la calidad de los planes de cuidados enfermeros en el Área de Salud VI de la Región de Murcia





Calidad de los cuidados enfermeros.  
Mejora de la calidad de los planes de cuidados enfermeros en el Área de Salud VI de la Región de Murcia



Podemos utilizar, por ejemplo el CIP-Autonómico



Esta es la pantalla que aparece cuando accedemos a la Historia de un paciente en AGORA PLUS





Para localizar el Informe de Cuidados de Enfermería o cualquier otro Informe debemos de bajar hasta el apartado "Información Complementaria - Informes"



Para consultar el Informe hacemos Click en

Calidad de los cuidados enfermeros.  
Mejora de la calidad de los planes de cuidados enfermeros en el Área de Salud VI de la Región de Murcia



INFORME CLINICO DE ALTA DE HOSPITALIZACION	CREAR	MODIFICAR	TIPO	PERSONAL	CENTRO	RECURSOS
INFORME CLINICO DE ALTA REUMATOLOGIA HOSPITALIZACION	28/04/2012	28/04/2012	HOSPITALIZACION		HOSPITAL MORALES NEDEGAR	
INFORME CLINICO DE ALTA REUMATOLOGIA HOSPITALIZACION	08/02/2012	08/02/2012	HOSPITALIZACION		HOSPITAL MORALES NEDEGAR	
INFORME CLINICO DE ALTA REUMATOLOGIA HOSPITALIZACION	08/12/2012	08/12/2012	HOSPITALIZACION		HOSPITAL MORALES NEDEGAR	
INFORME DE ALTA REUMATOLOGIA HOSPITALIZACION	11/04/2012	12/04/2012	HOSPITALIZACION		HOSPITAL MORALES NEDEGAR	
INFORME DE ALTA SINDROME DE ENFERMEDADES RECCIOSAS	28/12/2011	28/12/2011	HOSPITALIZACION		HOSPITAL MORALES NEDEGAR	
INFORME DE ALTA DE MIE. HIN	07/05/2011	08/05/2011	HOSPITALIZACION		HOSPITAL MORALES NEDEGAR	
INFORME DE ALTA DE MIE. HIN	28/11/2011	28/11/2011	HOSPITALIZACION		HOSPITAL MORALES NEDEGAR	
INFORME DE ALTA DE MIE. HIN	27/07/2011	27/07/2011	HOSPITALIZACION		HOSPITAL MORALES NEDEGAR	
INFORME DE ALTA REUMATOLOGIA	18/11/2011	18/11/2011	HOSPITALIZACION		HOSPITAL MORALES NEDEGAR	

También se puede acceder a cualquier informe de alta de hospitalización



**INFORME DE ENFERMERIA AL ALTA**

TA: 112/80 FC: 115

**MOTIVO DE INGRESO:**  
Paciente de 16 años que acude por fiebre y tos. Diagnosticada de Lupus Eritematoso Sistémico, Esclerodermia y Síndrome Antifosfolípido asociado con seguimiento en nuestro hospital. No alergias medicamentosas.

**IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS AL ALTA:**  
Alteración patrón sueño relacionado con tos y dolor manifestado por sueño diurno discontinuo.  
Desequilibrio nutricional por déficit relacionado con inapetencia manifestado por peso corporal inferior al 20% del ideal e ingesta inferior a las recomendaciones.  
Riesgo de infección relacionado con agentes farmacológicos y alteración de las defensas secundarias.  
Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionado con secreciones bronquiales manifestado por ineffectividad de la tos y disnea.  
Patrón respiratorio ineficaz relacionado con disminución de la energía y deterioro musculoesquelético manifestado por disminución de la profundidad respiratoria y disnea.  
Deterioro de la movilidad física relacionado con dolor y debilidad manifestado por dificultad para el autocuidado, camina con ayuda.  
Intolerancia a la actividad relacionado con debilidad generalizada manifestado por fatiga.  
Temor relacionado con estado actual de salud manifestado por tristeza.

Se abrirá una nueva ventana donde podemos consultar el Informe

Calidad de los cuidados enfermeros.  
Mejora de la calidad de los planes de cuidados enfermeros en el Área de Salud VI de la Región de Murcia



Agrupius - Windows Internet Explorer

http://www.sms.com.es/agrupius/seguro/ConsultaHistoriaClinica.do

Archivo Edición Ver Favoritos Herramientas Ayuda

Aggrupius

INFORME CLÍNICO DE ALTA DE HOSPITALIZACIÓN

INFORME CLÍNICO DE CONSULTA EXTERNA DE ESPECIALIDADES

INFORME	CREADO	MODIFICADO	TIPO	PROFESIONAL	CENTRO	DESCARGAR
INFORME MI CEX	20/4/2010	02/05/2010	CONSULTA EXTERNAS		HOSPITAL MORALES MESEGUER	

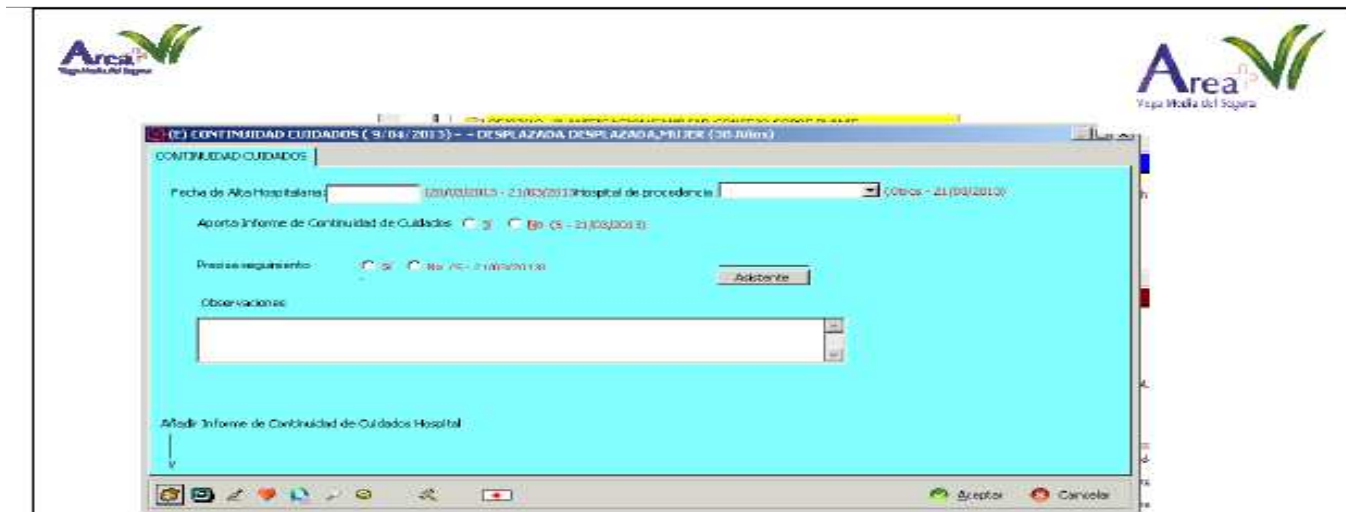
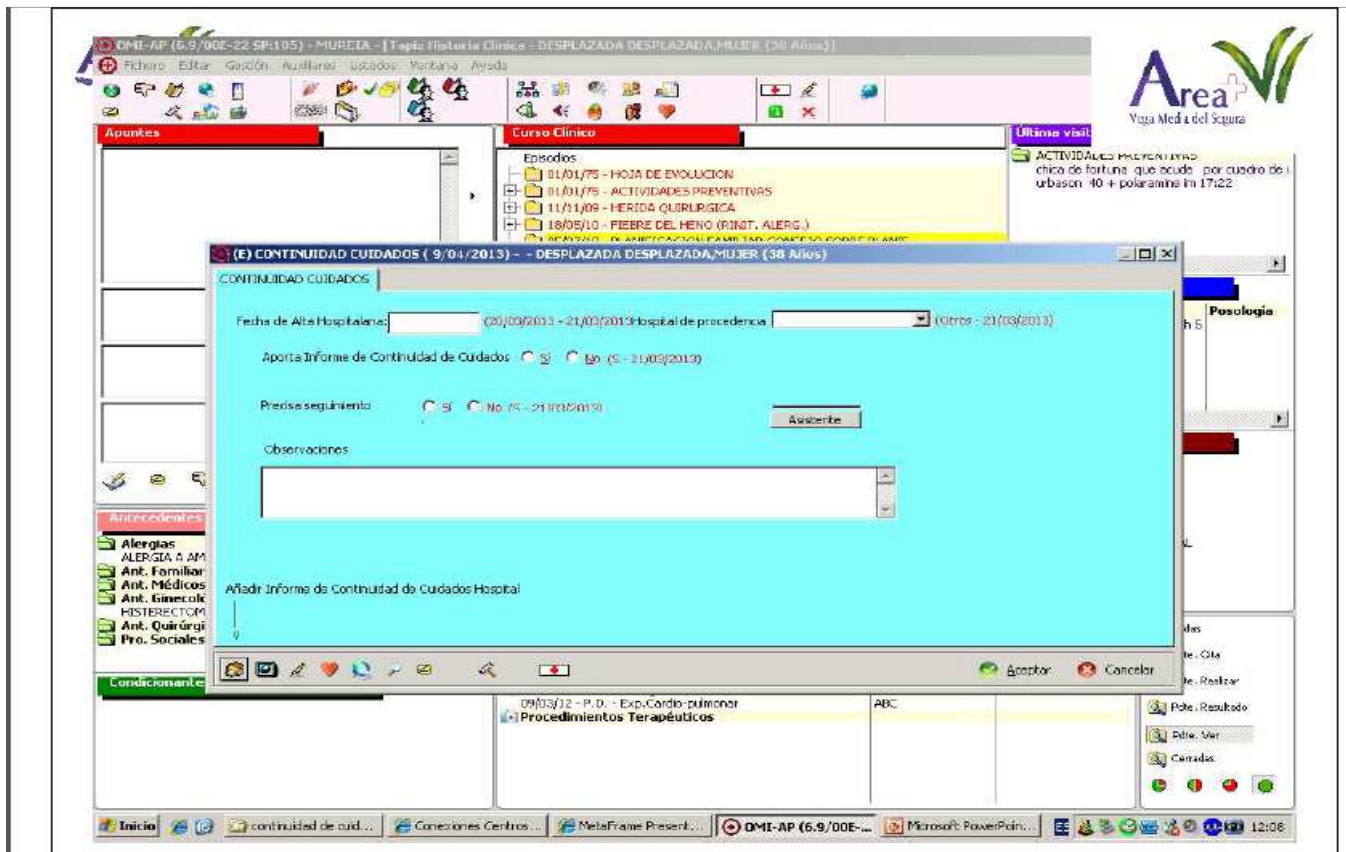
INFORME CLÍNICO DE URGENCIAS

INFORME	CREADO	MODIFICADO	TIPO	PROFESIONAL	CENTRO	DESCARGAR
INFORME CLÍNICO DE ALTA DE URGENCIAS	03/06/2013	03/06/2013	URGENCIAS		HOSPITAL MORALES MESEGUER	
INFORME CLÍNICO DE ALTA DE URGENCIAS	25/04/2013	25/04/2013	URGENCIAS		HOSPITAL MORALES MESEGUER	
INFORME CLÍNICO DE ALTA DE URGENCIAS	04/02/2013	04/02/2013	URGENCIAS		HOSPITAL MORALES MESEGUER	
INFORME CLÍNICO DE ALTA DE URGENCIAS	30/11/2012	30/11/2012	URGENCIAS		HOSPITAL MORALES MESEGUER	
INFORME CLÍNICO DE ALTA DE URGENCIAS	2/01/2012	2/01/2012	URGENCIAS		HOSPITAL MORALES MESEGUER	
INFORME CLÍNICO DE ALTA DE URGENCIAS	25/10/2012	25/10/2012	URGENCIAS		HOSPITAL MORALES MESEGUER	
INFORME CLÍNICO DE ALTA DE URGENCIAS	28/08/2012	28/08/2012	URGENCIAS		HOSPITAL MORALES MESEGUER	
INFORME DE ALTA DE URGENCIAS	23/07/2012	23/07/2012	URGENCIAS		HOSPITAL MORALES MESEGUER	
INFORME DE ALTA DE URGENCIAS	28/01/2011	28/01/2011	URGENCIAS		HOSPITAL MORALES MESEGUER	

Inicio



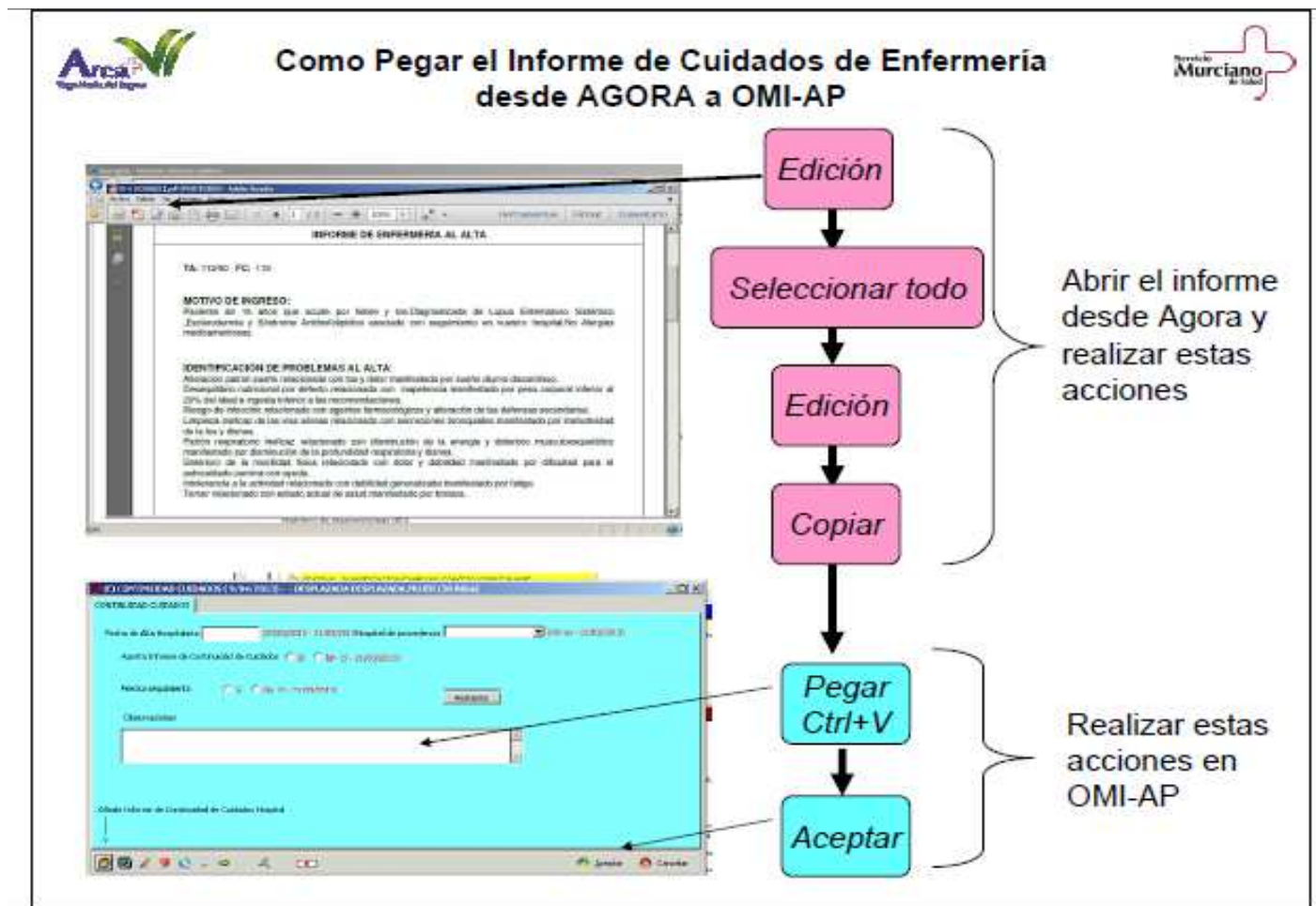
Calidad de los cuidados enfermeros.  
Mejora de la calidad de los planes de cuidados enfermeros en el Área de Salud VI de la Región de Murcia



Cumplimentar los campos del protocolo y si es necesario iniciar Plan de Cuidados

En el apartado observaciones se puede pegar el Informe de Cuidados de Enfermería tras el alta hospitalaria desde AGORA según se indica a continuación





Calidad de los cuidados enfermeros.  
Mejora de la calidad de los planes de cuidados enfermeros en el Área de Salud VI de la Región de Murcia

## **ANEXO 5**

### **INSTRUCCIONES PARA LA DEPURACIÓN DE INMOVILIZADOS EN OMI-AP**

Calidad de los cuidados enfermeros.  
Mejora de la calidad de los planes de cuidados enfermeros en el Área de Salud VI de la Región de Murcia



## DEPURACIÓN DE INMOVILIZADOS en OMI-AP

Uno de los objetivos del Acuerdo de Gestión 2013-2015, es potenciar la atención a pacientes crónicos y en concreto a pacientes *inmovilizados*, por lo que se ha realizado una revisión de todas las historias clínicas en las que consta un episodio de "inmovilizado" en el Área VI.

Resultado:

- ✓ Con el código (A28) se abren episodios de "Inmovilizado", "Minusvalía NC", e "Incapacidad para trabajar".
- ✓ También está siendo utilizado para abrir episodios que en realidad se corresponde a un "problema de deambulación" (L28) o "Incapacidad para andar" (L28).

Para evitar que este problema se repita es necesario que se genere el episodio (A28), sólo en caso de inmovilizados con la siguiente definición:

"Personas que habiendo sido sometidas a una Valoración en su domicilio por medic@ y/o enfermer@, pasan la mayor parte de su tiempo en la cama (que sólo pueden abandonar con la ayuda de otras personas) y personas con dificultad importante para desplazarse (que les impide salir de su domicilio, salvo casos excepcionales) por cualquier causa y que el tiempo previsible de duración de esta dificultad sea superior a dos meses."

**En los casos de "Minusvalía NC" e "Incapacidad para trabajar" hay que crear el episodio que ha generado dicha minusvalía o incapacidad para trabajar, nunca usar el código A28.**

Tenemos que tener en cuenta que cuando catalogamos a un paciente como inmovilizado, dentro de los planes personales del paciente, se desplegará una batería de actividades para realizar de manera multidisciplinar (medic@ - enfermer@) y en domicilio, como máximo cada 3 meses y dependiendo del estado del paciente, pudiendo aumentar la frecuencia hasta un 1 mes (12 visitas a domicilio al año para valoración global del estado de salud).

Fdo:

Gonzalo R. Sanz Mateo

Encarna Martínez Sánchez

Calidad de los cuidados enfermeros.  
Mejora de la calidad de los planes de cuidados enfermeros en el Área de Salud VI de la Región de Murcia

Se ha procedido a modificar los textos de búsqueda asociados al Código CIAP A28, que activa el Plan Personal del paciente Inmovilizado.

Antes de realizar las modificaciones, los buscadores asociados al CIAP A28 eran:

- INMOVILIZADO
- INCAPACIDAD (MINUSV.) NC
- INCAPACIDAD TRABAJAR

Después de realizar las modificaciones, los buscadores quedan con la siguiente distribución:

El código CIAP A28 es el que va a activar el plan (sólo tiene asociado el texto INMOVILIZADO).

ASISTENTE CIAP

Asistente Consulta CIAP

Palabra Clave  Códigos

A28

Selección **INMOVILIZADO**

CIAP	Descripción	CIAP
A28	INMOVILIZADO	
A29	SINTOMA, QUEJA, SIGNO GENERALES NC	
A29	TORPEZA	
A29	ESTUPOR	
A29	SINTOMA, QUEJA, SIGNO NC	
A29	SOMNOLENCIA	
A29	ATURDIMIENTO, EMBOTAMIENTO	
A29	PROBLEMA NC	

Incluye: incapacidad/minusvalía no ligada a enfermedad concreta

Excluye: caídas A29

Criterios:

Considere:

Notas: Las láminas COOP/WONCA permiten documentar e estado funcional del paciente (v. cap. 8).

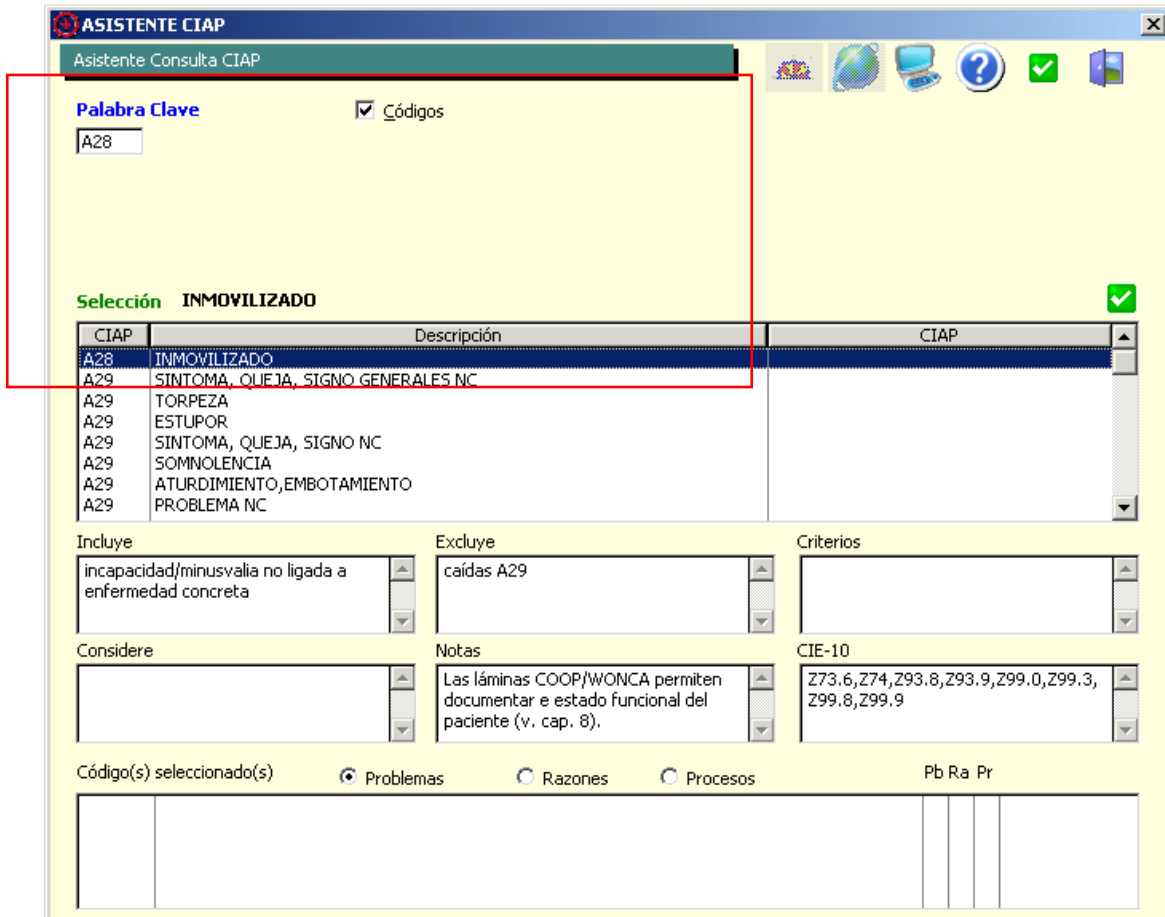
CIE-10: Z73.6,Z74,Z93.8,Z93.9,Z99.0,Z99.3,Z99.8,Z99.9

Código(s) seleccionado(s)  Problemas  Razones  Procesos Pb Ra Pr

El código CIAP A028, contiene los siguientes buscadores: INCAPACIDAD (MINUSV.) NC. E INCAPACIDAD TRABAJAR.

En fechas próximas se enviarán los listados por centro y por CIAS médico y enfermero de los pacientes que puedan estar afectados, para que cada uno de los profesionales haga las rectificaciones que sean oportunas para que cada paciente tenga la codificación adecuada.

Se adjunta documento con las capturas de pantalla completas.



EL CÓDIGO CIAP A28 es el que al darlo de alta en una historia clínica va a crear el plan personal del INMOVILIZADO.

Calidad de los cuidados enfermeros.  
 Mejora de la calidad de los planes de cuidados enfermeros en el Área de Salud VI de la Región de Murcia

**ASISTENTE CIAP**

Asistente Consulta CIAP

**Palabra Clave**  Códigos

A028

**Selección** INCAPACIDAD (MINUSV.) NC

CIAP	Descripción	CIAP
A028	INCAPACIDAD (MINUSV.) NC	
A028	INCAPACIDAD TRABAJAR	
A03	TEMPERATURA ALTA (FIEBRE)	
A03	HIPERTERMIA	
A03	FIEBRE SIN FOCALIDAD APARENTE	
A03	FIEBRE/ SINDROME FEBRIL	
A03	FIEBRE (FEBRIL)	
A03	SENTIRSE FEBRIL	

Incluye: incapacidad/minusvalia no ligada a enfermedad concreta

Excluye: caídas A29

Criterios:

Considere:

Notas: Las láminas COOP/WONCA permiten documentar e estado funcional del paciente (v. cap. 8).

CIE-10: Z73.6,Z74,Z93.8,Z93.9,Z99.0,Z99.3,Z99.8,Z99.9

Código(s) seleccionado(s)  Problemas  Razones  Procesos

Pb	Ra	Pr



## ANEXO 6

### PLANES DE CUIDADOS ESTANDARIZADOS NIÑO

#### DIAGNÓSTICOS NANDA:

- *(00084) Conductas generadoras de salud niño sano 0-12 meses*
- *(00084) Conductas generadoras de salud niño sano 13-36-48 meses*
- *(00084) Conductas generadoras de salud niño sano cuatro y seis años.*
- *(00099) Mantenimiento inefectivo de la salud (Niño sano)*
- *(00043) Protección inefectiva (Vacunación incompleta en niño)*
- *(00113) Riesgo de crecimiento desproporcionado*

Calidad de los cuidados enfermeros.  
Mejora de la calidad de los planes de cuidados enfermeros en el Área de Salud VI de la Región de Murcia



**Diagnóstico de enfermería 00084 Conductas generadoras de salud  
(especificar) NIÑO SANO DE 0 A 12 MESES**

Fecha de inicio 2014 GRUPO DE TRABAJO ENFERMEROS MENTORES Junio 2014

C.D. 084-5 Desconocimiento conductas promotoras de salud

NOC: (1602) Conducta de fomento de la salud

Indicador: (160201) Utiliza conductas para evitar los riesgos

Indicador: (160207) Realiza los hábitos sanitarios correctamente

Conocimiento(1805): conductas sanitarias

Indicador: (180501) Descripción de prácticas nutricionales saludables

Indicador: (180506) Descripción de los efectos sobre la salud del consumo de tabaco

Indicador: (180512) Descripción de las medidas para reducir el riesgo de lesiones

(1900) Conducta de vacunación

Indicador: (190005) Cumple las vacunaciones para la edad recomendadas

Indicador: (190006) Describe medidas de control de los efectos indeseables de la vacuna

Indicador: (190007) Reconoce la necesidad de comunicar cualquier reacción adversa

NIC: (5568) Educación paterna: niño

Mejoría: Enseñanza de los cuidados de nutrición y físicos necesarios durante los primeros años de vida

Actividad: (556801) Determinar los conocimientos y la buena disposición y la habilidad de los padres para aprender los cuidados del bebé.

Actividad: (556805) Enseñar a los padres habilidades para cuidar al recién nacido

NIC: (5626) Enseñanza: nutrición infantil

Mejoría: Enseñanza de las prácticas de nutrición y alimentación durante el primer año de vida.

Actividad: (562601) Proporcionar a los padres por escrito materiales adecuados a las necesidades de conocimiento identificadas.

Actividad: (562613) Introducir un nuevo alimento cada vez.

Actividad: (562614) Evitar dar zumos o bebidas azucaradas.

Actividad: (562619) Tener al bebé junto a la familia durante las comidas

Actividad: (562620) Dejar que el bebé empiece a comer solo y vigilar para evitar que se atragante.

Actividad: (562623) Ofrecer una variedad de alimentos de acuerdo con la pirámide de alimentos.

NIC: (5628) Enseñanza: seguridad infantil

Mejoría: Enseñanza de la seguridad durante el primer año de vida

Actividad: (562801) Proporcionar a los padres por escrito materiales adecuados a las necesidades de conocimiento identificadas.

Actividad: (562803) Instalar y utilizar la silla para el coche de acuerdo con las instrucciones del fabricante.

Actividad: (562804) Colocar al bebé estirado para dormir y evitar dejar suelta la ropa de cama, almohadas o juguetes.

Actividad: (562806) Evitar el uso de joyas o cadenas en el bebé.

Actividad: (562808) Evitar cogerlo mientras se fuma o se toman bebidas calientes.

Actividad: (562809) Sujetar al bebé mientras se le alimenta, evitando apoyar el biberón y comprobando la temperatura de la leche de fórmula.

Actividad: (562811) Evitar caídas.

Actividad: (562812) Comprobar la temperatura del agua del baño.

Actividad: (562816) Evitar el uso de andadores o de saltadores debido al peligro de lesiones y de los efectos perjudiciales sobre el desarrollo muscular.

Actividad: (562817) No dejarlo nunca desatendido en el baño, en el carro del supermercado, en la silla alta, sobre el sofá, etcétera.

Actividad: (562824) Mantener los objetos peligrosos fuera de su alcance.

Actividad: (562825) Proveer de barreras las zonas peligrosas.

Actividad: (562828) Proteger los muebles de cristal, los bordes afilados, los muebles inestables y los aparatos.

Actividad: (562829) Almacenar los productos de limpieza, los medicamentos y los productos de aseo personal fuera del alcance del bebé.

Actividad: (562830) Utilizar pestillos a prueba de niños en los armarios.

Actividad: (562831) Evitar el acceso del bebé a ventanas, balcones o escaleras.

Actividad: (562832) Mantenerlos lejos de estanques, piscina, váter y cualquier recipiente con líquido para evitar que se ahogue.

Actividad: (562833) Elegir los juguetes de acuerdo con las recomendaciones del fabricante respecto a la edad.

Actividad: (562834) Asegurar las zonas de la piscina bañeras calientes con múltiples barreras.

NIC: (6530) Manejo de la inmunización / vacunación

Mejoría: Control del estado de inmunización, facilitando el acceso a las inmunizaciones y suministro de vacunas para evitar enfermedades contagiosas

Actividad: (653001) Explicar a los padres el programa de inmunización recomendado necesario para los niños, su vía de administración, razones y beneficios de su uso, reacciones adversas.

Actividad: (653005) Identificar las técnicas de administración apropiadas, incluyendo la administración simultánea.

Actividad: (653013) Informar a los individuos de las inmunizaciones protectoras contra enfermedades que actualmente no son obligatorias por ley (vacunas contra la gripe)

Actividad: (653019) Informar al paciente acerca de las medidas de alivio útiles después de la administración de fármacos en un niño.

Actividad: (653020) Observar al paciente durante un período determinado después de la administración de la medicación.

Actividad: (653023) Determinar el estado de inmunización en cada visita realizada en un centro de atención sanitaria (incluyendo sala de urgencias y admisión en hospitales).

### **Conductas generadoras de salud niño sano 13-36-48 meses. (00084)**

C.D. 084-1 Deseos de buscar un nivel más alto de bienestar.

084-2 Deseos de un mayor control de las prácticas de salud.

084-5 Desconocimiento conductas promotoras de salud.

NOC:(1602) Conducta de fomento de la salud

Indicador (160201) Utiliza conductas para evitar los riesgos

Indicador:(160207) Realiza los hábitos sanitarios correctamente

NOC:(1805) Conocimiento: conductas sanitarias

Indicador: (180501) Descripción de prácticas nutricionales saludables

Indicador: (180502) Descripción de los beneficios de la actividad y el ejercicio

Indicador: (180512) Descripción de las medidas para reducir el riesgo de lesiones accidentales

NOC: (1900) Conducta de vacunación

Indicador: (190005) Cumple las vacunaciones para la edad recomendadas

NIC:(5510) Educación sanitaria

Mejoría: Desarrollar y proporcionar instrucción y experiencias de enseñanza que faciliten la adaptación voluntaria de la conducta para conseguir la salud en personas, familias, grupos o comunidades.

Actividad:(551005) Determinar el conocimiento sanitario actual y las conductas del estilo de vida de los individuos, familia o grupo objetivo.

Actividad:(551006) Ayudar a las personas, familia y comunidades para clarificar las creencias y valores sanitarios.

NOC: (5630) Enseñanza: nutrición del niño pequeño

Mejoría: Enseñanza de las prácticas de nutrición y alimentos durante el segundo y tercer años de vida

Actividad:(563001) Proporcionar a los padres materiales escritos adecuados a las necesidades de conocimiento identificadas.

Actividad:(563003) Ofrecer alimentos sólidos con textura (13-18 m).

Actividad:(563004) Continuar el uso de la cuchara y de la auto alimentación (13-18m).

Actividad:(563005) Introducir productos lácteos (13-18 m).

Actividad:(563006) Proporcionar tentempiés saludables (13-18 m).

Actividad: (563008) Evitar alimentos/ bebidas light (leche desnatada, bebidas carbonatadas light) (13-18 m).

Actividad:(563009) Evitar la alimentación forzada cuando tiene poco apetito (13-18 m).

Actividad:(563010) Fomentar beber agua para apagar la sed (19-24 m).

Actividad:(563013) Comer con horarios regulares y con la familia (19-24 m).

Actividad:(563019) Fomentar las verduras crudas/ cocidas (25-36 m).

Actividad:(563020) Proporcionar tentempiés saludables entre comidas (25-36 m).

Actividad:(563021) Ser creativo en la preparación de las comidas en caso de niños con poco apetito (25-36 m).

Actividad:(563028) Evitar el uso de comida como recompensa (25-36 m).

NIC:(5632) Enseñanza: seguridad del niño pequeño

Mejoría: Enseñanza de la seguridad durante el segundo y tercer años de vida

Actividad:(563201) Proporcionar a los padres por escrito materiales adecuados a las necesidades de conocimiento identificadas.

NIC:(6530) Manejo de la inmunización / vacunación

Mejoría: Control del estado de inmunización, facilitando el acceso a las inmunizaciones y suministro de vacunas para evitar enfermedades contagiosas.

Actividad:(653001) Explicar a los padres el programa de inmunización recomendado necesario para los niños, su vía de administración, razones y beneficios de su uso, reacciones alérgicas.

Actividad:(653005) Identificar las técnicas de administración apropiadas, incluyendo la administración simultánea.

Actividad:(653013) Informar a los individuos de las inmunizaciones protectoras contra enfermedades que actualmente nos son obligatorias por ley (vacunas contra la gripe)

Actividad:(653019) Informar al paciente acerca de las medidas de alivio útiles después de la administración de fármacos en un niño.

Actividad:(653020) Observar al paciente durante un período determinado después de la administración de la medicación.

Actividad:(653023) Determinar el estado de inmunización en cada visita realizada en un centro de atención sanitaria (incluyendo sala de urgencias y admisión en hospitales)

### **Conductas generadoras de salud niño sano 4 y 6 años (00084)**

084-1 Deseo de buscar un nivel más alto de bienestar.

084-2 Deseos de un mayor control de las prácticas de salud.

084-5 Desconocimiento conductas promotoras de salud.

NOC:(1100) Salud bucal

Indicador: (110001) Aseo personal de la boca

(1602) Conducta de fomento de la salud

Indicador:(160201) Utiliza conductas para evitar los riesgos

Indicador:(160207) Realiza los hábitos sanitarios correctamente

(1805) Conocimiento: conductas sanitarias

Indicador:(180501) Descripción de prácticas nutricionales saludables

Indicador:(180502) Descripción de los beneficios de la actividad y el ejercicio

Indicador:(180512) Descripción de las medidas para reducir el riesgo de lesiones accidentales

(1900) Conducta de vacunación

Indicador:(190005) Cumple las vacunaciones para la edad recomendadas

Indicador:(190006) Describe medidas de control de los efectos indeseables de la vacuna

Indicador:(190007) Reconoce la necesidad de comunicar cualquier reacción adversa

NIC:(1720) Fomentar la salud bucal

Mejoría:Fomentar la higiene bucal y el cuidado dental en un paciente con salud bucal y dental normal

Actividad:(172001) Explicar la necesidad del cuidado bucal diario como rutina.

Actividad:(172004) Fomentar las revisiones dentales regulares.

Actividad:(172005) Enseñar y estimular el uso de hilo dental.

Actividad:(172006) Enseñar al paciente a evitar mascar chicle en exceso.

NIC: (5510) Educación sanitaria

Mejoría: Desarrollar y proporcionar instrucción y experiencias de enseñanza que faciliten la adaptación voluntaria de la conducta para conseguir la salud en personas, familias, grupos o comunidades

Actividad:(551001) Determinar grupos de riesgos y márgenes de edad que se beneficien más de la educación sanitaria

Actividad:(551003) Identificar los factores internos y externos que puedan mejorar o disminuir la motivación en conductas sanitarias.

NIC: (5568) Educación paterna: niño

Mejoría: Enseñanza de los cuidados de nutrición y físicos necesarios durante los primeros años de vida

NIC: (5630) Enseñanza: nutrición del niño pequeño

Mejoría: Enseñanza de las prácticas de nutrición y alimentos durante el segundo y tercer años de vida

Actividad: (563001) Proporcionar a los padres materiales escritos adecuados a las necesidades de conocimiento identificadas.

NIC: (6530) Manejo de la inmunización / vacunación

Mejoría: Control del estado de inmunización, facilitando el acceso a las inmunizaciones y suministro de vacunas para evitar enfermedades contagiosas.

Actividad: (653001) Explicar a los padres el programa de inmunización recomendado necesario para los niños, su vía de administración, razones y beneficios de su uso, reacciones adversas.

Actividad: (653005) Identificar las técnicas de administración apropiadas, incluyendo la administración simultánea.

Actividad: (653013) Informar a los individuos de las inmunizaciones protectoras contra enfermedades que actualmente noson obligatorias por ley (vacunas contra la gripe)

Actividad: (653019) Informar al paciente acerca de las medidas de alivio útiles después de la administración de fármacos en un niño.

Actividad: (653020) Observar al paciente durante un período determinado después de la administración de la medicación.

Actividad: (653023) Determinar el estado de inmunización en cada visita realizada en un centro de atención sanitaria (incluyendo sala de urgencias y admisión en hospitales)

### ***Diagnóstico (00099) Mantenimiento inefectivo de la salud (Niño sano)***

C.D.099-1 Desconocimiento prácticas sanitarias básicas

099-3 Incapacidad para realizar prácticas sanitarias básicas

099-6 Falta de equipo, dinero y otros recursos.

F.R. 00111 Afrontamiento familiar inefectivo

NOC: (2211) Ser padre

Indicador: (221101) Facilita las necesidades físicas del niño

Indicador: (221102) Elimina los peligros medioambientales controlables

Indicador: (221103) Proporciona asistencia sanitaria preventiva y del episodio

Indicador: (221104) Estimula el desarrollo cognitivo

Indicador: (221105) Estimula el desarrollo social

Indicador: (221106) Estimula el crecimiento emocional

Indicador: (221114) Interacciona de forma positiva con el niño

Indicador: (221117) Manifiesta una relación de afecto con el niño

NIC: (5566) Educación paterna: crianza familiar de los niños

Mejoría: Ayuda a los padres a comprender y fomentar el crecimiento y desarrollo físico, psicológico y social de su bebé, niño/s en edad preescolar o escolar

Actividad: (556601) Solicitar a los padres que describan las características del (de los) hijo(s).

Actividad: (556604) Identificar las tareas u objetivos de desarrollo adecuados para el niño.

Actividad: (556605) Identificar los mecanismos de defensa más comúnmente utilizados por los grupos de la misma edad.

Actividad: (556608) Revisar las necesidades nutricionales específicas de los grupos de la misma edad.

Actividad:(556609) Revisar el tema de la higiene dental con los padres.

Actividad:(556610) Revisar el tema del aseo personal con los padres.

Actividad:(556611) Revisar las cuestiones de seguridad con los padres, tales como encuentro de los hijos con desconocidos y seguridad en el agua y al montar en bicicleta.

Actividad:(556613) Discutir los enfoques que pueden utilizar los padres para ayudar a los hijos a expresar sentimientos de una manera positiva.

NIC:(8300) Fomento de la paternidad

Mejoría:Proporcionar información sobre la paternidad, apoyo y coordinación de servicios globales en familias de alto riesgo

Actividad:(830022) Controlar el estado de salud del niño, si los reconocimientos son correctos y el estado de inmunización es adecuado.

Actividad:(830025) Remitir a los recursos de la comunidad, según sea conveniente.

### ***Diagnóstico (00043) Protección inefectiva(vacunación incompleta en niño)***

C.D. 043-4 Deficiencia inmunitaria

Factores Relacionados: 00119 Inmunidad adquirida inadecuada

NOC:1900 Conducta de vacunación

Indicador:190005 Cumple las vacunaciones para la edad recomendadas

Indicador:190009 Confirma la fecha de la próxima vacunación

NIC: (6530) Manejo de la inmunización / vacunación

Mejoría: Control del estado de inmunización, facilitando el acceso a las inmunizaciones y suministro de vacunas para evitar enfermedades contagiosas

Actividad:(653001) Explicar a los padres el programa de inmunización recomendado necesario para los niños, su vía de administración, razones y beneficios de su uso, reacciones adversas

Actividad:(653004) Proporcionar una cartilla de vacunación para registrar fecha y tipo de las inmunizaciones administradas.

Actividad:(653005) Identificar las técnicas de administración apropiadas, incluyendo la administración simultánea.

Actividad:653011 Seguir los consejos del servicio de salud de la comunidad autónoma para la administración de inmunizaciones.

Actividad:653013 Informar a los individuos de las inmunizaciones protectoras contra enfermedades que actualmente no son obligatorias por ley (vacunas contra la gripe)

Actividad:(653019) Informar al paciente acerca de las medidas de alivio útiles después de la administración de fármacos en un niño.

Actividad:(653020) Observar al paciente durante un período determinado después de la administración de la medicación.

Actividad: (653023) Determinar el estado de inmunización en cada visita realizada en un centro de atención sanitaria (incluyendo sala de urgencias y admisión en hospitales)



### **Diagnóstico (00113) Riesgo de crecimiento desproporcionado**

Factores Relacionados: 00087 Desnutrición  
Factores Relacionados: 00123 Prematuridad.  
Factores Relacionados: 00154 Pobreza  
Factores Relacionados: 00158 Conductas alimentarias desadaptadas

NOC: (0110 ) Crecimiento  
Indicador: (011002) Percentil del peso por edad  
Indicador: (011006) Percentil de longitud/talla por edad  
NOC: (1009) Estado nutricional: ingestión de nutrientes  
Indicador: (100901) Ingestión calórica  
Indicador: (100902) Ingestión proteica  
Indicador: (100903) Ingestión de grasas  
Indicador: (100904) Ingestión de hidratos de carbono  
NOC: (1612) Control de peso  
Indicador: (161203) Equilibrio entre ejercicio e ingesta calórica  
Indicador: (161220) Demuestra progreso hacia el peso objetivo

NIC:(1100) Manejo de la nutrición

Mejoría: Ayudar o proporcionar una dieta equilibrada de sólidos y líquidos

Actividad:(110004) Fomentar la ingesta de calorías adecuadas al tipo corporal y estilo de vida.

Actividad:(110010) Asegurarse de que la dieta incluye alimentos ricos en fibra para evitar el estreñimiento

Actividad:(110017) Pesar al paciente a intervalos adecuados.

Actividad:(110020) Fomentar técnicas seguras de preparación y preservación de alimentos.

NIC:(1260) Manejo del peso

Mejoría: Facilitar el mantenimiento del peso corporal óptimo y el porcentaje de grasa corporal

Actividad:(126003) Tratar con el paciente los hábitos, costumbres y factores culturales y hereditarios que ejercen su influencia sobre el peso.

Actividad:(126004) Discutir los riesgos asociados con el hecho de estar por encima o por debajo del peso.

Actividad: (126006) Determinar el peso corporal ideal del paciente

Calidad de los cuidados enfermeros.  
Mejora de la calidad de los planes de cuidados enfermeros en el Área de Salud VI de la Región de Murcia

## **ANEXO 7**

### **PLANES DE CUIDADOS ESTANDARIZADOS ADULTO. DIAGNÓSTICOS NANDA**

Calidad de los cuidados enfermeros.  
Mejora de la calidad de los planes de cuidados enfermeros en el Área de Salud VI de la Región de Murcia

### **PATRÓN: PERCEPCION DE LA SALUD**

- (00079) Incumplimiento del tratamiento (especificar)
- (00082) Manejo efectivo régimen terapéutico
- (00078) Manejo inefectivo régimen terapéutico. Personas inmovilizadas y terminales
- (00078) Manejo inefectivo régimen terapéutico Personas con diabetes
- (00078) Manejo inefectivo régimen terapéutico Personas con hipertensión arterial
- (00035) Riesgo de lesión. Anciano
- (00035) Riesgo de lesión. Personas inmovilizadas y terminal.

### **PATRÓN: NUTRICIONAL / METABOLICO**

- (00002) Desequilibrio nutricional: por defecto
- (00001) Desequilibrio nutricional: por exceso
- (00103) Deterioro de la deglución. Personas inmovilizadas.
- (00045) Deterioro de la mucosa oral Personas inmovilizadas.
- (00044) Deterioro de la integridad tisular. Personas inmovilizadas y terminal
- (00039) Riesgo de aspiración. Personas inmovilizadas y terminal.
- Riesgo deterioro de la integridad cutánea (00047). Personas inmovilizadas y terminal.

### **PATRÓN: ELIMINACION**

- (00011) Estreñimiento Personas inmovilizadas y terminales.
- (00017) Incontinencia urinaria de esfuerzo. Anciano.

### **PATRÓN: ACTIVIDAD / EJERCICIO**

- (00102) Déficit de autocuidado: alimentación. Personas inmovilizadas y terminales.
- (00108) Déficit de autocuidado: baño/higiene. Personas inmovilizadas y terminales.
- (00110) Déficit de autocuidado: uso WC. Personas inmovilizadas y terminales.
- (00109) Déficit de autocuidado: vestido/acicalamiento Personas inmovilizadas y terminales.

- (00085) Deterioro de la movilidad física. Personas inmovilizadas y terminales.

#### **PATRÓN: SUEÑO Y DESCANSO**

- (00095) Deterioro del patrón de sueño. Personas inmovilizadas y terminales.

#### **PATRÓN: COGNITIVO / PERCEPTIVO**

- (00126) Conocimientos deficientes.
- (00132) Dolor agudo. Personas inmovilizadas y terminales.
- (00122) Trastorno de la percepción sensorial (especificar) AUDITIVA en Ancianos.
- (00122) Trastorno de la percepción sensorial (especificar) VISUAL en Ancianos.
- (00130) Trastorno de los procesos del pensamiento

#### **PATRÓN: AUTOPERCEPCION / AUTOCONCEPTO**

- (00147) Ansiedad ante la muerte TERMINAL
- (00120) Baja autoestima situacional. Personas inmovilizadas y terminales

#### **PATRÓN: ROL / RELACIONES**

- (00053) Aislamiento social. Anciano
- (00061) Cansancio desempeño del rol de cuidador

#### **PATRÓN: SEXUALIDAD / REPRODUCCION**

- (00059) Disfunción sexual

#### **PATRÓN: ADAPTACION / TOLERANCIA AL ESTRÉS**

- (00069) Afrontamiento inefectivo. CLIMATERIO.
- (00070) Deterioro de la adaptación. Personas inmovilizadas y terminales

#### **PATRÓN: VALORES / CREENCIAS**

- (00066) Sufrimiento espiritual. Personas inmovilizadas y terminales.

## **PATRÓN: PERCEPCION DE LA SALUD**

### **Incumplimiento del tratamiento (especificar) (00079)**

INCLUYE: Conducta de una persona o de un cuidador que no coincide con un plan terapéutico o de promoción de la salud acordado entre la persona (o la familia, o la comunidad) y un profesional del cuidado de la salud.

Cuando se ha acordado un plan, ya sea terapéutico o de promoción de la salud, la persona o el cuidador pueden respetarlo total o parcialmente o no cumplirlo en absoluto, lo que puede conducir a resultados clínicos efectivos, parcialmente efectivos o inefectivos.

PLAN DE CUIDADOS: Incumplimiento del tratamiento-SMS

GENERADO POR: DGAS

FR: (00073)Complejidad del régimen terapéutico

FR: (00091)Duración

FR: (00096)Habilidades personales y de desarrollo

FR: (00101)Fuerzas motivacionales

NOC:(1601)Conducta de cumplimiento

DEF. NOC:Acciones basadas en el asesoramiento profesional para promocionar el bienestar, la recuperación y la rehabilitación

IND:(160103\_1601)Comunica seguir la pauta descrita

NIC: (4420)Acuerdo con el paciente

DEF. NIC: Negocio de un acuerdo con el paciente para reforzar un cambio de conducta específico

NIC: (5240)Asesoramiento

DEF. NIC: Utilización de un proceso de ayuda interactiva centrado en las necesidades, problemas o sentimientos del paciente y sus seres queridos para fomentar o apoyar la capacidad de resolver problemas y las relaciones interpersonales

NIC: (5510)Educación sanitaria

DEF. NIC:Desarrollar y proporcionar instrucción y experiencias de enseñanza que faciliten la adaptación voluntaria de la conducta para conseguir la salud en personas, familias, grupos o comunidades

ACT:(442006 4420)Ayudar al paciente a establecer objetivos realistas, que puedan conseguirse.

DEF. ACT: Ayudar al paciente a establecer objetivos realistas, que puedan conseguirse.

ACT:(442010 4420)Establecer objetivos en términos positivos.

DEF. ACT: Establecer objetivos en términos positivos.

ACT:(442024 4420)Identificar, junto con el paciente, una fecha objetivo para la conclusión del acuerdo.

DEF. ACT: Identificar, junto con el paciente, una fecha objetivo para la conclusión del acuerdo.

ACT:(524019\_ 5240)Fomentar la sustitución de hábitos indeseados por hábitos deseados.

DEF. ACT: Fomentar la sustitución de hábitos indeseados por hábitos deseados.

ACT:(551009\_ 5510) Formular los objetivos del programa de educación sanitaria.

DEF. ACT: Formular los objetivos del programa de educación sanitaria.

ACT:(551014\_ 5510) Centrarse en beneficios de salud positivos inmediatos o a corto plazo para conductas de estilo de vida positivas, en lugar de beneficios a largo plazo

DEF. ACT: Centrarse en beneficios de salud positivos inmediatos o a corto plazo para conductas de estilo de vida positivas, en lugar de beneficios a largo plazo o efectos negativos derivados de incumplimientos.

### **Manejo efectivo régimen terapéutico (00082)**

INCLUYE: El patrón de regulación e integración en la vida diaria de la persona de un programa para el tratamiento de la enfermedad y de sus secuelas es satisfactorio para alcanzar objetivos específicos de salud.

PLAN DE CUIDADOS: MANEJO EFECTIVO RÉGIMEN TERAPÉUTICO SMS V1.00

GENERADO POR: DGAS

NOC:(1601) Conducta de cumplimiento

DEF.NOC: Acciones basadas en el asesoramiento profesional para promocionar el bienestar, la recuperación y la rehabilitación

NOC:(1813) Conocimiento: régimen de tratamiento

DEF.NOC: Grado de comprensión transmitido sobre el régimen terapéutico específico

IND:(160103\_1601) Comunica seguir la pauta descrita

IND:(181309\_1813) Descripción de los procedimientos prescritos

NIC:(5540) Potenciación de la disposición de aprendizaje

DEF.NIC: Mejorar la capacidad y disposición de recibir información

ACT: (554019\_5540) Establecer un ambiente de aprendizaje lo más cercano posible al contacto del paciente.

DEF.ACT: Establecer un ambiente de aprendizaje lo más cercano posible al contacto del paciente.

ACT:(554021\_5540) Ayudar al paciente a desarrollar confianza en su capacidad, si procede.

DEF.ACT: Ayudar al paciente a desarrollar confianza en su capacidad, si procede

ACT:(554023\_5540) Explicar cómo la información ayudará a que el paciente cumpla con las metas.

DEF.ACT: Explicar cómo la información ayudará a que el paciente cumpla con las metas.

### **Manejo inefectivo régimen terapéutico (00078)**

INCLUYE: Patrón de regulación e integración en la vida diaria de un programa de tratamiento de la enfermedad y de sus secuelas que resulta insatisfactorio para alcanzar objetivos específicos de salud.

FR: (00073) Complejidad del régimen terapéutico

FR: (00082) Falta de confianza en el régimen o en el personal de cuidados de la salud

FR: (00089) Déficit de soporte social



FR: (00750) Déficit de conocimientos

NOC: (1601) Conducta de cumplimiento

DEF. NOC: Acciones basadas en el asesoramiento profesional para promocionar el bienestar, la recuperación y la rehabilitación

NOC: (1606) Participación: decisiones sobre asistencia sanitaria

DEF. NOC: Involucrar al personal en la selección y evaluación de opciones de cuidados de salud

NOC: (1609) Conducta terapéutica: enfermedad o lesión

DEF. NOC: Acciones personales para paliar o eliminar patología

NOC: (1813) Conocimiento: régimen de tratamiento

DEF. NOC: Grado de comprensión transmitido sobre el régimen terapéutico específico

IND:(160106\_1601) Modifica la pauta orientada por el profesional sanitario

IND:(160608\_1606) Utiliza técnicas de resolución de problemas para conseguir los resultados deseados

IND: (160902\_1609) Cumple el régimen terapéutico recomendado

IND: (181309\_1813) Descripción de los procedimientos prescritos

NIC: (4360) Modificación de la conducta .

DEF. NIC: Promoción de un cambio de conducta

NIC: (4420) Acuerdo con el paciente

DEF. NIC: Negocio de un acuerdo con el paciente para reforzar un cambio de conducta específico

NIC: (4920) Escucha activa

DEF. NIC: Gran atención y determinación de la importancia de los mensajes verbales y no verbales del paciente

NIC: (5240) Asesoramiento

DEF. NIC: Utilización de un proceso de ayuda interactiva centrado en las necesidades, problemas o sentimientos del paciente y sus seres queridos para fomentar o apoyar la capacidad de resolver problemas y las relaciones interpersonales

NIC: (7140) Apoyo a la familia

DEF. NIC: Estimulación de los valores, intereses y objetivos familiares

ACT:(436003\_4360) Fomentar la sustitución de hábitos indeseables por hábitos deseables.

DEF. ACT: Fomentar la sustitución de hábitos indeseables por hábitos deseables.

ACT:(442006\_4420) Ayudar al paciente a establecer objetivos realistas, que puedan conseguirse.

DEF. ACT: Ayudar al paciente a establecer objetivos realistas, que puedan conseguirse.

ACT:(442010\_4420) Establecer objetivos en términos positivos.

DEF. ACT: Establecer objetivos en términos positivos.

ACT:(442024\_4420) Identificar, junto con el paciente, una fecha objetivo para la conclusión del acuerdo.

DEF. ACT: Identificar, junto con el paciente, una fecha objetivo para la conclusión del acuerdo.

ACT: (492002\_4920) Mostrar interés en el paciente.

DEF. ACT: Mostrar interés en el paciente.

ACT: (492003\_4920) Favorecer la expresión de sentimientos.

DEF. ACT: Favorecer la expresión de sentimientos.

ACT: (492013\_4920) Aclarar el mensaje mediante el uso de preguntas y retroalimentación.

DEF. ACT: Aclarar el mensaje mediante el uso de preguntas y retroalimentación.

ACT: Fomentar la sustitución de hábitos indeseados por hábitos deseados.

DEF. ACT: (524019\_5240) Fomentar la sustitución de hábitos indeseados por hábitos deseados.

ACT: (714005\_7140) Escuchar las inquietudes, sentimientos y preguntas de la familia.

DEF. ACT: Escuchar las inquietudes, sentimientos y preguntas de la familia.

ACT: (714017\_7140) Reforzar a la familia respecto a sus estrategias para enfrentarse a los problemas.

DEF. ACT: Reforzar a la familia respecto a sus estrategias para enfrentarse a los problemas.

ACT: (714021\_7140) Enseñar a la familia los planes médicos y de cuidados.

DEF. ACT: Enseñar a la familia los planes médicos y de cuidados.

ACT: (714033\_7140) Facilitar oportunidades de apoyo de grupos del mismo tipo.

DEF. ACT: Facilitar oportunidades de apoyo de grupos del mismo tipo

### **Manejo inefectivo régimen terapéutico (00078) Personas con diabetes**

INCLUYE: Patrón de regulación e integración en la vida diaria de un programa de tratamiento de la enfermedad y de sus secuelas que resulta insatisfactorio para alcanzar objetivos específicos de salud.

GENERADO POR: DGAS

Factores Relacionados: (00073) Complejidad del régimen terapéutico

Factores Relacionados: (00076) Conflicto de decisiones

Factores Relacionados: (00083) Percepción subjetiva de gravedad

Factores Relacionados: (00750) Déficit de conocimientos

NOC: (1601) Conducta de cumplimiento

DEF. NOC: Acciones basadas en el asesoramiento profesional para promocionar el bienestar, la recuperación y la rehabilitación

NOC: (1820) Conocimiento: control de la diabetes

DEF. NOC: Grado de comprensión transmitido sobre la diabetes mellitus y su control

IND: (160103\_1601) Comunica seguir la pauta descrita

IND: (160107\_1601) Realiza auto screening cuando se le informa

IND: (182002\_1820) Descripción del papel de la nutrición en el control de la glucemia

IND: (182005\_1820) Descripción del papel del ejercicio en el control de la glucemia

NIC: (5602) Enseñanza: proceso de enfermedad

DEF. NIC: Ayudar al paciente a comprender la información relacionada con un proceso de enfermedad específico

NIC:(5612)Enseñanza: actividad / ejercicio prescrito

DEF.NIC: Preparar a un paciente para que consiga y/o mantenga el nivel de actividad prescrito

NIC:(5614) Enseñanza: dieta prescrita

DEF. NIC: Preparación de un paciente para seguir correctamente una dieta prescrita

NIC: (5616) Enseñanza: medicamentos prescritos

DEF. NIC:Preparación de un paciente para que tome de forma segura los medicamentos prescritos y observar sus efectos.

ACT:(560203\_5602) Describir los signos y síntomas comunes de la enfermedad, si procede.

DEF. ACT: Describir los signos y síntomas comunes de la enfermedad, si procede.

ACT:(561202\_5612)Informar al paciente del propósito y los beneficios de la actividad/ ejercicio prescrito.

DEF. ACT: Informar al paciente del propósito y los beneficios de la actividad/ ejercicio prescrito.

ACT:(561404\_5614)Explicar el propósito de la dieta.

DEF. ACT: Explicar el propósito de la dieta.

ACT:(561603\_5616) Informar al paciente acerca del propósito y acción de cada medicamento.

DEF. ACT: Informar al paciente acerca del propósito y acción de cada medicamento.

ACT:(561605\_5616)Instruir al paciente acerca de la administración/ aplicación de cada medicamento.

DEF. ACT: Instruir al paciente acerca de la administración/ aplicación de cada medicamento

ACT: (561607\_5616)Enseñar al paciente a realizar los procedimientos necesarios antes de tomar la medicación(comprobar el pulso y el nivel de glucosa), si es el caso.

DEF. ACT: Enseñar al paciente a realizar los procedimientos necesarios antes de tomar la medicación (comprobar el pulso y el nivel de glucosa), si es el caso.

ACT:(561613\_5616)Enseñar al paciente a aliviar/ prevenir ciertos efectos secundarios, si es el caso.

DEF. ACT: Enseñar al paciente a aliviar/ prevenir ciertos efectos secundarios, si es el caso.

## **Manejo inefectivo régimen terapéutico (00078) Personas con hipertensión arterial.**

INCLUYE: Patrón de regulación e integración en la vida diaria de un programa de tratamiento de la enfermedad y de sus secuelas que resulta insatisfactorio para alcanzar objetivos específicos de salud.

GENERADO POR: DGAS

Factores Relacionados: (00073) Complejidad del régimen terapéutico  
Factores Relacionados: (00076) Conflicto de decisiones  
Factores Relacionados: (00083) Percepción subjetiva de gravedad  
Factores Relacionados: (00750) Déficit de conocimientos  
NOC:(1914) Control del riesgo: salud cardiovascular  
DEF.NOC: Acciones para eliminar o reducir las amenazas para la salud cardiovascular  
IND:(191404\_1914) Controla la presión arterial  
IND:(191408\_1914) Sigue la dieta recomendada  
IND:(191414\_1914) Utiliza las medicaciones prescritas.  
IND:(191416\_1914) Participa en ejercicio aeróbico.  
NIC:(5612) Enseñanza: actividad / ejercicio prescrito.  
DEF.NIC: Preparar a un paciente para que consiga y/o mantenga el nivel de actividad prescrito  
NIC: (5614) Enseñanza: dieta prescrita  
DEF. NIC: Preparación de un paciente para seguir correctamente una dieta prescrita  
NIC:(5616) Enseñanza: medicamentos prescritos  
DEF.NIC: Preparación de un paciente para que tome de forma segura los medicamentos prescritos y observar sus efectos  
ACT:(561202\_5612)Informar al paciente del propósito y los beneficios de la actividad/ ejercicio prescrito.  
DEF. ACT:Informar al paciente del propósito y los beneficios de la actividad/ ejercicio  
ACT: (561217\_5612)Ayudar al paciente a incorporar la actividad / ejercicio en la rutina diaria / estilo de vida.  
DEF. ACT: Ayudar al paciente a incorporar la actividad / ejercicio en la rutina diaria / estilo de vida.  
ACT:(561404\_5614)Explicar el propósito de la dieta.  
DEF. ACT: Explicar el propósito de la dieta.  
ACT:(561407\_5614)Instruir al paciente sobre las comidas permitidas y prohibidas.  
DEF. ACT: Instruir al paciente sobre las comidas permitidas y prohibidas.  
ACT:(561603\_5616)Informar al paciente acerca del propósito y acción de cada medicamento.  
DEF. ACT: Informar al paciente acerca del propósito y acción de cada medicamento.  
ACT:(561605\_5616)Instruir al paciente acerca de la administración/ aplicación de cada medicamento.  
DEF. ACT: Instruir al paciente acerca de la administración/ aplicación de cada medicamento.  
ACT:(561613\_5616)Enseñar al paciente a aliviar/ prevenir ciertos efectos secundarios, si es el caso.  
DEF. ACT: Enseñar al paciente a aliviar/ prevenir ciertos efectos secundarios, si es el caso

## **Riesgo de lesión (00035)\_Anciano**

INCLUYE: Riesgo de lesión como consecuencia de la interacción de condiciones ambientales con los recursos adaptativos y defensivos de la persona.

Factores Relacionados:(00031) Alteración de la movilidad.

Factores Relacionados:(00052) Factores cognitivos, afectivos y psicomotores

Factores Relacionados:(00064) Diseño, estructura y factores ambientales en el hogar (00064)

Factores Relacionados:(00087) Desnutrición

Factores Relacionados:(00556) Déficit sensorial

NOC:(1809) Conocimiento: seguridad personal

DEF.NOC: Grado de comprensión transmitido sobre la prevención de lesiones no intencionales

NOC:(1909) Conducta de seguridad: prevención de caídas.

DEF.NOC: Acciones individuales o del cuidador familiar para minimizar los factores de riesgo que podrían producir caídas.

NOC:(1912) Estado de seguridad: caídas.

DEF.NOC: Número de caídas en la última semana

IND: (180902\_1809) Descripción de las medidas de prevención de caídas.

IND:(190901\_1909) Uso correcto de dispositivos de ayuda.

IND:(190905\_1909) Colocación de pasamanos si es necesario

IND:(190907\_1909) Fijación de alfombras

IND:(191202\_1912) N° de caídas/semana caminando

NIC:(1050) Alimentación

DEF.NIC: Proporcionar la ingesta nutricional al paciente que no puede alimentarse por sí mismo

NIC:(5510) Educación sanitaria

DEF.NIC: Desarrollar y proporcionar instrucción y experiencias de enseñanza que faciliten la adaptación voluntaria de la conducta para conseguir la salud en personas, familias, grupos o comunidades

NIC:(6486) Manejo ambiental: seguridad.

DEF.NIC: Vigilar y actuar sobre el ambiente físico para fomentar la seguridad

NIC:(6490) Prevención de caídas.

DEF.NIC: Establecer precauciones especiales en pacientes con alto riesgo de lesiones por caídas.

ACT:(105001\_1050) Identificar la dieta prescrita.

DEF.ACT: Identificar la dieta prescrita.

ACT:(551016\_5510) Desarrollar materiales educativos escritos en un nivel de lectura adecuado a la audiencia objetivo.

DEF.ACT: Desarrollar materiales educativos escritos en un nivel de lectura adecuado a la audiencia objetivo.

ACT:(648603\_6486) Eliminar los factores de peligro del ambiente, cuando sea posible.

DEF.ACT: Eliminar los factores de peligro del ambiente, cuando sea posible.

ACT:(649005\_6490)Proporcionar dispositivos de ayuda (bastón o barra de apoyo para caminar) para conseguir una deambulaci3n estable.

DEF. ACT: Proporcionar dispositivos de ayuda (bast3n o barra de apoyo para caminar) para conseguir una deambulaci3n estable.

ACT:(649029\_6490)Disponer una iluminaci3n adecuada para aumentar la visibilidad.

DEF. ACT: Disponer una iluminaci3n adecuada para aumentar la visibilidad.

ACT:(649031\_6490)Disponer barandillas y apoya manos visibles.

DEF. ACT: Disponer barandillas y apoya manos visibles.

ACT:(649034\_6490)Disponer una superficie antideslizante en la bañera o la ducha.

DEF. ACT: Disponer una superficie antideslizante en la bañera o la ducha.

ACT: (649041\_6490)Educar a los miembros de la familia sobre los factores de riesgo que contribuyen a las caídas y cómo disminuir dichos riesgos.

DEF. ACT:Educar a los miembros de la familia sobre los factores de riesgo que contribuyen a las caídas y cómo disminuir dichos riesgos

### **Riesgo de lesi3n (00035) INMOVILIZADO y TERMINAL**

INCLUYE: Riesgo de lesi3n como consecuencia de la interacci3n de condiciones ambientales con los recursos adaptativos y defensivos de la persona.

FR: (00031)Alteraci3n de la movilidad

FR: (00052)Factores cognitivos, afectivos y psicomotores

FR: (00064)Diseño, estructura y factores ambientales en el hogar

FR: (00556) Déficit sensorial

NOC:(0909)Estado neurol3gico

DEF. NOC:Medida a la que el sistema nervioso central y periférico recibe, elabora y responde a los estímulos internos y externos

NOC:(1809)Conocimiento: seguridad personal

DEF. NOC: Grado de comprensi3n transmitido sobre la prevenci3n de lesiones no intencionales

NOC:(1909) Conducta de seguridad: prevenci3n de caídas

DEF. NOC: Acciones individuales o del cuidador familiar para minimizar los factores de riesgo que podrían producir caídas

NOC:(1910)Conducta de seguridad: ambiente físico del hogar

DEF.NOC: Acciones individuales o del cuidador familiar para minimizar los factores ambientales que podrían causar daño o lesi3n en el hogar

IND: (090901\_0909) Funci3n neurol3gica: conciencia

IND: (180904\_1809)Descripci3n de las medidas de seguridad en el hogar

IND: (190905\_1909)Colocaci3n de pasamanos si es necesario

IND: (190906\_1909)Eliminaci3n de objetos, derramamientos y abrillantadores en el suelo

IND: (190907\_1909)Fijaci3n de alfombras

IND: (191001\_1910)Provisi3n de iluminaci3n

NIC:(5510)Educaci3n sanitaria

DEF.NIC: Desarrollar y proporcionar instrucción y experiencias de enseñanza que faciliten la adaptación voluntaria de la conducta para conseguir la salud en personas, familias, grupos o comunidades.

NIC: (6460)Manejo de la demencia.

DEF.NIC: Proveer un ambiente modificado para el paciente que experimenta un estado de confusión crónica.

NIC:(6490)Prevención de caídas.

DEF.NIC: Establecer precauciones especiales en pacientes con alto riesgo de lesiones por caídas.

NIC: (6654)Vigilancia: seguridad.

DEF.NIC: Reunión objetiva y continuada y análisis de la información acerca del paciente y del ambiente para utilizarla en la promoción y mantenimiento de la seguridad.

ACT: (551016\_5510)Desarrollar materiales educativos escritos en un nivel de lectura adecuado a la audiencia objetivo.

DEF. ACT: Desarrollar materiales educativos escritos en un nivel de lectura adecuado a la audiencia objetivo.

ACT:(646007\_6460)"Disponer un ambiente de baja estimulación (música tranquila de efecto relajante; ambiente no intenso y simple, con dibujos familiares en la decoración

DEF.ACT: "Disponer un ambiente de baja estimulación (música tranquila de efecto relajante; ambiente no intenso y simple, con dibujos familiares en la decoración, realizar expectativas que no sobrepasen la capacidad de proceso cognitivo; y comidas en grupos pequeños)."

ACT:(646009\_6460)Identificar y retirar los peligros potenciales del ambiente del paciente.

DEF.ACT:Identificar y retirar los peligros potenciales del ambiente del paciente,

ACT:(649005\_6490)Proporcionar dispositivos de ayuda (bastón o barra de apoyo para caminar) para conseguir una deambulacion estable.

DEF.ACT:Proporcionar dispositivos de ayuda (bastón o barra de apoyo para caminar) para conseguir una deambulacion estable.

ACT:(649008\_6490)Colocar los objetos al alcance del paciente sin que tenga que hacer esfuerzos.

DEF.ACT:Colocar los objetos al alcance del paciente sin que tenga que hacer esfuerzos.

ACT:(649029\_6490)Disponer una iluminación adecuada para aumentar la visibilidad.

DEF.ACT: Disponer una iluminación adecuada para aumentar la visibilidad.

ACT:(649031\_6490)Disponer barandillas y apoya manos visibles.

DEF.ACT: Disponer barandillas y apoya manos visibles.

ACT:(649034\_6490)Disponer una superficie antideslizante en la bañera o la ducha.

DEF.ACT: Disponer una superficie antideslizante en la bañera o la ducha.

ACT:(649041\_6490)Educar a los miembros de la familia sobre los factores de riesgo que contribuyen a las caídas y cómo disminuir dichos riesgos.

DEF.ACT: Educar a los miembros de la familia sobre los factores de riesgo que contribuyen a las caídas y cómo disminuir dichos riesgos.

ACT:(665404\_6654) Proporcionar el nivel adecuado de supervisión/ vigilancia para vigilar al paciente y permitir las acciones terapéuticas, si es necesario.

DEF.ACT: Proporcionar el nivel adecuado de supervisión/ vigilancia para vigilar al paciente y permitir las acciones terapéuticas, si es necesario.

### **Desequilibrio nutricional: por defecto (00002)**

INCLUYE: Ingesta de nutrientes insuficiente para satisfacer las necesidades metabólicas.

PLAN DE CUIDADOS: DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL POR DEFECTO - INMOVILIZADO - A28 / TERMINAL - A99. GENERADO POR: DGAS

Factores Relacionados:(00181)Incapacidad para digerir o absorber los nutrientes

Factores Relacionados:(00252)Problemas nutricionales

NOC:(1008)Estado nutricional:ingestión alimentaria y de líquidos

DEF.NOC:Cantidad de ingestión alimentaria y líquida durante un período de 24 h.

NOC:(1612)Control de peso

DEF.NOC: Acciones personales para conseguir y mantener un peso corporal óptimo para la salud

IND:(100801\_1008)Ingestión alimentaria oral

IND:(100804\_1008)Ingestión hídrica

IND:(161204\_1612)Selección de comidas y aperitivos nutritivos

NIC:(1100)Manejo de la nutrición

DEF.NIC: Ayudar o proporcionar una dieta equilibrada de sólidos y líquidos

NIC:(1240)Ayuda para ganar peso

DEF.NIC:Facilitar el aumento de peso corporal

ACT:(110002\_1100)Determinar las preferencias de comidas del paciente.

DEF. ACT:Determinar las preferencias de comidas del paciente.

ACT:(110014\_1100)Ajustar la dieta al estilo de vida del paciente, según cada caso.

DEF.ACT:Ajustar la dieta al estilo de vida del paciente, según cada caso.

ACT:(110017\_1100)Pesar al paciente a intervalos adecuados.

DEF. ACT:Pesar al paciente a intervalos adecuados.

ACT:(124003\_1240) Analizar las posibles causas del bajo peso corporal.

DEF. ACT: Analizar las posibles causas del bajo peso corporal.

ACT:(124004\_1240)Observar si hay náuseas y vómitos.

DEF. ACT: Observar si hay náuseas y vómitos.

ACT:(124010\_1240)Enseñar a aumentar la ingesta de calorías.

DEF.ACT:Enseñar a aumentar la ingesta de calorías.

ACT:(124026\_1240)Registrar el progreso de la ganancia de peso en una hoja y colocarla en un sitio estratégico.

DEF. ACT: Registrar el progreso de la ganancia de peso en una hoja y colocarla en un sitio estratégico.

FR:(00171)Aporte excesivo en relación con las necesidades metabólicas.

NOC:(1008)Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos



DEF.NOC:Cantidad de ingestión alimentaria y líquida durante un período de 24 h.

NOC:(1612)Control de peso.

DEF. NOC:Acciones personales para conseguir y mantener un peso corporal óptimo para la salud.

IND: (100801\_1008)Ingestión alimentaria oral

IND: (100803\_1008)Ingestión hídrica oral

IND: (161203\_1612)Equilibrio entre ejercicio e ingesta calórica

NIC:(0200)Fomento del ejercicio.

DEF. NIC: Facilitar, regularmente, la realización de ejercicios físicos con el fin de mantener o mejorar el estado físico y el nivel de salud.

NIC: (1100)Manejo de la nutrición.

DEF. NIC: Ayudar o proporcionar una dieta equilibrada de sólidos y líquidos

NIC: (5246)Asesoramiento nutricional.

DEF. NIC: Utilización de un proceso de ayuda interactivo centrado en la necesidad de modificación de la dieta.

ACT:(020005\_0200)Informar al paciente acerca de los beneficios para la salud y los efectos psicológicos del ejercicio.

DEF.ACT: Informar al paciente acerca de los beneficios para la salud y los efectos psicológicos del ejercicio.

ACT:(020007\_0200)Instruir al paciente acerca de la frecuencia, duración e intensidad deseadas de los ejercicios del programa.

DEF. ACT: Instruir al paciente acerca de la frecuencia, duración e intensidad deseadas de los ejercicios del programa.

ACT:(020015\_0200)Ayudar al paciente a integrar el programa de ejercicios en su rutina semanal.

DEF. ACT: Ayudar al paciente a integrar el programa de ejercicios en su rutina semanal.

ACT:(110004\_1100)Fomentar la ingesta de calorías adecuadas al tipo corporal y estilo de vida.

DEF. ACT: Fomentar la ingesta de calorías adecuadas al tipo corporal y estilo de vida.

ACT:(110013\_1100)Realizar una selección de comidas.

DEF. ACT: Realizar una selección de comidas.

ACT:(110017\_1100)Pesar al paciente a intervalos adecuados.

DEF. ACT: Pesar al paciente a intervalos adecuados.

ACT:(524603\_5246)Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente.

DEF. ACT: Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente.

ACT: (524605\_5246)Establecer metas realistas a corto y largo plazo para el cambio del estado nutricional.

DEF. ACT: Establecer metas realistas a corto y largo plazo para el cambio del estado nutricional

### **Deterioro de la deglución (00103)**

INCLUYE: Funcionamiento anormal del mecanismo de la deglución asociado con déficit de la estructura o función oral, faríngea o esofágica.

PLAN DE CUIDADOS: DETERIORO DE LA DEGLUCIÓN- INMOVILIZADO\_A28 / TERMINAL.

GENERADO POR: DGAS

Factores Relacionados: (00281) Estados con una hipotonía significativa.

Factores Relacionados: (00284) Obstrucción mecánica.

NOC:(1010) Estado de deglución.

DEF NOC: Medida en que se produce el tránsito de líquidos y/o sólidos desde la boca hacia el estómago.

IND:(101012\_1010) Ausencia de atragantamiento, tos o náuseas.

NIC:(1860) Terapia de deglución.

DEF. NIC: Facilitar la deglución y prevenir las complicaciones de una deglución defectuosa.

NIC: (3200) Precauciones para evitar la aspiración.

DEF. NIC: Prevención o disminución al mínimo de los factores de riesgo en el paciente con riesgo de aspiración

ACT:(186027\_1860) Enseñar a la familia/ cuidador a cambiar de posición, alimentar y vigilar al paciente.

DEF. ACT: Enseñar a la familia/ cuidador a cambiar de posición, alimentar y vigilar al paciente.

ACT:(186029\_1860) Enseñar a la familia /cuidador las medidas de emergencia para los ahogos.

DEF. ACT: Enseñar a la familia /cuidador las medidas de emergencia para los ahogos

ACT: (320007\_3200) Alimentación en pequeñas cantidades.

DEF. ACT: Alimentación en pequeñas cantidades.

ACT:(320012\_3200) Evitar líquidos y utilizar agentes espesantes.

DEF. ACT: Evitar líquidos y utilizar agentes espesantes.

ACT:(320017\_3200) Mantener el cabecero de la cama elevado durante 30 a 45 min después de la alimentación.

DEF. ACT: Mantener el cabecero de la cama elevado durante 30 a 45 min después de la alimentación

## **PATRÓN: NUTRICIONAL / METABOLICO**

### **Deterioro de la mucosa oral (00045)**

INCLUYE: Alteración de los labios tejidos blandos de la cavidad oral.

PLAN DE CUIDADOS: DETERIORO DE LA MUCOSA ORAL - INMOVILIZADO - A28 /  
TERMINAL - A99 - SMS V1.00 GENERADO POR: DGAS PLAN

FR: (00176) Deshidratación.

FR: (00229) Efectos secundarios de la medicación.

FR: (00231) Falta o reducción de la salivación

FR: (00237) Higiene oral ineficaz

NOC: (1100) Salud bucal

DEF. NOC: Estado de la boca, dientes, encías y lengua.

IND: (110009\_1100) Humedad labial.

IND: (110010\_1100) Humedad de la mucosa bucal y de la lengua.

NIC: (1100) Manejo de la nutrición.

DEF. NIC: Ayudar o proporcionar una dieta equilibrada de sólidos y líquidos.

NIC: (1730) Restablecimiento de la salud bucal.

DEF. NIC: Fomento de la curación de un paciente que tiene una lesión dental o de la mucosa bucal.

ACT: (110013\_1100) Realizar una selección de comidas.

DEF. ACT: Realizar una selección de comidas.

ACT: (173013\_1730) Enseñar y ayudar al paciente a realizar la higiene bucal después de las comidas y lo más a menudo que sea necesario.

DEF. ACT: Enseñar y ayudar al paciente a realizar la higiene bucal después de las comidas y lo más a menudo que sea necesario.

### **Deterioro de la integridad tisular (00044)**

INCLUYE: Lesión de las membranas mucosa o corneal, tegumentaria o de los tejidos subcutáneos.

PLAN DE CUIDADOS: DETERIORO INTEGRIDAD TISULAR - INMOVILIZADO - A28/  
TERMINAL - A99 - SMS V1.00 GENERADO POR: DGAS

Factores Relacionados: (00133) Deterioro de la movilidad física.

Factores Relacionados: (00219) Mecánicos (p. ej., presión, cizallamiento, fricción)

Factores Relacionados: (00222) Déficit o exceso nutricional.

Factores Relacionados: (00225) Alteración de la circulación.

NOC: (1101) Integridad tisular: piel y membranas mucosas.

DEF. NOC: Integridad estructural y función fisiológica normal de la piel y las membranas mucosas.

NOC: (1103) Curación de heridas: por segunda intención.

DEF. NOC: Magnitud a la que las células y los tejidos de una herida abierta se regeneran

IND: (110110\_1101) Ausencia de lesión tisular.

IND: (110301\_1103) Granulación.

NIC: (3520) Cuidados de las úlceras por presión.

DEF. NIC: Facilitar la curación de úlceras por presión.

NIC: (6550) Protección contra las infecciones

DEF. NIC: Prevención y detección precoz de la infección en un paciente de riesgo

ACT: (352001\_3520) Describir las características de la úlcera a intervalos regulares, incluyendo tamaño (longitud, anchura y profundidad), estadio (I-IV), posición, exudado

DEF. ACT: Describir las características de la úlcera a intervalos regulares, incluyendo tamaño (longitud, anchura y profundidad), estadio (I-IV), posición, exudación, granulación o tejido necrótico y epitelización.

ACT: (352005\_3520) Desbridar la úlcera, si es necesario.

DEF. ACT: Desbridar la úlcera, si es necesario.

ACT: (352012\_3520) Cambiar de posición cada 1-2 horas para evitar la presión prolongada. Utilizar camas y colchones especiales, si procede.

DEF. ACT: Cambiar de posición cada 1-2 horas para evitar la presión prolongada. Utilizar camas y colchones especiales, si procede.

ACT: (352014\_3520) Asegurar una ingesta dietética adecuada.

DEF. ACT: Asegurar una ingesta dietética adecuada.

ACT: (352018\_3520) Enseñar al paciente/ miembros de la familia los procedimientos de cuidado de la herida.

DEF. ACT: Enseñar al paciente/ miembros de la familia los procedimientos de cuidado de la herida.

ACT: (655001\_6550) Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada.

DEF. ACT: Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada.

ACT: (655021\_6550) Instruir al paciente y a la familia acerca de los signos y síntomas de infección y cuándo debe informar de ellos al cuidador.

DEF. ACT: Instruir al paciente y a la familia acerca de los signos y síntomas de infección y cuándo debe informar de ellos al cuidador.

### **Riesgo de aspiración (00039)**

INCLUYE: Riesgo de que penetren en el árbol traqueobronquial las secreciones gastrointestinales, orofaríngeas, o sólidos o líquidos.

PLAN DE CUIDADOS: Riesgo de aspiración r/c alimentación por sonda y/o reducción conciencia.

Factores Relacionados: (00209) Alimentación por sonda.

Factores Relacionados: (00212) Reducción del nivel de conciencia.

Factores Relacionados: (00216) Deterioro de la deglución.

NOC: (1918) Control de la aspiración.

DEF. NOC: Acciones personales para prevenir el paso de partículas líquidas o sólidas hacia los pulmones

IND: (191802\_1918) Evita factores de riesgo.

IND:(191803\_1918) Se incorpora para comer o beber.

IND:(191806\_1918) Conserva una consistencia apropiada de las comidas sólidas y líquidas.

NIC: (3200) Precauciones para evitar la aspiración.

DEF. NIC:Prevención o disminución al mínimo de los factores de riesgo en el paciente con riesgo de aspiración

ACT:(320001\_3200)Vigilar el nivel de consciencia, reflejos de tos, reflejos de gases y capacidad deglutiva.

DEF. ACT: Vigilar el nivel de consciencia, reflejos de tos, reflejos de gases y capacidad deglutiva.

ACT:(320004\_3200) Colocación vertical a 90° o lo más incorporado posible.

DEF. ACT: Colocación vertical a 90° o lo más incorporado posible.

ACT:(320008\_3200)Comprobar la colocación de la sonda nasogástrica o de gastrostomía antes de la alimentación.

DEF. ACT: Comprobar la colocación de la sonda nasogástrica o de gastrostomía antes de la alimentación.

ACT: (320012\_3200) Evitar líquidos y utilizar agentes espesantes.

DEF. ACT: Evitar líquidos y utilizar agentes espesantes.

ACT:(320016\_3200) Romper o desmenuzar las píldoras antes de su administración.

DEF. ACT: Romper o desmenuzar las píldoras antes de su administración.

ACT: (320017\_3200) Mantener el cabecero de la cama elevado durante 30 a 45 min después de la alimentación.

DEF. ACT: Mantener el cabecero de la cama elevado durante 30 a 45 min después de la alimentación.

### **Riesgo deterioro de la integridad cutánea (00047)**

INCLUYE:Riesgo de que la piel se vea negativamente afectada.

PLAN DE CUIDADOS:RIESGO DETERIORO INTEGRIDAD CUTÁNEA - INMOVILIZADO A28 / TERMINAL - A99 - GENERADO POR: DGSA

Factores Relacionados: (00225) Alteración de la circulación

Factores Relacionados: (00244) Factores mecánicos (p.ej., cizallamiento, presión, sujeciones)

Factores Relacionados: (00248) Alteración del estado nutricional.

Factores Relacionados: (00331) Inmovilización física.

NOC:(0208) Nivel de movilidad.

DEF. NOC: Capacidad para moverse con resolución.

NOC:(1004) Estado nutricional.

DEF. NOC: Magnitud a la que están disponibles los nutrientes para cumplir con las necesidades metabólicas.

NOC:(1101) Integridad tisular: piel y membranas mucosas.

DEF. NOC: Indemnidad estructural y función fisiológica normal de la piel y las membranas mucosas.

NOC:(1908) Detección del riesgo.

DEF. NOC: Acciones para identificar las amenazas contra la salud personal.

IND: (020804\_0208) Movimiento articular.

IND: (100402\_1004) Ingestión alimentaria y de líquidos.

IND: (110104\_1101) Hidratación en el rango esperado.

IND: (190801\_1908) Reconoce los signos y síntomas que indican riesgos.

NIC: (3540) Prevención de las úlceras por presión.

DEF.NIC: Prevención de la formación de úlceras por presión en un paciente con alto riesgo de desarrollarlas.

ACT:(354003\_3540) Vigilar estrechamente cualquier zona enrojecida.

DEF. ACT: Vigilar estrechamente cualquier zona enrojecida.

ACT:(354006\_3540) Girar continuamente cada 1-2 h, si procede.

DEF. ACT: Girar continuamente cada 1-2 h, si procede.

ACT:(354009\_3540) Inspeccionar la piel de las prominencias óseas y demás puntos de presión al cambiar de posición al menos una vez al día.

ACT:(354004\_3540) Eliminar la humedad excesiva en la piel causada por la transpiración, el drenaje de heridas y la incontinencia fecal o urinaria.

DEF. ACT: Inspeccionar la piel de las prominencias óseas y demás puntos de presión al cambiar de posición al menos una vez al día.

ACT:(354011\_3540) Colocar al paciente en posición ayudándose con almohadas para elevar los puntos de presión encima del colchón.

DEF. ACT: Colocar al paciente en posición ayudándose con almohadas para elevar los puntos de presión encima del colchón.

ACT:(354012\_3540) Mantener la ropa de cama limpia y seca, y sin arrugas.

DEF. ACT: Mantener la ropa de cama limpia y seca, y sin arrugas.

ACT:(354014\_3540) Utilizar camas y colchones especiales, si procede.

DEF. ACT: Utilizar camas y colchones especiales, si procede.

ACT:(354019\_3540) Vigilar las fuentes de presión y de fricción.

DEF. ACT: Vigilar las fuentes de presión y de fricción.

ACT:(354020\_3540) Aplicar protectores para los codos y los talones, si procede.

DEF. ACT: Aplicar protectores para los codos y los talones, si procede.

ACT:(354024\_3540) Asegurar una nutrición adecuada, especialmente proteínas, vitaminas B y C, hierro y calorías por medio de suplementos, si es preciso.

DEF. ACT: Asegurar una nutrición adecuada, especialmente proteínas, vitaminas B y C, hierro y calorías por medio de suplementos, si es preciso.

ACT:(354025\_3540) Enseñar a los miembros de la familia/ cuidador a vigilar si hay signos de ruptura de la piel, si procede.

DEF. ACT: Enseñar a los miembros de la familia/ cuidador a vigilar si hay signos de ruptura de la piel, si procede.

## **PATRÓN: ELIMINACION**

### **Estreñimiento (00011)**

INCLUYE: Reducción de la frecuencia normal de evacuación intestinal, acompañada de eliminación difícil o incompleta de heces excesivamente duras y secas

PLAN DE CUIDADOS: ESTREÑIMIENTO - INMOVILIZADO - A28 / TERMINAL

Factores Relacionados: (00293) Tratamientos farmacológicos.

Factores Relacionados: (00307) Aporte insuficiente de fibras.

Factores Relacionados: (00308) Actividad física insuficiente.

Factores Relacionados: (00309) Aporte insuficiente de líquidos.

NOC: (0501) Eliminación intestinal.

DEF. NOC: Capacidad del tracto gastrointestinal para formar y evacuar heces de forma efectiva

NOC: (0602) Hidratación.

DEF. NOC: Cantidad de agua en los compartimentos intracelular y extracelular del organismo.

IND: (050124\_0501) Ingestión de líquidos adecuada.

IND: (050125\_0501) Ingestión de fibra adecuada.

IND: (060202\_0602) Membranas mucosas húmedas.

NIC: (0450) Manejo del estreñimiento / impactación.

DEF NIC: Prevención y alivio del estreñimiento / impactación

NIC: (1100) Manejo de la nutrición.

DEF NIC: Ayudar o proporcionar una dieta equilibrada de sólidos y líquidos

ACT: (045008\_0450) Identificar los factores (medicamentos, reposo en cama y dieta) que pueden ser causa de estreñimiento o que contribuyan al mismo.

DEF. ACT: Identificar los factores (medicamentos, reposo en cama y dieta) que pueden ser causa del estreñimiento o que contribuyan al mismo.

ACT: (045015\_0450) Instruir al paciente/ familia sobre el uso correcto de laxantes.

DEF. ACT: Instruir al paciente/ familia sobre el uso correcto de laxantes.

ACT: (045016\_0450) Instruir al paciente/ familia sobre la relación entre dieta, ejercicio y la ingesta de líquidos para estreñimiento/ impactación.

DEF. ACT: Instruir al paciente/ familia sobre la relación entre dieta, ejercicio y la ingesta de líquidos para estreñimiento/ impactación.

ACT: (110010\_1100) Asegurarse de que la dieta incluye alimentos ricos en fibra para evitar el estreñimiento.

DEF. ACT: Asegurarse de que la dieta incluye alimentos ricos en fibra para evitar el estreñimiento.

### **Incontinencia urinaria de esfuerzo (00017)**

INCLUYE: Pérdida de orina inferior a los 50 ml al aumentar la presión abdominal.

PLAN DE CUIDADOS: INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO - ANCIANO -P05 / CLIMATERIO GENERADO POR: DGAS

FR: (00335) Debilidad de los músculos pélvicos.

NOC: (0502) Continencia urinaria.

DEF. NOC: Control de la eliminación de orina.

IND: (050207\_0502) Ausencia de pérdida de orina entre micciones.

IND: (050208\_0502) Capaz de comenzar e interrumpir el chorro de la orina.

NIC: (0560) Ejercicio del suelo pélvico

DEF. NIC: Fortalecimiento y entrenamiento de los músculos elevador del ano y urogenital mediante la contracción voluntaria y repetida para disminuir la incontinencia por estrés, de urgencia o tipos mezclados de incontinencia urinaria

NIC: (0610) Cuidados de la incontinencia urinaria

DEF. NIC: Ayudar a fomentar la continencia y mantener la integridad de la piel perianal.

ACT: (056002\_0560) Enseñar al paciente a ajustar y luego relajar el anillo muscular alrededor de la uretra y del ano, como si intentara evitar orinar o el movimiento intestinal.

DEF. ACT: Enseñar al paciente a ajustar y luego relajar el anillo muscular alrededor de la uretra y del ano, como si intentara evitar orinar o el movimiento intestinal.

ACT: (056006\_0560) Enseñar al paciente a realizar ejercicios de contracción muscular, entre 30 y 50 cada día, manteniendo la contracción durante 10 segundos cada vez y descansando como mínimo 10 segundos entre cada contracción

DEF. ACT: Enseñar al paciente a realizar ejercicios de contracción muscular, entre 30 y 50 cada día, manteniendo la contracción durante 10 segundos cada vez y descansando como mínimo 10 segundos entre cada contracción.

ACT: (056007\_0560) Enseñar al paciente a detener y reiniciar el flujo de orina.

DEF. ACT: Enseñar al paciente a detener y reiniciar el flujo de orina.

ACT: (061007\_0610) Modificar la vestimenta y el ambiente para facilitar el acceso al aseo.

DEF. ACT: Modificar la vestimenta y el ambiente para facilitar el acceso al aseo.

ACT: (061010\_0610) Limpiar la zona dérmica genital a intervalos regulares.

DEF. ACT: Limpiar la zona dérmica genital a intervalos regulares.

ACT: (061012\_0610) Limitar los líquidos durante dos o tres horas antes de irse a la cama, si procede.

DEF. ACT: Limitar los líquidos durante dos o tres horas antes de irse a la cama, si procede.

ACT: (061017\_0610) Limitar la ingestión de productos irritantes para la vejiga (colas, café, té y chocolate).

DEF. ACT: Limitar la ingestión de productos irritantes para la vejiga (colas, café, té y chocolate).



## **PATRÓN: ACTIVIDAD / EJERCICIO**

### **NANDA: Déficit de autocuidado: alimentación (00102)**

INCLUYE: Deterioro de la habilidad para realizar o completar las actividades de alimentación.

PLAN DE CUIDADOS: DÉFICIT AUTOCUIDADO: ALIMENTACIÓN - INMOVILIZADO - A28 / TERMINAL - A99 – SMS GENERADO POR: DGAS

Factores Relacionados: (00382) Deterioro de la percepción o cognición.

Factores Relacionados: (00395) Deterioro neuromuscular o musculo esquelético.

NOC: (0300) Cuidados personales: actividades de la vida diaria (AVD)

DEF. NOC: Capacidad para realizar la mayoría de las tareas básicas y las actividades de cuidado

NOC: (1008) Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos

DEF. NOC: Cantidad de ingestión alimentaria y líquida durante un período de 24 h.

IND: (030001\_0300) Come.

IND: (100801\_1008) Ingestión alimentaria oral.

IND: (100804\_1008) Ingestión hídrica.

NIC: (1050) Alimentación.

DEF. NIC: Proporcionar la ingesta nutricional al paciente que no puede alimentarse por sí mismo.

NIC: (1803) Ayuda con los autocuidados: alimentación.

DEF. NIC: Ayudar a una persona a comer.

NIC: (6480 Manejo ambiental )

DEF. NIC: Manipulación del entorno del paciente para conseguir beneficios terapéuticos

ACT: (105024\_1050) Animar a los padres/ familia a que alimenten al paciente.

DEF. ACT: Animar a los padres/ familia a que alimenten al paciente.

ACT: (180310\_1803) Colocar al paciente en una posición cómoda.

DEF. ACT: Colocar al paciente en una posición cómoda.

ACT: (180316\_1803) Proporcionar dispositivos de adaptación para facilitar que el paciente se alimente por sí mismo (asas largas, asas con una circunferencia grande o pequeñas correas en los utensilios), si es necesario.

DEF. ACT: Proporcionar dispositivos de adaptación para facilitar que el paciente se alimente por sí mismo (asas largas, asas con una circunferencia grande o pequeñas correas en los utensilios), si es necesario.

ACT: (648023\_6480) Individualizar la rutina diaria de forma que se adapte a las necesidades del paciente.

DEF. ACT: Individualizar la rutina diaria de forma que se adapte a las necesidades del paciente

### **Déficit de autocuidado: baño/higiene (00108)**

INCLUYE: Deterioro de la habilidad de la persona para realizar o completar por sí misma las actividades de baño/higiene.

PLAN DE CUIDADOS:DÉFICIT AUTOCUIDADO: BAÑO/HIGIENE - INMOVILIZADO - A28 / TERMINAL - A99 – SMS. GENERADO POR: DGAS

FR: (00395) Deterioro neuromuscular o musculoesquelético.

FR: (00424) Barreras ambientales.

NOC:(0300) Cuidados personales: actividades de la vida diaria (AVD).

DEF. NOC: Capacidad para realizar la mayoría de las tareas básicas y las actividades de cuidado

NOC:(0305) Cuidados personales: higiene.

DEF. NOC: Capacidad para mantener la higiene personal.

IND: (030006\_0300) Higiene.

NIC: (1801) Ayuda con los autocuidados: baño / higiene.

DEF. NIC: Ayudar al paciente a realizar la higiene personal.

ACT:(180104\_1801) Facilitar que el paciente se bañe él mismo, si procede.

DEF. ACT: Facilitar que el paciente se bañe él mismo, si procede.

ACT:(180108\_1801) Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir los autocuidados.

DEF. ACT: Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir los autocuidados.

### **Déficit de autocuidado: uso WC (00110)**

INCLUYE: Deterioro de la habilidad de la persona para realizar o completar por sí misma las actividades desde uso del orinal o wc.

PLAN DE CUIDADOS:DÉFICIT AUTOCUIDADO: USU WC - INMOVILIZADO - A28 / TERMINAL - A99 - GENERADO POR: DGAS.

FR: (00382) Deterioro de la percepción o cognición.

FR: (00395) Deterioro neuromuscular o musculoesquelético.

FR: (00424) Barreras ambientales

NOC:(0310) Cuidados personales: uso del inodoro

DEF. NOC: Capacidad para utilizar el inodoro

IND: (031005\_0310) Se coloca en el inodoro o en el orinal.

NIC: (1804) Ayuda con los autocuidados: aseo.

DEF. NIC: Ayudar a otra persona en las eliminaciones.

NIC: (6480) Manejo ambiental.

DEF. NIC: Manipulación del entorno del paciente para conseguir beneficios terapéuticos

ACT:(180409\_1804) Enseñar al paciente/ otras personas significativas la rutina del aseo.

DEF. ACT: Enseñar al paciente/ otras personas significativas la rutina del aseo

ACT:(180411\_1804) Proporcionar dispositivos de ayuda (catéter externo u orinal), si procede.

DEF. ACT: Proporcionar dispositivos de ayuda (catéter externo u orinal), si procede.

ACT:(648001\_6480) Crear un ambiente seguro para el paciente.

DEF. ACT: Crear un ambiente seguro para el paciente.

ACT:(648004\_6480) Retirar del ambiente los objetos que sean peligrosos.

DEF. ACT: Retirar del ambiente los objetos que sean peligrosos.

ACT:(648005\_6480) Disponer medidas de seguridad mediante barandillas laterales o el acorchamiento de barandillas, si procede.

DEF. ACT: Disponer medidas de seguridad mediante barandillas laterales o el acorchamiento de barandillas, si procede.

### **Déficit de autocuidado: vestido/acicalamiento (00109)**

INCLUYE: Deterioro de la habilidad de la persona para realizar o completar por sí misma las actividades de vestido y arreglo personal.

PLAN DE CUIDADOS: DÉFICIT AUTOCUIDADO: VESTIRSE/ARREGLARSE - INMOVILIZADO - A28 /TERMINAL -GENERADO POR: DGAS

FR: (00382) Deterioro de la percepción o cognición.

FR: (00395) Deterioro neuromuscular o musculo esquelético.

NOC:(0300) Cuidados personales: actividades de la vida diaria (AVD).

DEF. NOC: Capacidad para realizar la mayoría de las tareas básicas y las actividades de cuidado.

NOC:(0302) Cuidados personales: vestir.

DEF. NOC: Capacidad para vestirse

IND: (030002\_0300) Se viste

NIC: (1802) Ayuda con los autocuidados: vestir / arreglo personal.

DEF. NIC: Ayudar a un paciente con las ropas y el maquillaje.

ACT: (180202\_1802) Disponer las prendas del paciente en una zona accesible (al pie de la cama).

DEF. ACT: Disponer las prendas del paciente en una zona accesible (al pie de la cama).

ACT:(180203\_1802) Proporcionar las prendas personales, si resulta oportuno.

DEF. ACT: Proporcionar las prendas personales, si resulta oportuno.

ACT:(180204\_1802) Estar disponible para ayudar en el vestir si es necesario.

DEF. ACT: Estar disponible para ayudar en el vestir si es necesario.

### **Deterioro de la movilidad física (00085)**

INCLUYE: Limitación del movimiento independiente, intencionado, del cuerpo o de una o más extremidades.

PLAN DE CUIDADOS: DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA - INMOVILIZADO - A28 / TERMINAL - A99 - SMS GENERADO POR: DGAS

FR: (00395) Deterioro neuromuscular o musculo esquelético.

NOC:(0208) Nivel de movilidad.

DEF. NOC: Capacidad para moverse con resolución

IND: (020804\_0208) Movimiento articular.

NIC:(0200) Fomento del ejercicio.

DEF. NIC: Facilitar, regularmente, la realización de ejercicios físicos con el fin de mantener o mejorar el estado físico y el nivel de salud.

NIC: (0224) Terapia de ejercicios: movilidad articular.

DEF. NIC: Realizar movimientos corporales activos o pasivos para mantener o restablecer la flexibilidad articular.

NIC: (0740) Cuidados del paciente encamado.

DEF. NIC: Fomento de la comodidad, la seguridad y la prevención de complicaciones en el paciente que no puede levantarse de la cama

ACT:(020004\_0200) Incluir a la familia / cuidadores del paciente en la planificación y mantenimiento del programa de ejercicios.

DEF. ACT: Incluir a la familia / cuidadores del paciente en la planificación y mantenimiento del programa de ejercicios.

ACT:(020007\_0200) Instruir al paciente acerca de la frecuencia, duración e intensidad deseadas de los ejercicios del programa.

DEF. ACT: Instruir al paciente acerca de la frecuencia, duración e intensidad deseadas de los ejercicios del programa.

ACT:(020015\_0200) Ayudar al paciente a integrar el programa de ejercicios en su rutina semanal.

DEF. ACT: Ayudar al paciente a integrar el programa de ejercicios en su rutina semanal.

ACT:(022412\_0224) Enseñar al paciente/ familia a realizar de forma sistemática los ejercicios de arco de movimiento pasivos o activos.

DEF. ACT: Enseñar al paciente/ familia a realizar de forma sistemática los ejercicios de arco de movimiento pasivos o activos.

ACT:(022418\_0224) Fomentar la deambulaci3n, si resulta oportuno.

DEF. ACT: Fomentar la deambulaci3n, si resulta oportuno.

ACT:(074015\_0740) Girar al paciente inmovilizado al menos cada dos horas, de acuerdo con un programa espec3fico.

DEF. ACT: Girar al paciente inmovilizado al menos cada dos horas, de acuerdo con un programa espec3fico.

ACT:(074017\_0740) Enseñar ejercicios de cama, si procede.

DEF. ACT: Enseñar ejercicios de cama, si procede.

## **PATRÓN: SUEÑO Y DESCANSO**

### **Deterioro del patrón de sueño (00095)**

INCLUYE: Trastorno de la cantidad y la calidad del sueño (suspensión de la conciencia periódica, natural) limitado en el tiempo.

PLAN DE CUIDADOS: DETERIORO PATRÓN SUEÑO - INMOVILIZADO - A28 /  
TERMINAL - A99 / CLIMATERIO - GENERADO POR: DGAS

Factores Relacionados: (00462) Cambios de sueño relacionados con la edad.

Factores Relacionados: (00464) Cambio vital.

Factores Relacionados: (00492) Cambios frecuentes del horario sueño-vigilia.

NOC:(0004) Sueño

DEF. NOC: Magnitud y patrón de suspensión periódica natural de la conciencia durante el cual se recupera el organismo

IND: (000401\_0004) Horas de sueño.

IND: (000403\_0004) Patrón del sueño.

NIC: (1850) Fomentar el sueño.

DEF. NIC: Facilitar ciclos regulares de sueño/vigilia

NIC: (2380) Manejo de la medicación.

DEF. NIC: Facilitar la utilización segura y efectiva de los medicamentos prescritos y de libre dispensación.

ACT: (185008\_1850) Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón y cama) para favorecer el sueño.

DEF. ACT: Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón y cama) para favorecer el sueño.

ACT: (185009\_1850) Animar al paciente a que establezca una rutina a la hora de irse a la cama para facilitar la transición del estado de vigilia al de sueño.

DEF. ACT: Animar al paciente a que establezca una rutina a la hora de irse a la cama para facilitar la transición del estado de vigilia al de sueño.

ACT:(185011\_1850) Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama.

DEF. ACT: Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama.

ACT: (185012\_1850) Controlar la ingesta de alimentación y bebidas a la hora de irse a la cama para determinar los productos que faciliten o entorpezcan el sueño.

DEF. ACT: Controlar la ingesta de alimentación y bebidas a la hora de irse a la cama para determinar los productos que faciliten o entorpezcan el sueño.

ACT:(185014\_1850) Ayudar al paciente a limitar el sueño durante el día disponiendo una actividad que favorezca la vigilia, si procede.

DEF. ACT: Ayudar al paciente a limitar el sueño durante el día disponiendo una actividad que favorezca la vigilia, si procede.

ACT:(238022\_2380) Ayudar al paciente y a los miembros de la familia a realizar los ajustes necesarios en el estilo de vida asociados a ciertos medicamentos, si procede.

DEF. ACT: Ayudar al paciente y a los miembros de la familia a realizar los ajustes necesarios en el estilo de vida asociados a ciertos medicamentos, si procede.

## **PATRÓN: COGNITIVO / PERCEPTIVO**

### **NANDA: Conocimientos deficientes (00126)**

INCLUYE: Carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con un tema específico.

PLAN DE CUIDADOS: CONOCIMIENTOS DEFICIENTES: PROCESO DE LA ENFERMEDAD - SMS V1.00 GENERADO POR: DGAS

Factores Relacionados: (00452) Deterioro de la cognición.

Factores Relacionados: (00502) Falta de exposición.

Factores Relacionados: (00503) Falta de memoria.

Factores Relacionados: (00504) Mala interpretación de la información.

Factores Relacionados: (00506) Falta de interés en el aprendizaje.

NOC: (1803) Conocimientos: proceso de la enfermedad.

DEF. NOC: Grado de comprensión transmitido sobre el proceso de una enfermedad concreta

IND: (180302\_1803) Descripción del proceso de la enfermedad.

IND: (180305\_1803) Descripción de los efectos de la enfermedad concreta.

IND: (180302\_1803) Descripción del proceso de la enfermedad.

IND: (180305\_1803) Descripción de los efectos de la enfermedad.

NIC: (5602) Enseñanza: proceso de enfermedad.

DEF. NIC: Ayudar al paciente a comprender la información relacionada con un proceso de enfermedad específico

ACT: (560206\_5602) Proporcionar información al paciente acerca de la enfermedad, si procede.

DEF. ACT: Proporcionar información al paciente acerca de la enfermedad, si procede.

ACT: (560210\_5602) Comentar los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones y/ o controlar el proceso de enfermedad.

DEF. ACT: Comentar los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones y/ o controlar el proceso de enfermedad.

ACT: (560216\_5602) Enseñar al paciente medidas para controlar/ minimizar síntomas, si procede.

DEF. ACT: Enseñar al paciente medidas para controlar/ minimizar síntomas, si procede.

ACT: (560218\_5602) Remitir al paciente a los centros/ grupos de apoyo comunitarios locales, si se considera oportuno.

DEF. ACT: Remitir al paciente a los centros/ grupos de apoyo comunitarios locales, si se considera oportuno.

ACT: (560219\_5602) Instruir al paciente sobre cuáles son los signos y síntomas de los que debe informarse al cuidador, si procede.

DEF. ACT: Instruir al paciente sobre cuáles son los signos y síntomas de los que debe informarse al cuidador, si procede.

## **PATRÓN: COGNITIVO / PERCEPTIVO**

### **NANDA: Conocimientos deficientes (00126)**

INCLUYE: Carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con un tema específico.

FR: (00452) Deterioro de la cognición.

FR: (00502) Falta de exposición.

FR: (00503) Falta de memoria.

FR: (00504) Mala interpretación de la información.

FR: (00506) Falta de interés en el aprendizaje.

NOC:(1802) Conocimiento: dieta.

DEF. NOC: Grado de comprensión transmitido sobre la dieta

NOC:(1808) Conocimiento: medicación.

DEF. NOC: Grado de la comprensión transmitida sobre el uso seguro de la medicación.

NOC:(1811) Conocimiento: actividad prescrita.

DEF. NOC: Magnitud de la comprensión transmitida sobre la actividad y el ejercicio prescritos.

IND: (180201\_1802) Descripción de la dieta recomendada.

IND: (180810\_1808) Descripción de la administración correcta de la medicación.

IND: (181101\_1811) Descripción de la actividad prescrita.

NIC: (5612) Enseñanza: actividad / ejercicio prescrito.

DEF. NIC: Preparar a un paciente para que consiga y/o mantenga el nivel de actividad prescrito

NIC: (5614) Enseñanza: dieta prescrita.

DEF. NIC: Preparación de un paciente para seguir correctamente una dieta prescrita

NIC: (5616) Enseñanza: medicamentos prescritos.

DEF. NIC: Preparación de un paciente para que tome de forma segura los medicamentos prescritos y observar sus efectos.

ACT:(561206\_5612) Informar al paciente acerca de las actividades apropiadas en función del estado físico.

DEF. ACT: Informar al paciente acerca de las actividades apropiadas en función del estado físico.

ACT:(561217\_5612) Ayudar al paciente a incorporar la actividad / ejercicio en la rutina diaria / estilo de vida.

DEF. ACT: Ayudar al paciente a incorporar la actividad / ejercicio en la rutina diaria / estilo de vida.

ACT:(561407\_5614) Instruir al paciente sobre las comidas permitidas y prohibidas.

DEF. ACT: Instruir al paciente sobre las comidas permitidas y prohibidas.

ACT: (561411\_5614) Enseñar al paciente a leer las etiquetas y seleccionar los alimentos adecuados.

DEF. ACT: Enseñar al paciente a leer las etiquetas y seleccionar los alimentos adecuados.

ACT:(561414\_5614) Proporcionar un plan escrito de comidas, si procede.

DEF. ACT: Proporcionar un plan escrito de comidas, si procede.

ACT:(561418\_5614) Incluir a la familia /ser querido, según el caso.

DEF. ACT: Incluir a la familia /ser querido, según el caso.

ACT:(561603\_5616) Informar al paciente acerca del propósito y acción de cada medicamento.

DEF. ACT: Informar al paciente acerca del propósito y acción de cada medicamento.

ACT:(561604\_5616) Instruir al paciente acerca de la dosis, vía y duración de los efectos de cada medicamento.

DEF. ACT: Instruir al paciente acerca de la dosis, vía y duración de los efectos de cada medicamento

### **NANDA: Dolor agudo (00132)**

INCLUYE: Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos; inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a severa con un final anticipado o previsible y una duración menor de 6 meses.

PLAN DE CUIDADOS:DOLOR AGUDO - INMOVILIZADO - A28 / TERMINAL - A99 - SMS  
GENERADO POR: DGAS

FR: (00522) Agentes lesivos.

NOC:(2100) Nivel de comodidad.

DEF. NOC: Grado de comodidad y psicológico.

NOC:(2102) Nivel del dolor.

DEF. NOC: Intensidad del dolor referido o manifestado.

IND: (210001\_2100) Bienestar físico referido.

IND: (210205\_2102) Expresiones orales de dolor.

NIC: (1400) Manejo del dolor.

DEF. NIC: Alivio del dolor o disminución del dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente.

NIC: (2380) Manejo de la medicación.

DEF. NIC: Facilitar la utilización segura y efectiva de los medicamentos prescritos y de libre dispensación

NIC: (6482) Manejo ambiental: comodidad.

DEF. NIC: Manipulación del entorno del paciente para facilitar una comodidad óptima

ACT:(140003\_1400) Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.

DEF. ACT: Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.

ACT:(140016\_1400) Seleccionar y desarrollar aquellas medidas (farmacológica, no farmacológica e interpersonal) que faciliten el alivio del dolor, si procede.

DEF. ACT: Seleccionar y desarrollar aquellas medidas (farmacológica, no farmacológica e interpersonal) que faciliten el alivio del dolor, si procede.



ACT:(238009\_2380) Revisar periódicamente con el paciente y/ o la familia los tipos y dosis de medicamentos tomados.

DEF. ACT: Revisar periódicamente con el paciente y/ o la familia los tipos y dosis de medicamentos tomados.

ACT:(238014\_2380) Enseñar al paciente y/ o a la familia el método de administración de los fármacos, si procede.

DEF. ACT: Enseñar al paciente y/ o a la familia el método de administración de los fármacos, si procede.

ACT:(648204\_6482) Determinar las fuentes de incomodidad, como vendajes mojados, posición de la sonda, vendajes constrictivos, ropa de cama arrugada y factores ambiental

DEF. ACT: Determinar las fuentes de incomodidad, como vendajes mojados, posición de la sonda, vendajes constrictivos, ropa de cama arrugada y factores ambientales irritantes.

ACT:(648212\_6482) Colocar al paciente de forma que se facilite la comodidad (utilizando principios de alineación corporal, apoyo con almohadas apoyo de las articulación

DEF. ACT: Colocar al paciente de forma que se facilite la comodidad (utilizando principios de alineación corporal, apoyo con almohadas apoyo de las articulaciones durante el movimiento, tablillas inmovilizadoras para la parte dolorosa del cuerpo).

### **Trastorno de la percepción sensorial (especificar) (00122)**

INCLUYE: Cambio en la cantidad o en el patrón de los estímulos que percibe acompañado por una respuesta disminuida, exagerada, distorsionada o deteriorada de los mismos.

PLAN DE CUIDADOS: TRASTORNOS DE LA PERCEPCIÓN SENSORIAL (AUDITIVA) - ANCIANO - P05 - GENERADO POR: DGAS

FR: (00241) Estrés.

FR: (00556) Déficit sensorial.

NOC:(1610) Conducta de compensación auditiva.

DEF. NOC: Acciones para identificar, supervisar y compensar la pérdida de audición.

IND: (161012\_1610) Utiliza la asistencia auditiva correctamente.

NIC: (4974) Fomento de la comunicación: déficit auditivo.

DEF. NIC: Ayuda en la aceptación y aprendizaje de los métodos alternativos para vivir con una disminución de la capacidad auditiva

ACT:(497402\_4974) Facilitar el uso de dispositivos que mejoren la audición, si procede.

DEF. ACT: Facilitar el uso de dispositivos que mejoren la audición, si procede.

ACT:(497410\_4974) Mirar directamente al paciente, hablar despacio, claro y conciso.

DEF. ACT: Mirar directamente al paciente, hablar despacio, claro y conciso.

ACT:(497412\_4974) Aumentar el volumen de la voz, si procede.

DEF. ACT: Aumentar el volumen de la voz, si procede.

### **Trastorno de la percepción sensorial (especificar) (00122)**

INCLUYE: Cambio en la cantidad o en el patrón de los estímulos que percibe acompañado por una respuesta disminuida, exagerada, distorsionada o deteriorada de los mismos.

PLAN DE CUIDADOS: TRASTORNOS DE LA PERCEPCIÓN SENSORIAL (VISUAL) - ANCIANO - P05 - GENERADO POR: DGAS.

FR: (00241) Estrés.

FR: (00556) Déficit sensorial.

NOC: (1611) Conducta de compensación visual.

DEF. NOC: Acciones para compensar la alteración visual

IND: (161108\_1611) Utiliza dispositivos de ayuda para visión escasa.

NIC: (4978) Fomento de la comunicación: déficit visual.

DEF. NIC: Ayuda en la aceptación y aprendizaje de los métodos alternativos para vivir con disminución de la agudeza visual.

NIC: (6480) Manejo ambiental.

DEF. NIC: Manipulación del entorno del paciente para conseguir beneficios terapéuticos

ACT: (497813\_4978) Proporcionar una lupa o gafas prismáticas, si procede, para la lectura.

DEF. ACT: Proporcionar una lupa o gafas prismáticas, si procede, para la lectura.

ACT: (648001\_6480) Crear un ambiente seguro para el paciente.

DEF. ACT: Crear un ambiente seguro para el paciente

### **Trastorno de los procesos del pensamiento (00130)**

INCLUYE: Trastorno de las operaciones y actividades cognitivas.

PLAN DE CUIDADOS: TRASTORNOS DE LOS PROCESOS DEL PENSAMIENTO - ANCIANO - GENERADO POR: DGAS

NOC: (0901) Orientación cognitiva.

DEF. NOC: Capacidad para identificar personas, lugares y tiempo.

NOC: (1911) Conducta de seguridad: personal.

DEF. NOC: Esfuerzos individuales o del cuidador familiar para controlar conductas que podrían causar lesión física

IND: (090101\_0901) Se auto identifica.

IND: (090102\_0901) Identifica a los seres queridos.

IND: (090103\_0901) Identifica el lugar donde está.

IND: (090104\_0901) Identifica el día presente.

IND: (090105\_0901) Identifica el mes actual.

IND: (090106\_0901) Identifica el año actual.

IND: (191116\_1911) Provisión de un ambiente de vida seguro.

NIC: (6460) Manejo de la demencia.

DEF. NIC: Proveer un ambiente modificado para el paciente que experimenta un estado de confusión crónica.

NIC: (6486) Manejo ambiental: seguridad.

DEF. NIC: Vigilar y actuar sobre el ambiente físico para fomentar la seguridad

NIC: (7140) Apoyo a la familia.

DEF. NIC: Estimulación de los valores, intereses y objetivos familiares

ACT: (646001\_6460) Incluir a los miembros de la familia en la planificación, provisión y evaluación de cuidados, en el grado deseado.

DEF. ACT: Incluir a los miembros de la familia en la planificación, provisión y evaluación de cuidados, en el grado deseado.

ACT: (646015\_6460) Dar una orden simple por vez.

DEF. ACT: Dar una orden simple por vez.

ACT: (648602\_6486) Identificar los riesgos respecto de la seguridad en el ambiente (físicos, biológicos y químicos).

DEF. ACT: Identificar los riesgos respecto de la seguridad en el ambiente (físicos, biológicos y químicos).

ACT: (648603\_6486) Eliminar los factores de peligro del ambiente, cuando sea posible.

DEF. ACT: Eliminar los factores de peligro del ambiente, cuando sea posible.

ACT: (714022\_7140) Proporcionar a la familia el conocimiento necesario acerca de las opciones que les puedan ayudar en la toma de decisiones sobre los cuidados del paciente.

DEF. ACT: Proporcionar a la familia el conocimiento necesario acerca de las opciones que les puedan ayudar en la toma de decisiones sobre los cuidados del paciente.

ACT: (714033\_7140) Facilitar oportunidades de apoyo de grupos del mismo tipo.

DEF. ACT: Facilitar oportunidades de apoyo de grupos del mismo tipo.

## **PATRÓN: AUTOPERCEPCION / AUTOCONCEPTO**

## **Ansiedad ante la muerte (00147)**

INCLUYE: Aprensión, preocupación o miedo relacionado con la muerte o con la agonía.

PLAN DE CUIDADOS: ANSIEDAD ANTE LA MUERTE - TERMINAL - A99 - SMS

GENERADO POR: DGAS.

FR: (00549) Amenaza de muerte.

NOC: (1404) Control del miedo.

DEF. NOC: Acciones personales para eliminar o reducir los sentimientos incapacitantes de alarma secundarios a una fuente identificable.

IND: (140417\_1404) Controla la respuesta del miedo.

NIC: (5250) Apoyo en toma de decisiones.

DEF. NIC: Proporcionar información y apoyo a un paciente que debe tomar una decisión sobre cuidados sanitarios.

NIC: (5290) Facilitar el duelo.

DEF. NIC: Ayuda en la resolución de una pérdida importante

NIC: (5820) Disminución de la ansiedad.

DEF. NIC: Minimizar la aprensión, temor, presagios relacionados con una fuente no identificada de peligro por adelantado.

NIC: (7040) Apoyo al cuidador principal.

DEF. NIC: Suministro de la necesaria información, recomendación y apoyo para facilitar los cuidados primarios al paciente por parte de una persona distinta del profesional de cuidados sanitarios.

ACT: (525007\_5250) Facilitar la toma de decisiones en colaboración.

DEF. ACT: Facilitar la toma de decisiones en colaboración.

ACT: (525009\_5250) Respetar el derecho del paciente a recibir o no información.

DEF. ACT: Respetar el derecho del paciente a recibir o no información.

ACT: (529004\_290) Fomentar la expresión de sentimientos acerca de la pérdida.

DEF. ACT: Fomentar la expresión de sentimientos acerca de la pérdida.

ACT: (582005\_5820) Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.

DEF. ACT: Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.

ACT: (582012\_5820) Escuchar con atención.

DEF. ACT: Escuchar con atención.

ACT: (704010\_7040) Enseñar al cuidador la terapia del paciente de acuerdo con las preferencias del paciente.

DEF. ACT: Enseñar al cuidador la terapia del paciente de acuerdo con las preferencias del paciente.

ACT: (704013\_7040) Enseñar al cuidador técnicas de manejo del estrés.

DEF. ACT: Enseñar al cuidador técnicas de manejo del estrés.

ACT: (704016\_7040) Animar al cuidador a participar en grupos de apoyo.

DEF. ACT: Animar al cuidador a participar en grupos de apoyo.

## **Baja autoestima situacional (00120)**

INCLUYE: Desarrollo de una percepción negativa de la propia valía en expuesta a una situación actual.

PLAN DE CUIDADOS: BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL - INMOVILIZADO - A28 /  
TERMINAL - A99 / GENERADO POR: DGAS

Factores Relacionados: (00528) Alteración de la imagen corporal.

Factores Relacionados: (00530) Cambios del rol social.

NOC: (1305) Ajuste psicosocial: cambio de vida.

DEF. NOC: Adaptación psicosocial de un individuo a un cambio de vida

IND: (130502\_1305) Mantenimiento de la autoestima.

IND: (130511\_1305) Expresiones de satisfacción con la reorganización de la vida.

NIC: (5220) Potenciación de la imagen corporal.

DEF. NIC: Mejora de las percepciones y actitudes conscientes e inconscientes del paciente hacia su cuerpo.

NIC: (5400) Potenciación de la autoestima.

DEF. NIC: Ayudar a un paciente a que aumente el juicio personal de su propia valía.

NIC: (5440) Aumentar los sistemas de apoyo.

DEF. NIC: Facilitar el apoyo del paciente por parte de la familia, los amigos y la comunidad.

ACT: (522005\_5220) Ayudar al paciente a determinar el alcance de los cambios reales producidos en el cuerpo o en su nivel de funcionamiento.

DEF. ACT: Ayudar al paciente a determinar el alcance de los cambios reales producidos en el cuerpo o en su nivel de funcionamiento.

ACT: (522025\_5220) Determinar si un cambio de imagen corporal ha contribuido a aumentar el social.

DEF. ACT: Determinar si un cambio de imagen corporal ha contribuido a aumentar el aislamiento social.

ACT: (522028\_5220) Ayudar al paciente a identificar acciones que mejoren su aspecto.

DEF. ACT: Ayudar al paciente a identificar acciones que mejoren su aspecto.

ACT: (540007\_5400) Proporcionar experiencias que aumenten la autonomía del paciente, si procede.

DEF. ACT: Proporcionar experiencias que aumenten la autonomía del paciente, si procede.

ACT: (540013\_5400) Ayudar al paciente a aceptar la dependencia de otros, si procede.

DEF. ACT: Ayudar al paciente a aceptar la dependencia de otros, si procede.

ACT: (540022\_5400) Facilitar un ambiente y actividades que aumenten la autoestima.

DEF. ACT: Facilitar un ambiente y actividades que aumenten la autoestima

ACT: (544008\_5440) Animar al paciente a participar en las actividades sociales y comunitarias.

DEF. ACT: Animar al paciente a participar en las actividades sociales y comunitarias.

ACT: (544014\_5440) Implicar a la familia/ seres queridos/ amigos en los cuidados y la planificación.

DEF. ACT: Implicar a la familia/ seres queridos/ amigos en los cuidados y la planificación.

## **PATRÓN: ROL / RELACIONES**

### **Aislamiento social (00053)**

INCLUYE: Soledad experimentada por el individuo y percibida como negativa o amenazadora e impuesta por otros

PLAN DE CUIDADOS: AISLAMIENTO SOCIAL - ANCIANO -

GENERADO POR: DGAS

Factores Relacionados:(00586) Alteraciones del aspecto físico o del estado mental.

Factores Relacionados:(00589) Alteración del bienestar.

Factores Relacionados:(00591) Incapacidad para establecer relaciones personales satisfactorias.

NOC:(1203) Soledad.

Definición NOC: Grado de respuesta de aislamiento emocional, social o existencial

NOC:(1503) Implicación social.

Definición NOC: Frecuencia de las interacciones sociales de un individuo con personas, grupos u organizaciones.

NOC:(1504) Soporte social.

Definición NOC: Disponibilidad percibida y provisión real de ayuda segura de otras personas

IND: (120309\_1203) Expresión de ser excluido.

IND: (150303\_1503) Interacción con miembros de la familia.

IND: (150407\_1504) Refiere la existencia de personas que pueden ayudarlo cuando lo necesita.

NIC: (5240) Asesoramiento.

DEF. NIC: Utilización de un proceso de ayuda interactiva centrado en las necesidades, problemas o sentimientos del paciente y sus seres queridos para fomentar o apoyar la capacidad de resolver problemas y las relaciones interpersonales.

NIC: (5270) Apoyo emocional.

DEF. NIC: Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión

NIC: (5440) Aumentar los sistemas de apoyo.

DEF. NIC: Facilitar el apoyo del paciente por parte de la familia, los amigos y la comunidad.

ACT:(524007\_5240) Favorecer la expresión de sentimientos.

DEF. ACT: Favorecer la expresión de sentimientos.

ACT:(524013\_5240) Determinar cómo afecta al paciente el comportamiento de la familia.

DEF. ACT: Determinar cómo afecta al paciente el comportamiento de la familia.

ACT:(527006\_5270) Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias.

DEF. ACT: Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias.

ACT:(527012\_5270) Proporcionar ayuda en la toma de decisiones.

DEF. ACT: Proporcionar ayuda en la toma de decisiones.

ACT:(544008\_5440) Animar al paciente a participar en las actividades sociales y comunitarias.

DEF. ACT: Animar al paciente a participar en las actividades sociales y comunitarias.  
ACT:(544009\_5440) Fomentar las relaciones con personas que tengan los mismos intereses y metas.

DEF. ACT: Fomentar las relaciones con personas que tengan los mismos intereses y metas.

ACT:(544014\_5440) Implicar a la familia/ seres queridos/ amigos en los cuidados y la planificación.

DEF.ACT:Implicar a la familia/ seres queridos/ amigos en los cuidados y la planificación.

### **NANDA: Cansancio desempeño del rol de cuidador (00061)**

INCLUYE:Dificultad para desempeñar el papel de cuidador de la familia.

PLAN DE CUIDADOS:CANSANCIO ROL DE CUIDADOR - INMOVILIZADO - A28 /  
TERMINAL - A99 - GENERADO POR: DGAS.

Factores Relacionados: (00632) Prolongación de los cuidados.

Factores Relacionados:(00633) Complejidad del sistema de cuidados.

Factores Relacionados:(00638) Problemas físicos.

FactoresRelacionados:(00642) Falta de descanso y distracción del cuidador.

NOC:(2508) Bienestar del cuidador familiar.

Definición NOC:Satisfacción de los proveedores de cuidados primarios con su salud y circunstancias de vida.

IND: (250809\_2508) Satisfacción con el rol de cuidador familiar.

NIC:(7040) Apoyo al cuidador principal.

Definición ACT:Suministro de la necesaria información, recomendación y apoyo para facilitar los cuidados primarios alpaciente por parte de una persona distinta del profesional de cuidados sanitarios.

ACT:(704006\_7040) Animar al cuidador a que asuma su responsabilidad, si es el caso.

Definición ACT:Animar al cuidador a que asuma su responsabilidad, si es el caso.

ACT:(704016\_7040) Animar al cuidador a participar en grupos de apoyo.

Definición ACT:Animar al cuidador a participar en grupos de apoyo.

ACT:(704017\_7040)Enseñar al cuidador estrategias de mantenimiento de cuidados sanitarios para sostener la propia salud física y mental.

Definición ACT:Enseñar al cuidador estrategias de mantenimiento de cuidados sanitarios para sostener la propia saludfísica y mental.

ACT: (704020\_7040) Informar al cuidador sobre recursos de cuidados sanitarios y comunitarios.

Definición ACT:Informar al cuidador sobre recursos de cuidados sanitarios y comunitarios

## **PATRÓN: SEXUALIDAD / REPRODUCCION**

### **Disfunción sexual (00059)**

INCLUYE: Cambio en la función sexual que se ve como insatisfactorio, inadecuado o no gratificante.

PLAN DE CUIDADOS: DISFUNCIÓN SEXUAL - GENERADO POR: DGAS

Factores Relacionados: (00080) Déficit de conocimientos.

Factores Relacionados: (00701) Alteraciones biopsicosociales de la sexualidad.

Factores Relacionados: (00708) Conflicto de valores.

Factores Relacionados: (00710) Alteración de la estructura o función corporales.

NOC: (0119) Funcionamiento sexual.

Definición NOC: Integración de los aspectos físicos, socio-emocionales e intelectuales de la expresión sexual.

IND: (011905\_0119) Adapta la técnica sexual cuando es necesario.

NIC: (5248) Asesoramiento sexual.

Definición NIC: Utilización de un proceso de ayuda interactivo que se centre en la necesidad de realizar ajustes de la práctica sexual o para potenciar la resolución de un suceso / trastorno sexual

NIC: (5622) Enseñanza: sexo seguro

Definición NIC: Proporcionar instrucciones acerca de medidas de protección durante la relación sexual

ACT: (524806\_5248) Proporcionar información acerca del funcionamiento sexual.

Definición ACT: Proporcionar información acerca del funcionamiento sexual.

ACT: (524813\_5248) Animar al paciente a manifestar verbalmente los miedos y a hacer preguntas.

Definición ACT: Animar al paciente a manifestar verbalmente los miedos y a hacer preguntas.

ACT: (562202\_5622) Instruir al paciente sobre el uso de métodos de control de la natalidad efectivos, según cada caso.

Definición ACT: Instruir al paciente sobre el uso de métodos de control de la natalidad efectivos, según cada caso.

ACT: (562209\_5622) Fomentar el uso de preservativos.

Definición ACT: Fomentar el uso de preservativos.

ACT: (562217\_5622) Planificar clases de educación sexual para grupos de pacientes.

Definición ACT: Planificar clases de educación sexual para grupos de pacientes.



## **PATRÓN: ADAPTACION / TOLERANCIA AL ESTRES**

### **Afrontamiento inefectivo (00069)**

INCLUYE: Incapacidad para llevar a cabo una apreciación válida de los agentes estresantes para elegir adecuadamente las respuestas habituales o para usar los recursos disponibles.

PLAN DE CUIDADOS: AFRONTAMIENTO INEFECTIVO - CLIMATERIO -

Factores Relacionados:(00547) Crisis de maduración o situacionales.

Factores Relacionados:(00578) Incapacidad de adaptación.

Factores Relacionados:(00723) Incertidumbre.

NOC:(0906) Toma de decisiones.

Definición NOC: Capacidad para escoger entre dos o más alternativas.

NOC:(1302) Superación de problemas.

Definición NOC: Acciones para controlar los factores estresantes que ponen a prueba los recursos del individuo.

Indicadores: (090602\_0906) Identifica alternativas.

Indicadores:(130208\_1302) Se adapta a los cambios en desarrollo.

NIC:(5230) Aumentar el afrontamiento.

Definición NIC: Ayudar al paciente a adaptarse a los factores estresantes, cambios, o amenazas perceptibles que interfieran en el cumplimiento de las exigencias y papeles de la vida cotidiana.

NIC: (5880) Técnica de relajación.

Definición NIC: Disminución de la ansiedad del paciente que experimenta estrés agudo

ACT:(523009\_5230) Ayudar al paciente a identificar la información que más le interese obtener.

Definición ACT: Ayudar al paciente a identificar la información que más le interese obtener.

ACT:(523019\_5230) Fomentar las actividades sociales y comunitarias.

Definición ACT: Fomentar las actividades sociales y comunitarias.

ACT:(523048\_5230) Instruir al paciente en el uso de técnicas de relajación, si resulta necesario.

Definición ACT: Instruir al paciente en el uso de técnicas de relajación, si resulta necesario.

ACT:(523050\_5230) Ayudar al paciente a clarificar los conceptos equivocados.

Definición ACT: Ayudar al paciente a clarificar los conceptos equivocados.

ACT:(588021\_5880) Instruir al paciente sobre métodos que disminuyan la ansiedad, si procede.

Definición ACT: Instruir al paciente sobre métodos que disminuyan la ansiedad, si procede.

## **Deterioro de la adaptación (00070)**

INCLUYE: Incapacidad para modificar el estilo de vida de forma coherente con un cambio en la situación de salud.

PLAN DE CUIDADOS: DETERIORO DE LA ADAPTACIÓN - INMOVILIZADOS - A28 /  
TERMINAL - A99 .GENERADO POR: DGAS

Factores Relacionados: (00715) Actitudes negativas hacia la conducta de salud

NOC:(1300) Aceptación: estado de salud

Definición NOC: Reconciliación con las circunstancias de salud

NOC: (1601) Conducta de cumplimiento.

Definición NOC: Acciones basadas en el asesoramiento profesional para promover el bienestar, la recuperación y la rehabilitación

IND: (130011\_1300) Toma de decisiones relacionadas con la salud.

IND: (160101\_1601) Confianza en el profesional sanitario sobre la información obtenida.

NIC: (4360) Modificación de la conducta.

Definición NIC: Promoción de un cambio de conducta.

NIC: (5250) Apoyo en toma de decisiones.

Definición NIC: Proporcionar información y apoyo a un paciente que debe tomar una decisión sobre cuidados sanitarios

ACT:(436003\_4360) Fomentar la sustitución de hábitos indeseables por hábitos deseables.

Definición ACT: Fomentar la sustitución de hábitos indeseables por hábitos deseables.

ACT: (436004\_4360) Presentar al paciente a personas (o grupos) que hayan superado con éxito la misma experiencia.

Definición ACT: Presentar al paciente a personas (o grupos) que hayan superado con éxito la misma experiencia.

ACT:(436025\_4360) Facilitar la implicación familiar en el proceso de modificación, si procede.

Definición ACT: Facilitar la implicación familiar en el proceso de modificación, si procede.

ACT: (525002\_5250) Informar al paciente sobre la existencia de puntos de vista alternativos y las soluciones.

Definición ACT: Informar al paciente sobre la existencia de puntos de vista alternativos y las soluciones.

ACT:(525007\_5250) Facilitar la toma de decisiones en colaboración.

Definición ACT: Facilitar la toma de decisiones en colaboración.

ACT:(52501\_5250) Proporcionar la información solicitada por el paciente.

Definición ACT: Proporcionar la información solicitada por el paciente.

ACT:(525015\_5250) Remitir a grupos de apoyo, si procede.

Definición ACT: Remitir a grupos de apoyo, si procede.

## **PATRÓN: VALORES / CREENCIAS**

### **Sufrimiento espiritual (00066)**

INCLUYE: Alteración del principio vital que satura todo su ser e integra y trasciende la naturaleza biológica y psicológica del ser humano.

PLAN DE CUIDADOS: SUFRIMIENTO ESPIRITUAL INMOVILIZADO. A28/ TERMINAL A99

Factores Relacionados : (00321) Separación de los vínculos culturales o religiosos.

Factores Relacionados: (00644) Puesta a prueba del sistema de creencias y valores

NOC: (2001) Bienestar espiritual.

Definición NOC: Expresiones personales de vinculaciones con el yo, los otros, el poder superior, toda la vida, la naturaleza y el universo que trascienden y se apoderan del yo.

INDICADOR: (200111\_2001) Participa en ritos y ceremonias espirituales.

INDICADOR: (200117\_2001) Relación con los demás para compartir pensamientos, sentimientos y creencias.

NIC: (5250) Apoyo en toma de decisiones.

Definición NIC: Proporcionar información y apoyo a un paciente que debe tomar una decisión sobre cuidados sanitarios.

NIC: (5290) Facilitar el duelo.

Definición NIC: Ayuda en la resolución de una pérdida importante.

NIC: (5420) Apoyo espiritual.

Definición NIC: Ayuda al paciente a conseguir el equilibrio a través de sus creencias.

Actividad: (525007\_5250) Facilitar la toma de decisiones en colaboración.

Definición NIC: Facilitar la toma de decisiones en colaboración.

Actividad: (525009\_5250) Respetar el derecho del paciente a recibir o no información.

Definición ACT: Respetar el derecho del paciente a recibir o no información.

ACT: (525015\_5250) Remitir a grupos de apoyo, si procede.

Definición ACT: Remitir a grupos de apoyo, si procede.

ACT: (529004\_5290) Fomentar la expresión de sentimientos acerca de la pérdida.

Definición ACT: Fomentar la expresión de sentimientos acerca de la pérdida.

ACT: (529010\_5290) Incluir a los seres queridos en las discusiones y decisiones, si procede

Definición ACT: Incluir a los seres queridos en las discusiones y decisiones, si procede.

ACT: (529021\_5290) Ayudar a identificar las modificaciones necesarias del estilo de vida.

Definición ACT: Ayudar a identificar las modificaciones necesarias del estilo de vida.

ACT: (542003\_5420) Fomentar el uso de recursos espirituales, si se desea.

Definición ACT: Fomentar el uso de recursos espirituales, si se desea.

Calidad de los cuidados enfermeros.  
Mejora de la calidad de los planes de cuidados enfermeros en el Área de Salud VI de la Región de Murcia

## **ANEXO 8**

### **PLANES DE CUIDADOS NUEVOS REALIZADOS DURANTE EL AÑO 2014**

Calidad de los cuidados enfermeros.  
Mejora de la calidad de los planes de cuidados enfermeros en el Área de Salud VI de la Región de Murcia

Planes de cuidados nuevos durante el año 2014, agrupados para elaborar listado de planes de cuidados

<b>Diagnósticos</b>	
<b>Manejo efectivo</b>	905
<b>Conductas generadoras de salud</b>	2039
<b>Manejo inefectivo</b>	823
<b>incumplimiento tª</b>	19
<b>Desequilibrio nutricional: por exceso</b>	1651
<b>Incontinencia urinaria</b>	98
<b>Deterioro eliminación urinaria</b>	36
<b>Estreñimiento</b>	41
<b>Deterioro del patrón de sueño</b>	1185
<b>Deterioro de la deambulación</b>	81
<b>Deterioro de la movilidad física</b>	1432
<b>Intolerancia a la actividad</b>	138
<b>Déficit de autocuidado: baño/higiene</b>	144
<b>Conocimientos deficientes</b>	118
<b>Baja autoestima</b>	16
<b>Cansancio desempeño del rol del cuidador</b>	17
<b>Duelo</b>	5
<b>Deterioro de la integridad cutánea</b>	6129

Calidad de los cuidados enfermeros.  
Mejora de la calidad de los planes de cuidados enfermeros en el Área de Salud VI de la Región de Murcia



## **ANEXO 9**

### **TABLAS DE RESULTADOS DE PLANES DE CUIDADOS POR PROFESIONAL.**

**3ªEVALUACIÓN. DICIEMBRE 2014**

Calidad de los cuidados enfermeros.  
Mejora de la calidad de los planes de cuidados enfermeros en el Área de Salud VI de la Región de Murcia

***Tablas de resultados de planes de cuidados por profesional.3ª evaluación.  
Diciembre 2014***

En las tablas que se muestran a continuación se pueden apreciar diferencias en las cargas de trabajo entre los profesionales en cuanto a los siguientes aspectos:

- Enfermeras que solo atienden a población adulta o a niños y enfermeras que atienden tanto a niños como a adultos, cupo mixto.
- Enfermeras que tienen unos porcentajes de cumplimiento de criterio elevados como consecuencia de que el denominador, incluidos en programa, es bajo más que por tener un denominador alto.

Tabla 48.\_ EAP nº1. Resultados de la tercera evaluación de cada indicador por profesional, media del Equipo, Área VI y Servicio Murciano de Salud

CIAS	INDICADOR	NUM	DEN.	3ªEval	EAP Nº1	Área VI	SMS
601	PdC personas diabéticas	13	175	7,42	32,56	20,57	19,69
601	PdC personas hipertensión	24	458	5,24	25,74	14,4	14,36
601	PdC personas inmovilizadas	8	24	33,33	63,36	40,81	49,84
602	PdC personas diabéticas	68	140	48,57	32,56	20,57	19,69
602	PdC personas hipertensión	144	337	42,72	25,74	14,4	14,36
602	PdC personas inmovilizadas	24	33	72,72	63,36	40,81	49,84
603	PdC personas diabéticas	71	154	46,1	32,56	20,57	19,69
603	PdC personas hipertensión	143	379	37,73	25,74	14,4	14,36
603	PdC personas inmovilizadas	23	33	69,69	63,36	40,81	49,84
604	PdC personas diabéticas	62	151	41,05	32,56	20,57	19,69
604	PdC personas hipertensión	115	391	29,41	25,74	14,4	14,36
604	PdC personas inmovilizadas	6	8	75	63,36	40,81	49,84
606	PdC personas diabéticas	13	77	16,88	32,56	20,57	19,69
606	PdC personas hipertensión	31	209	14,83	25,74	14,4	14,36
606	PdC personas inmovilizadas	3	3	100	63,36	40,81	49,84
605	PdC a niños 0-6 años	87	330	26,36	13,7	13,7	14,08

PdC = Planes de cuidados.

NUM= Numerador son el número de personas con planes de cuidados.

DEM= Denominador son el número de personas con el diagnóstico determinado.

Calidad de los cuidados enfermeros.  
Mejora de la calidad de los planes de cuidados enfermeros en el Área de Salud VI de la Región de Murcia

Tabla 49.- EAP nº2 Resultados de la tercera evaluación de cada indicador por profesional, media del Equipo, Área VI y Servicio Murciano de Salud

CIAS	INDICADOR	NUM.	DEN.	3ª Eval	EAP Nº2	Área VI	SMS
<b>601</b>	PdC personas diabéticas	81	231	35,06	34,28	20,57	19,69
<b>601</b>	PdC personas hipertensión	94	420	22,38	26,65	14,4	14,36
<b>601</b>	PdC personas inmovilizadas	1	9	11,11	22,91	40,81	49,84
<b>602</b>	PdC personas diabéticas	1	183	0,54	34,28	20,57	19,69
<b>602</b>	PdC personas hipertensión	1	379	0,26	26,65	14,4	14,36
<b>602</b>	PdC personas inmovilizadas	0	13	0	22,91	40,81	49,84
<b>603</b>	PdC personas diabéticas	94	176	53,4	34,28	20,57	19,69
<b>603</b>	PdC personas hipertensión	153	361	42,38	26,65	14,4	14,36
<b>603</b>	PdC personas inmovilizadas	1	7	14,28	22,91	40,81	49,84
<b>605</b>	PdC personas diabéticas	89	183	48,63	34,28	20,57	19,69
<b>605</b>	PdC personas hipertensión	163	382	42,67	26,65	14,4	14,36
<b>605</b>	PdC personas inmovilizadas	9	19	47,36	22,91	40,81	49,84
<b>604</b>	PdC a niños 0-6 años	193	763	25,29	25,29	13,7	14,08

Tabla 50.\_ EAP nº3. Resultados de la tercera evaluación de cada indicador por profesional, media del Equipo, Área VI y Servicio Murciano de Salud.

CIAS	INDICADOR	NUM.	DEN.	3ªEval	EAP Nº3	Área VI	SMS
601	PdC personas diabéticas	210	267	78,65	27,04	20,57	19,69
601	PdC personas hipertensas	468	640	73,12	24,18	14,4	14,36
601	PdC personas inmovilizadas	8	9	88,88	31,89	40,81	49,84
602	PdC personas diabéticas	5	241	2,07	27,04	20,57	19,69
602	PdC personas hipertensas	4	488	0,81	24,18	14,4	14,36
602	PdC a niños 0-6 años	0	83	0	7,47	13,7	14,08
602	PdC personas inmovilizadas	1	30	3,33	31,89	40,81	49,84
603	PdC personas diabéticas	12	116	10,34	27,04	20,57	19,69
603	PdC personas hipertensas	20	197	10,15	24,18	14,4	14,36
603	PdC a niños 0-6 años	0	28	0	7,47	13,7	14,08
603	PdC personas inmovilizadas	0	7	0	31,89	40,81	49,84
604	PdC personas diabéticas	70	128	54,68	27,04	20,57	19,69
604	PdC personas hipertensas	142	303	46,86	24,18	14,4	14,36
604	PdC a niños 0-6 años	0	60	0	7,47	13,7	14,08
604	PdC personas inmovilizadas	10	15	66,66	31,89	40,81	49,84
605	PdC personas diabéticas	62	148	41,89	27,04	20,57	19,69
605	PdC personas hipertensas	103	351	29,34	24,18	14,4	14,36
605	PdC a niños 0-6 años	0	36	0	7,47	13,7	14,08
605	PdC personas inmovilizadas	7	15	46,66	31,89	40,81	49,84
606	PdC personas diabéticas	3	108	2,77	27,04	20,57	19,69
606	PdC personas hipertensas	4	231	1,73	24,18	14,4	14,36
606	PdC a niños 0-6 años	0	13	0	7,47	13,7	14,08
606	PdC personas inmovilizadas	0	10	0	31,89	40,81	49,84
607	PdC personas diabéticas	4	177	2,25	27,04	20,57	19,69
607	PdC personas hipertensas	2	457	0,43	24,18	14,4	14,36
607	PdC personas inmovilizadas	1	7	14,28	31,89	40,81	49,84
608	PdC personas diabéticas	6	161	3,72	27,04	20,57	19,69
608	PdC personas hipertensas	9	329	2,73	24,18	14,4	14,36
608	PdC personas inmovilizadas	1	16	6,25	31,89	40,81	49,84

Calidad de los cuidados enfermeros.  
Mejora de la calidad de los planes de cuidados enfermeros en el Área de Salud VI de la Región de Murcia

<b>609</b>	PdC personas diabéticas	19	175	10,85	27,04	20,57	19,69
<b>609</b>	PdC personas hipertensas	33	402	8,2	24,18	14,4	14,36
<b>609</b>	PdC personas inmovilizadas	3	9	33,33	31,89	40,81	49,84
<b>611</b>	PdC personas diabéticas	34	180	18,88	27,04	20,57	19,69
<b>611</b>	PdC personas hipertensas	69	406	16,99	24,18	14,4	14,36
<b>611</b>	PdC personas inmovilizadas	12	24	50	31,89	40,81	49,84
<b>612</b>	PdC personas diabéticas	80	206	38,83	27,04	20,57	19,69
<b>612</b>	PdC personas hipertensas	156	393	39,69	24,18	14,4	14,36
<b>612</b>	PdC personas inmovilizadas	9	18	50	31,89	40,81	49,84
<b>613</b>	PdC personas diabéticas	54	160	33,75	27,04	20,57	19,69
<b>613</b>	PdC personas HTA	93	364	25,54	24,18	14,4	14,36
<b>613</b>	PdC personas inmovilizadas	7	25	28	31,89	40,81	49,84
<b>610</b>	PdC niños 0-6 años	93	1244	7,47	7,47	13,7	14,08

Tabla 51.- EAP nº4 Resultados de la tercera evaluación de cada indicador por profesional, media del Equipo, Área VI y Servicio Murciano de Salud

<b>CIAS</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>NUM.</b>	<b>DEN.</b>	<b>3º Eval</b>	<b>EAP nº4</b>	<b>Área VI</b>	<b>SMS</b>
<b>601</b>	PdC personas diabéticas	27	204	13,23	2,37	20,57	19,69
<b>601</b>	PdC personas hipertensas	55	535	10,28	2,38	14,4	14,36
<b>601</b>	PdC personas inmovilizadas	10	16	62,5	12,50	40,81	49,84
<b>602</b>	PdC personas diabéticas	35	113	30,97	2,37	20,57	19,69
<b>602</b>	PdC personas hipertensas	42	206	20,38	2,38	14,4	14,36
<b>602</b>	PdC personas inmovilizadas	5	8	62,5	12,50	40,81	49,84
<b>603</b>	PdC personas diabéticas	37	163	22,69	2,37	20,57	19,69
<b>603</b>	PdC personas hipertensas	49	344	14,24	2,38	14,4	14,36
<b>603</b>	PdC personas inmovilizadas	6	9	66,66	12,50	40,81	49,84
<b>604</b>	PdC niños 0-6 años	252	927	27,18	1,45	13,7	14,08
<b>605</b>	PdC personas diabéticas	81	172	47,09	2,37	20,57	19,69
<b>605</b>	PdC personas hipertensas	103	285	36,14	2,38	14,4	14,36
<b>605</b>	PdC personas inmovilizadas	3	3	100	12,50	40,81	49,84
<b>606</b>	PdC personas diabéticas	1	143	0,69	2,37	20,57	19,69
<b>606</b>	PdC personas hipertensas	2	328	0,6	2,38	14,4	14,36
<b>606</b>	PdC niños 0-6 años	2	389	0,51	1,45	13,7	14,08
<b>606</b>	PdC personas inmovilizadas	0	3	0	12,50	40,81	49,84
<b>607</b>	PdC personas diabéticas	120	179	67,03	2,37	20,57	19,69
<b>607</b>	PdC personas hipertensas	193	367	52,58	2,38	14,4	14,36
<b>607</b>	PdC personas inmovilizadas	6	9	66,66	12,50	40,81	49,84
<b>608</b>	PdC personas diabéticas	76	106	71,69	2,37	20,57	19,69
<b>608</b>	PdC personas hipertensas	106	281	37,72	2,38	14,4	14,36
<b>608</b>	PdC personas inmovilizadas	1	2	50	12,50	40,81	49,84
<b>609</b>	PdC personas diabéticas	26	114	22,8	2,37	20,57	19,69
<b>609</b>	PdC personas hipertensas	53	293	18,08	2,38	14,4	14,36
<b>609</b>	PdC personas inmovilizadas	1	3	33,33	12,50	40,81	49,84
<b>610</b>	PdC personas diabéticas	39	112	34,82	2,37	20,57	19,69
<b>610</b>	PdC personas hipertensas	60	234	25,64	2,38	14,4	14,36
<b>610</b>	PdC personas inmovilizadas	1	2	50	12,50	40,81	49,84

Tabla 52.- EAP nº5 Resultados de la tercera evaluación de cada indicador



Calidad de los cuidados enfermeros.  
Mejora de la calidad de los planes de cuidados enfermeros en el Área de Salud VI de la Región de Murcia

por profesional, media del Equipo, Área VI y Servicio Murciano de Salud

CIAS	INDICADOR	NUM	DEN	3º Eval	EAP nº5	Área VI	SMS
601	PdC niños 0-6 años	266	648	41,04	41,23	13,70	14,08
602	PdC personas diabéticas	5	188	2,65	23,76	20,57	19,69
602	PdC personas hipertensión	5	537	0,93	14,86	14,4	14,36
602	PdC personas inmovilizadas	3	4	75	60,34	40,81	49,84
603	PdC personas diabéticas	82	170	48,23	23,76	20,57	19,69
603	PdC personas hipertensión	133	411	32,36	14,86	14,4	14,36
603	PdC personas inmovilizadas	10	18	55,55	60,34	40,81	49,84
604	PdC personas diabéticas	63	167	37,72	23,76	20,57	19,69
604	PdC personas hipertensión	102	429	23,77	14,86	14,4	14,36
604	PdC personas inmovilizadas	11	11	100	60,34	40,81	49,84
605	PdC personas diabéticas	13	161	8,07	23,76	20,57	19,69
605	PdC personas hipertensión	26	412	6,31	14,86	14,4	14,36
605	PdC personas inmovilizadas	11	25	44	60,34	40,81	49,84

Tabla 53.- EAP nº6 Resultados de la tercera evaluación de cada indicador por profesional, media del Equipo, Área VI y Servicio Murciano de Salud

CIAS	INDICADOR	NUM.	DEN.	3ª Eval	EAP nº6	Área VI	SMS
601	PdC personas diabéticas	21	190	11,05	15,74	20,57	19,69
601	PdC personas hipertensión	24	365	6,57	8,47	14,4	14,36
601	PdC personas inmovilizadas	11	28	39,28	25,82	40,81	49,84
603	PdC personas diabéticas	0	136	0	15,74	20,57	19,69
603	PdC personas hipertensión	1	288	0,34	8,47	14,4	14,36
603	PdC personas inmovilizadas	0	15	0	25,82	40,81	49,84
604	PdC personas diabéticas	2	160	1,25	15,74	20,57	19,69
604	PdC personas hipertensión	4	375	1,06	8,47	14,4	14,36
604	PdC personas inmovilizadas	1	16	6,25	25,82	40,81	49,84
605	PdC personas diabéticas	1	159	0,62	15,74	20,57	19,69
605	PdC personas hipertensión	2	333	0,6	8,47	14,4	14,36
605	PdC personas inmovilizadas	0	8	0	25,82	40,81	49,84
606	PdC personas diabéticas	21	236	8,89	15,74	20,57	19,69
606	PdC personas hipertensión	25	440	5,68	8,47	14,4	14,36
606	PdC personas inmovilizadas	5	19	26,31	25,82	40,81	49,84
607	PdC personas diabéticas	125	215	58,13	15,74	20,57	19,69
607	PdC personas hipertensión	141	378	37,3	8,47	14,4	14,36
607	PdC personas inmovilizadas	7	11	63,63	25,82	40,81	49,84
608	PdC personas diabéticas	57	178	32,02	15,74	20,57	19,69
608	PdC personas hipertensión	52	301	17,27	8,47	14,4	14,36
608	PdC personas inmovilizadas	10	10	100	25,82	40,81	49,84
609	PdC personas diabéticas	4	147	2,72	15,74	20,57	19,69
609	PdC personas hipertensión	4	345	1,15	8,47	14,4	14,36
609	PdC personas inmovilizadas	1	25	4	25,82	40,81	49,84
610	PdC personas diabéticas	3	140	2,14	15,74	20,57	19,69
610	PdC personas hipertensión	1	254	0,39	8,47	14,4	14,36
610	PdC personas inmovilizadas	1	8	12,5	25,82	40,81	49,84
611	PdC personas diabéticas	27	97	27,83	15,74	20,57	19,69
611	PdC personas hipertensión	25	212	11,79	8,47	14,4	14,36

Calidad de los cuidados enfermeros.  
Mejora de la calidad de los planes de cuidados enfermeros en el Área de Salud VI de la Región de Murcia

<b>611</b>	PdC personas inmovilizadas	3	10	30	25,82	40,81	49,84
<b>611</b>	PC a niños 0-6 años	77	470	16,38	9,83	13,70	14,08
<b>602</b>	PC a niños 0-6 años	74	1066	6,94	9,83	13,70	14,08

Tabla 54.- EAP nº7 Resultados de la tercera evaluación de cada indicador por profesional, media del Equipo, Área VI y Servicio Murciano de Salud

<b>CIAS</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>NUM.</b>	<b>DEN.</b>	<b>3ª Eval</b>	<b>EAP nº 7</b>	<b>Área VI</b>	<b>SMS</b>
<b>602</b>	PdC personas diabéticas	18	196	9,18	6,16	20,57	19,69
<b>602</b>	PdC personas hipertensión	20	392	5,1	3,47	14,4	14,36
<b>602</b>	PdC personas inmovilizadas	6	21	28,57	32,20	40,81	49,84
<b>603</b>	PdC personas diabéticas	22	206	10,67	6,16	20,57	19,69
<b>603</b>	PdC personas hipertensión	23	397	5,79	3,47	14,4	14,36
<b>603</b>	PdC personas inmovilizadas	13	23	56,52	32,20	40,81	49,84
<b>604</b>	PdC personas diabéticas	0	247	0	6,16	20,57	19,69
<b>604</b>	PdC personas hipertensión	0	441	0	3,47	14,4	14,36
<b>604</b>	PdC personas inmovilizadas	0	15	0	32,20	40,81	49,84
<b>601</b>	PC a niños 0-6 años	0	465	0	0	13,70	14,08

Tabla 55.- EAP nº8 Resultados de la tercera evaluación de cada indicador por profesional, media del Equipo, Área VI y Servicio Murciano de Salud

CIAS	INDICADOR	NUM.	DEN.	3ªEval	EAP nº8	Área VI	SMS
601	PdC personas diabéticas	14	182	7,69	15,05	20,57	19,69
601	PdC personas hipertensión	13	464	2,8	9,4	14,4	14,36
601	PdC personas inmovilizadas	2	6	33,33	40,0	40,81	49,84
603	PdC personas diabéticas	29	94	30,85	15,05	20,57	19,69
603	PdC personas hipertensión	47	158	29,74	9,4	14,4	14,36
603	PdC personas inmovilizadas	8	11	72,72	40,0	40,81	49,84
604	PdC personas diabéticas	20	202	9,9	15,05	20,57	19,69
604	PdC personas hipertensión	20	420	4,76	9,4	14,4	14,36
604	PdC personas inmovilizadas	4	8	50	40,0	40,81	49,84
605	PdC personas diabéticas	25	177	14,12	15,05	20,57	19,69
605	PdC personas hipertensión	35	442	7,91	9,4	14,4	14,36
605	PdC personas inmovilizadas	3	8	37,5	40,0	40,81	49,84
607	PdC personas diabéticas	20	191	10,47	15,05	20,57	19,69
607	PdC personas hipertensión	30	412	7,28	9,4	14,4	14,36
607	PdC personas inmovilizadas	5	29	17,24	40,0	40,81	49,84
609	PdC personas diabéticas	9	134	6,71	15,05	20,57	19,69
609	PdC personas hipertensión	7	420	1,66	9,4	14,4	14,36
609	PdC personas inmovilizadas	1	6	16,66	40,0	40,81	49,84
620	PdC personas diabéticas	116	215	53,95	15,05	20,57	19,69
620	PdC personas hipertensión	187	508	36,81	9,4	14,4	14,36
620	PdC personas inmovilizadas	23	27	85,18	40,0	40,81	49,84
622	PdC personas diabéticas	10	135	7,4	15,05	20,57	19,69
622	PdC personas hipertensión	19	355	5,35	9,4	14,4	14,36
622	PdC personas inmovilizadas	7	13	53,84	40,0	40,81	49,84
623	PdC personas diabéticas	9	167	5,38	15,05	20,57	19,69
623	PdC personas hipertensión	16	396	4,04	9,4	14,4	14,36
623	PdC personas inmovilizadas	4	21	19,04	40,0	40,81	49,84
625	PdC personas diabéticas	4	203	1,97	15,05	20,57	19,69
625	PdC personas hipertensión	5	453	1,1	9,4	14,4	14,36

Calidad de los cuidados enfermeros.  
Mejora de la calidad de los planes de cuidados enfermeros en el Área de Salud VI de la Región de Murcia

<b>625</b>	PdC personas inmovilizadas	1	14	7,14	40,0	40,81	49,84
<b>626</b>	PdC niños 0-6 años	126	661	19,06	12,08	13,7	14,08
<b>602</b>	PdC niños 0-6 años	44	647	6,8	12,08	13,7	14,08
<b>624</b>	PdC niños 0-6 años	140	745	18,79	12,08	13,7	14,08
<b>606</b>	PdC niños 0-6 años	6	562	1,06	12,08	13,7	14,08

Tabla 56.- EAP nº9 Resultados de la tercera evaluación de cada indicador por profesional, media del Equipo, Área VI y Servicio Murciano de Salud.

CIAS	INDICADOR	NUM.	DEN	3ª Eval	EAP Nº9	Área VI	SMS
601	PdC personas diabéticas	11	111	9,9	29,8	20,57	19,69
601	PdC personas hipertensión	11	264	4,16	20,56	14,4	14,36
601	PdC personas inmovilizadas	1	4	25	34,90	40,81	49,84
603	PdC personas diabéticas	3	174	1,72	29,8	20,57	19,69
603	PdC personas hipertensión	4	404	0,99	20,56	14,4	14,36
603	PdC personas inmovilizadas	0	54	0	34,90	40,81	49,84
604	PdC personas diabéticas	1	145	0,68	29,8	20,57	19,69
604	PdC personas hipertensión	3	337	0,89	20,56	14,4	14,36
604	PdC personas inmovilizadas	0	11	0	34,90	40,81	49,84
605	PdC personas diabéticas	67	157	42,67	29,8	20,57	19,69
605	PdC personas hipertensión	121	359	33,7	20,56	14,4	14,36
605	PdC personas inmovilizadas	14	19	73,68	34,90	40,81	49,84
606	PdC personas diabéticas	5	138	3,62	29,8	20,57	19,69
606	PdC personas hipertensión	5	369	1,35	20,56	14,4	14,36
606	PdC personas inmovilizadas	0	6	0	34,90	40,81	49,84
607	PdC personas diabéticas	68	151	45,03	29,8	20,57	19,69
607	PdC personas hipertensión	91	354	25,7	20,56	14,4	14,36
607	PdC personas inmovilizadas	3	7	42,85	34,90	40,81	49,84
608	PdC personas diabéticas	19	149	12,75	29,8	20,57	19,69
608	PdC personas hipertensión	37	312	11,85	20,56	14,4	14,36
608	PdC personas inmovilizadas	5	15	33,33	34,90	40,81	49,84
609	PdC personas diabéticas	68	169	40,23	29,8	20,57	19,69
609	PdC personas hipertensión	96	352	27,27	20,56	14,4	14,36
609	PdC personas inmovilizadas	13	41	31,7	34,90	40,81	49,84
610	PdC personas diabéticas	6	155	3,87	29,8	20,57	19,69
610	PdC personas hipertensión	8	326	2,45	20,56	14,4	14,36
610	PdC personas inmovilizadas	0	11	0	34,90	40,81	49,84
612	PdC personas diabéticas	64	127	50,39	29,8	20,57	19,69
612	PdC personas hipertensión	78	268	29,1	20,56	14,4	14,36

Calidad de los cuidados enfermeros.  
Mejora de la calidad de los planes de cuidados enfermeros en el Área de Salud VI de la Región de Murcia

612	PdC personas inmovilizadas	4	7	57,14	34,90	40,81	49,84
613	PdC personas diabéticas	28	80	35	29,8	20,57	19,69
613	PdC personas hipertensión	50	254	19,68	20,56	14,4	14,36
613	PdC personas inmovilizadas	4	17	23,52	34,90	40,81	49,84
614	PdC personas diabéticas	124	135	91,85	29,8	20,57	19,69
614	PdC personas hipertensión	273	303	90,09	20,56	14,4	14,36
614	PdC personas inmovilizadas	21	25	84	34,90	40,81	49,84
615	PdC personas diabéticas	10	40	25	29,8	20,57	19,69
615	PdC personas hipertensión	33	152	21,71	20,56	14,4	14,36
615	PdC personas inmovilizadas	0	1	0	34,90	40,81	49,84
615	PdC niños 0-6 años	16	102	15,68	6,49	13,7	14,08
<b>616</b>	<b>PdC personas diabéticas</b>	<b>94</b>	<b>166</b>	<b>56,62</b>	<b>29,8</b>	<b>20,57</b>	<b>19,69</b>
616	PdC personas hipertensión	150	340	44,11	20,56	14,4	14,36
616	PdC personas inmovilizadas	7	13	53,84	34,90	40,81	49,84
617	PdC personas diabéticas	60	210	28,57	29,8	20,57	19,69
617	PdC personas hipertensión	52	526	9,88	20,56	14,4	14,36
617	PdC personas inmovilizadas	23	43	53,48	34,90	40,81	49,84
602	PdC niños 0-6 años	111	1097	10,11	6,49	13,7	14,08
611	PdC niños 0-6 años	14	972	1,44	6,49	13,7	14,08

Tabla 57.- EAP nº10 Resultados de la tercera evaluación de cada indicador por profesional, media del Equipo, Área VI y Servicio Murciano de Salud

CIAS	INDICADOR	NUM.	DEN.	3ªEval	EAP nº10	Área VI	SMS
601	PdC personas diabéticas	27	204	13,23	33,84	20,57	19,69
601	PdC personas hipertensión	55	535	10,28	23,07	14,4	14,36
601	PdC personas inmovilizadas	10	16	62,5	60	40,81	49,84
602	PdC personas diabéticas	35	113	30,97	33,84	20,57	19,69
602	PdC personas hipertensión	42	206	20,38	23,07	14,4	14,36
602	PdC personas inmovilizadas	5	8	62,5	60	40,81	49,84
603	PdC personas diabéticas	37	163	22,69	33,84	20,57	19,69
603	PdC personas hipertensas	49	344	14,24	23,07	14,4	14,36
603	PdC personas inmovilizadas	6	9	66,66	60	40,81	49,84
605	PdC personas diabéticas	81	172	47,09	33,84	20,57	19,69
605	PdC personas hipertensas	103	285	36,14	23,07	14,4	14,36
605	PdC personas inmovilizadas	3	3	100	60,00	40,81	49,84
606	PdC personas diabéticas	1	143	0,69	33,84	20,57	19,69
606	PdC personas hipertensas	2	328	0,6	23,07	14,4	14,36
606	PdC niños 0-6 años	2	389	0,51	19,30	13,7	14,08
606	PdC personas inmovilizadas	0	3	0	60,00	40,81	49,84
607	PdC personas diabéticas	120	179	67,03	33,84	20,57	19,69
607	PdC personas hipertensas	193	367	52,58	23,07	14,4	14,36
607	PdC personas inmovilizadas	6	9	66,66	60	40,81	49,84
608	PdC personas diabéticas	76	106	71,69	33,84	20,57	19,69
608	PdC personas hipertensas	106	281	37,72	23,07	14,4	14,36
608	PdC personas inmovilizadas	1	2	50	60	40,81	49,84
609	PdC personas diabéticas	26	114	22,8	33,84	20,57	19,69
609	PdC personas hipertensión	53	293	18,08	23,07	14,4	14,36
609	PdC personas inmovilizadas	1	3	33,33	60	40,81	49,84
610	PdC personas diabéticas	39	112	34,82	33,84	20,57	19,69
610	PdC personas hipertensión	60	234	25,64	23,07	14,4	14,36
610	PdC personas inmovilizadas	1	2	50	60	40,81	49,84
604	PdC niños 0-6 años	252	927	27,18	19,3	13,7	14,08



Tabla 58.- EAP nº11 Resultados de la tercera evaluación de cada indicador por profesional, media del Equipo, Área VI y Servicio Murciano de Salud.

CIAS	INDICADOR	NUM	DEN.	3ªEval	EAP Nº11	Área VI	SMS
601	PdC personas diabéticas	32	118	27,11	19,24	20,57	19,69
601	PdC personas hipertensas	66	479	13,77	23,07	14,4	14,36
601	PdC personas inmovilizadas	11	14	78,57	60,00	40,81	49,84
602	PdC personas diabéticas	25	116	21,55	19,24	20,57	19,69
602	PdC personas hipertensas	49	350	14	23,07	14,4	14,36
602	PdC personas inmovilizadas	12	22	54,54	60,00	40,81	49,84
603	PdC personas diabéticas	4	116	3,44	19,24	20,57	19,69
603	PdC personas hipertensas	3	296	1,01	23,07	14,4	14,36
603	PdC personas inmovilizadas	2	12	16,66	60,00	40,81	49,84
604	PdC personas diabéticas	13	141	9,21	19,24	20,57	19,69
604	PdC personas hipertensas	23	361	6,37	23,07	14,4	14,36
604	PdC personas inmovilizadas	15	18	83,33	60,00	40,81	49,84
605	PdC personas diabéticas	39	123	31,7	19,24	20,57	19,69
605	PdC personas hipertensas	57	355	16,05	23,07	14,4	14,36
605	PdC personas inmovilizadas	15	24	62,5	60,00	40,81	49,84
606	PdC personas diabéticas	10	122	8,19	19,24	20,57	19,69
606	PdC personas hipertensión	23	401	5,73	23,07	14,4	14,36
606	PdC personas inmovilizadas	14	21	66,66	60,00	40,81	49,84
607	PdC personas diabéticas	40	133	30,07	19,24	20,57	19,69
607	PdC personas hipertensión	56	342	16,37	23,07	14,4	14,36
607	PdC personas inmovilizadas	17	21	80,95	60,00	40,81	49,84
611	PdC personas diabéticas	14	110	12,72	19,24	20,57	19,69
611	PdC personas hipertensión	18	259	6,94	23,07	14,4	14,36
611	PdC personas inmovilizadas	7	15	46,66	60,00	40,81	49,84
612	PdC personas diabéticas	61	177	34,46	19,24	20,57	19,69
612	PdC personas hipertensión	88	406	21,67	23,07	14,4	14,36
612	PdC personas inmovilizadas	17	37	45,94	60,00	40,81	49,84
613	PdC personas diabéticas	11	138	7,97	19,24	20,57	19,69
613	PdC personas hipertensión	19	373	5,09	23,07	14,4	14,36

Calidad de los cuidados enfermeros.  
Mejora de la calidad de los planes de cuidados enfermeros en el Área de Salud VI de la Región de Murcia

<b>613</b>	PC personas inmovilizados	3	14	21,42	60,00	40,81	49,84
<b>608</b>	PC a niños 0-6 años	214	795	26,91	26,91	13,7	14,08

Tabla 59.- EAP nº12 Resultados de la tercera evaluación de cada indicador por profesional, media del Equipo, Área VI y Servicio Murciano de Salud.

<b>CIAS</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>NUM.</b>	<b>DEN.</b>	<b>3ªEval</b>	<b>EAP Nº12</b>	<b>Área VI</b>	<b>SMS</b>
<b>601</b>	PdC personas diabéticas	9	116	7,75	4,37	20,57	19,69
<b>601</b>	PdC personas hipertensas	17	308	5,51	2,80	14,4	14,36
<b>601</b>	PdC personas inmovilizadas	7	10	70	25	40,81	49,84
<b>602</b>	PdC personas diabéticas	18	203	8,86	4,37	20,57	19,69
<b>602</b>	PdC personas hipertensión	23	389	5,91	2,80	14,4	14,36
<b>602</b>	PdC personas inmovilizadas	1	3	33,33	25	40,81	49,84
<b>603</b>	PdC personas diabéticas	2	150	1,33	4,37	20,57	19,69
<b>603</b>	PdC personas hipertensión	1	373	0,26	2,80	14,4	14,36
<b>603</b>	PdC personas inmovilizadas	0	8	0	25	40,81	49,84
<b>604</b>	PdC personas diabéticas	0	109	0	4,37	20,57	19,69
<b>604</b>	PdC personas hipertensión	1	270	0,37	2,80	14,4	14,36
<b>604</b>	PdC personas inmovilizadas	1	7	14,28	25	40,81	49,84
<b>605</b>	PdC personas diabéticas	2	131	1,52	4,37	20,57	19,69
<b>605</b>	PdC personas hipertensión	4	301	1,32	2,80	14,4	14,36
<b>605</b>	PdC personas inmovilizadas	0	8	0	25	40,81	49,84
<b>606</b>	PdC niños 0-6 años	108	1012	10,67	10,67	13,7	14,08

Tabla 60.- EAP nº13 Resultados de la tercera evaluación de cada indicador por profesional, media del Equipo, Área VI y Servicio Murciano de Salud.

CIAS	INDICADOR	NUM.	DEN.	3ªEval	EAP nº13	Área VI	SMS
601	PdC personas diabéticas	25	171	14,61	17,46	20,57	19,69
601	PdC personas hipertensas	28	445	6,29	11,69	14,4	14,36
601	PdC personas inmovilizadas	7	9	77,77	55,76	40,81	49,84
605	PdC personas diabéticas	76	169	44,97	17,46	20,57	19,69
605	PdC personas hipertensión	145	403	35,98	11,69	14,4	14,36
605	PdC personas inmovilizadas	5	7	71,42	55,76	40,81	49,84
607	PdC personas diabéticas	33	139	23,74	17,46	20,57	19,69
607	PdC personas hipertensión	53	324	16,35	11,69	14,4	14,36
607	PdC personas inmovilizadas	11	16	68,75	55,76	40,81	49,84
608	PdC personas diabéticas	3	151	1,98	17,46	20,57	19,69
608	PdC personas hipertensión	5	346	1,44	11,69	14,4	14,36
608	PdC personas inmovilizadas	0	8	0	55,76	40,81	49,84
610	PdC personas diabéticas	36	154	23,37	17,46	20,57	19,69
610	PdC personas hipertensión	61	457	13,34	11,69	14,4	14,36
610	PdC personas inmovilizadas	16	20	80	55,76	40,81	49,84
611	PdC personas diabéticas	23	122	18,85	17,46	20,57	19,69
611	PdC personas hipertensión	39	358	10,89	11,69	14,4	14,36
611	PdC personas inmovilizadas	11	19	57,89	55,76	40,81	49,84
613	PdC personas diabéticas	1	154	0,64	17,46	20,57	19,69
613	PdC personas hipertensión	6	361	1,66	11,69	14,4	14,36
613	PdC personas inmovilizadas	6	18	33,33	55,76	40,81	49,84
614	PdC personas diabéticas	6	102	5,88	17,46	20,57	19,69
614	PdC personas hipertensas	9	264	3,4	11,69	14,4	14,36
614	PdC personas inmovilizadas	2	7	28,57	55,76	40,81	49,84
604	PdC niños 0-6 años	106	844	12,55	12,55	13,7	14,08

Tabla 61.- EAP nº14 Resultados de la tercera evaluación de cada indicador por profesional, media de su Equipo, Área VI y Servicio Murciano de Salud.

CIAS	INDICADOR	NUM.	DEN.	3ªEval	EAP nº14	Área VI	SMS
601	PdC personas diabéticas	1	156	0,64	4,93	20,57	19,69
601	PdC personas hipertensión	1	356	0,28	3,51	14,4	14,36
601	PdC personas inmovilizadas	0	5	0	39,79	40,81	49,84
602	PdC personas diabéticas	2	188	1,06	4,93	20,57	19,69
602	PdC personas hipertensas	3	475	0,63	3,51	14,4	14,36
602	PdC personas inmovilizadas	0	1	0	39,79	40,81	49,84
603	PdC personas diabéticas	1	133	0,75	4,93	20,57	19,69
603	PdC personas hipertensas	2	321	0,62	3,51	14,4	14,36
603	PdC personas inmovilizadas	0	5	0	39,79	40,81	49,84
604	PdC personas diabéticas	12	156	7,69	4,93	20,57	19,69
604	PdC personas hipertensas	23	441	5,21	3,51	14,4	14,36
604	PdC personas inmovilizadas	15	24	62,5	39,79	40,81	49,84
606	PdC personas diabéticas	0	124	0	4,93	20,57	19,69
606	PdC personas hipertensión	0	281	0	3,51	14,4	14,36
606	PdC personas inmovilizadas	0	5	0	39,79	40,81	49,84
608	PdC personas diabéticas	1	174	0,57	4,93	20,57	19,69
608	PdC personas hipertensión	1	412	0,24	3,51	14,4	14,36
608	PdC personas inmovilizadas	1	16	6,25	39,79	40,81	49,84
609	PdC personas diabéticas	2	172	1,16	4,93	20,57	19,69
609	PdC personas hipertensión	2	416	0,48	3,51	14,4	14,36
609	PdC personas inmovilizadas	3	13	23,07	39,79	40,81	49,84
610	PdC personas diabéticas	1	23	4,34	4,93	20,57	19,69
610	PdC personas hipertensión	2	62	3,22	3,51	14,4	14,36
610	PdC personas inmovilizadas	1	2	50	39,79	40,81	49,84
611	PdC personas diabéticas	7	157	4,45	4,93	20,57	19,69
611	PdC personas hipertensión	15	389	3,85	3,51	14,4	14,36
611	PdC personas inmovilizadas	14	21	66,66	39,79	40,81	49,84
612	PdC personas diabéticas	44	155	28,38	4,93	20,57	19,69
612	PdC personas hipertensión	76	400	19	3,51	14,4	14,36

Calidad de los cuidados enfermeros.  
Mejora de la calidad de los planes de cuidados enfermeros en el Área de Salud VI de la Región de Murcia

<b>612</b>	PdC personas inmovilizadas	5	6	83,33	39,79	40,81	49,84
<b>605</b>	PdC niños 0-6 años	224	1145	19,56	12,81	13,7	14,08
<b>607</b>	PdC niños 0-6 años	47	970	4,84	12,81	13,7	14,08

Tabla 62.- EAP nº15 Resultados de la tercera evaluación de cada indicador por profesional, media de su Equipo, Área VI y Servicio Murciano de Salud

<b>CIAS</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>NUM.</b>	<b>DEN.</b>	<b>3ªEval</b>	<b>EAP nº15</b>	<b>Área VI</b>	<b>SMS</b>
<b>602</b>	PdC personas diabéticas	37	148	25	46,36	<b>20,57</b>	19,69
<b>602</b>	PdC personas hipertensas	76	337	22,55	32,90	<b>14,4</b>	14,36
<b>602</b>	PdC personas inmovilizadas	17	24	70,83	64,70	<b>40,81</b>	49,84
<b>603</b>	PdC personas diabéticas	100	181	55,24	46,36	<b>20,57</b>	19,69
<b>603</b>	PdC personas hipertensas	167	443	37,69	32,90	<b>14,4</b>	14,36
<b>603</b>	PdC personas inmovilizadas	11	20	55	64,70	<b>40,81</b>	49,84
<b>604</b>	PdC personas diabéticas	48	70	68,57	46,36	<b>20,57</b>	19,69
<b>604</b>	PdC personas hipertensas	63	150	42	32,90	<b>14,4</b>	14,36
<b>604</b>	PdC personas inmovilizadas	5	7	71,42	64,70	<b>40,81</b>	49,84
<b>605</b>	PdC niños 0-6 años	159	348	45,68	45,68	13,7	14,08

Calidad de los cuidados enfermeros.  
Mejora de la calidad de los planes de cuidados enfermeros en el Área de Salud VI de la Región de Murcia

Calidad de los cuidados enfermeros.  
Mejora de la calidad de los planes de cuidados enfermeros en el Área de Salud VI de la Región de Murcia

