

Cambio en la Profesión de Enfermería: Motivaciones y Resistencias

MESA
REDONDA

Paz Galán Sierra, Fabiola Yañez Ciudad, Rosario Alvarez Pérez.
Unidad de Diálisis, Hospital General, Segovia.

Cuando se nos invitó a participar en una Mesa Redonda sobre Control de Calidad; nos resistimos en un principio a aceptar pues nuestra andadura, en lo que se refiere a Calidad, estaba comenzando; aun así, decidimos participar con el propósito de revisar con vosotros el binomio CALIDAD-CAMBIO, pensando que nuestras reflexiones sobre el mismo nos habían servido como guía y elemento dinamizador de la experiencia que a continuación os presentamos.

EL CAMBIO BASADO EN UNA NECESIDAD SOCIAL

La palabra «cambio» ha sido muy utilizada en este último decenio. No sólo hemos vivido cambios en el plano político y social sino también en el plano profesional. Unas veces estos cambios han sido rápidos y bruscos y otras lentos y dificultosos. La sociedad unas veces ha sido la generadora y otras la receptora de los cambios.

Guarren Bennis especulaba en 1970 (1) que las actuales formas de organización social y burocracia no resistirían el paso de las próximas décadas; sostenía además que las organizaciones deben evaluar constantemente los cambios en las aspiraciones sociales para adaptarse a las necesidades que estos generen.

Doffler (1979) (1) afirma que entre 1975 y 1980 ocurrieron en EEUU más cambios en la administración de los cuidados de salud que en los 50 años anteriores. Los ciudadanos americanos piden a los profesionales de la salud cada vez mayor responsabilidad e interés en su trabajo y demandan que los cuidados que prestan guarden una relación

clara con necesidades y tendencias que surgen en la sociedad.

Aunque no conocemos estudios similares en nuestro país, podríamos arriesgarnos a trasladar las afirmaciones de Doffler a la España del periodo 1985-1990. La ley general de Sanidad, los cambios en los organigramas de la red del Insalud y el creciente número de puestos de asesoría y responsabilidad de las enfermeras parecen confirmar el intento de ajustarse a las necesidades y demandas sociales.

“ La palabra «cambio» ha sido muy utilizada en este último decenio. La sociedad unas veces ha sido la generadora y otras la receptora de los cambios. ”

Ante los cambios de los últimos años cabría preguntarse: ¿qué respuesta estamos dando las enfermeras a las necesidades demandadas por la sociedad?, ¿deberíamos ser las enfermeras generadoras de cambio social?

Doffler (1) ha enumerado cinco categorías generales de cambio social sobre las cuales la enfermera influye y, según él, lo seguirá haciendo en el futuro (1):

1. La tendencia hacia el cuidado de sí mismo y la responsabilidad en la propia salud.

2. El interés por el efecto de los factores ambientales sobre la salud.

3. Un cambio en la orientación de los cuidados sanitarios, al enfocar su atención en la prevención de la enfermedad.

4. El cambio de roles evidenciado en los trabajadores de la salud.

5. Nuevos modos de enfocar los problemas sanitarios, dando a los consumidores una responsabilidad creciente en la planificación de la salud.

LA CALIDAD DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA

Durante mucho tiempo se consideró que los cuidados de Enfermería se limitaban a ser un soporte del trabajo del médico. Desde hace ya muchos años se considera que el trabajo de enfermera se basa en atender de forma global a las necesidades del individuo enfermo, potenciando su autocuidado y relacionándose con él para fomentar su salud y crecimiento personal.

El objetivo que se persigue al evaluar la calidad de los cuidados de Enfermería es mejorar el nivel de las atenciones que la enfermera ofrece; esa evaluación es, desde nuestro punto de vista, «la puerta de entrada» ideal para valorar si las enfermeras están respondiendo al cambio en las necesidades demandadas por la sociedad.

En nuestra experiencia las Unidades de Diálisis reúnen muchos de los requisitos que favorecen los cambios necesarios para afrontar la Evaluación de los Cuidados de Enfermería.

Para evaluar la calidad es necesario contar con Indicadores que permitan comparar lo realizado

con los resultados esperados. En 1989, la Asociación Americana de Enfermeras de Nefrología (ANNA) (2) publicó los Indicadores de Garantía de Calidad para las Unidades de Diálisis. Estos indicadores son:

- 1.- Control de infecciones.
- 2.- Mortalidad.
- 3.- Ingresos/Morbilidad.
- 4.- Accidentes.
- 5.- Satisfacción del paciente.
- 6.- Rehabilitación.
- 7.- Incidentes.
- 8.- Tratamiento de agua.
- 9.- Reutilización.
- 10.- Equipo de mantenimiento.
- 11.- Registros médicos.
- 12.- Acreditación.
- 13.- Revisión administrativa.
- 14.- Estándares de Enfermería.

Estos indicadores reflejan un hecho importante: en el resultado final de la Asistencia Sanitaria influye el conjunto de actividades desarrolladas por el equipo de profesionales que trabaja en una Unidad de Diálisis. Cada uno de estos profesionales debe ser consciente de su responsabilidad, comprobando sistemáticamente que la parte de trabajo que él realiza da los resultados esperados.

Para analizar las actividades propias de las enfermeras, la Asociación de Enfermeras Americanas (ANA) definió en 1973 las Normas de Calidad para la práctica de la Enfermería (3).

Las normas de calidad de Enfermería incluyen los criterios con los que se puede evaluar la calidad de los cuidados (4). Las normas de calidad que definió la ANA constituyen el Proceso de Enfermería y son las siguientes:

1. La recogida de datos sobre el estado de salud del paciente es un proceso sistemático y continuo. Los datos deben de ser aseguibles, comunicados y anotados.
2. Los diagnósticos de Enfermería derivan de los datos del estado de salud.
3. El plan de cuidados incluye objetivos derivados de los diagnósticos de Enfermería.
4. El plan de cuidados de Enfermería incluye prioridades y

prescribe órdenes para alcanzar los objetivos derivados de los diagnósticos de Enfermería.

5. Las acciones de Enfermería promueven la participación del paciente en la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud.

6. Las acciones de Enfermería ayudan a potenciar al máximo las capacidades de salud del paciente.

7. La evolución hacia la consecución de los objetivos establecidos viene determinada por el propio enfermo y la enfermera.

“ Durante mucho tiempo se consideró que los cuidados de Enfermería se limitaban a ser un soporte del trabajo del médico. Desde hace ya muchos años se considera que el trabajo de enfermera se basa en atender de forma global a las necesidades del individuo enfermo. ”

8. La evolución hacia la consecución de los objetivos establecidos determina la necesidad de una nueva valoración, reordenación de prioridades, fijación de nuevos objetivos y revisión del plan de cuidados de Enfermería.

EL CAMBIO HACIA LA CALIDAD

Llevar a la práctica las normas de calidad de la ANA significa todo un cambio en nuestra profesión. La mayoría de las personas

se resiste a este cambio por miedo a lo desconocido. El viejo modo de hacer las cosas es familiar y a menudo agradable. El viejo adagio «*lo hemos hecho siempre así y funciona*» sólo sería un razonamiento lógico para no cambiar, si el contexto de la actividad humana permaneciese sin cambios.

Sampson, en 1971 (1), categorizaba el cambio como madurativo, espontáneo o planificado. El cambio madurativo ocurre en un individuo, grupo u organización que progresa de la infancia a la madurez. El cambio espontáneo ocurre como respuesta a hechos naturales.

El cambio planificado es un esfuerzo consciente, deliberado y colaborativo para mejorar un sistema, ya sea humano, social o cultural. En nuestra actividad el cambio planificado sería el conjunto de las acciones dirigidas por las enfermeras para mejorar la práctica de la Enfermería.

Desde un punto de vista general el cambio planificado es un proceso por el cual se crean o desarrollan nuevas ideas (invención), se comunican a todos los participantes (difusión) y se aceptan o se rechazan (consecuencia).

DE LA TEORIA A LA PRACTICA

Para llevar a cabo el cambio planificado se necesita una enfermera o un grupo de enfermeras que generen ideas, pero además tales ideas deben difundirse mediante canales de comunicación. ¿Cómo se puede comunicar un grupo de profesionales que sólo pueden intercambiar ciertos mensajes, durante algunos minutos a las 8 de la mañana, a las 3 de la tarde y a las 10 de la noche?

Cuando decíamos que las Unidades de Diálisis cumplen muchos de los requisitos para el cambio nos referíamos, entre otras, a la posibilidad que tienen de establecer canales seguros de comunicación.

En nuestro grupo de trabajo desde 1986 se vienen realizando a diario Sesiones de Enfermería de las 14 a las 15 horas. Para faci-

litar que el mayor número de profesionales estuvieran presentes, se cambió el turno de trabajo de tarde, por consenso y aceptación posterior de la Dirección, comenzando la jornada laboral al as 14 horas. Esto favoreció que más del 80% de la plantilla de Enfermería estuviera presente en las sesiones.

Para que el cambio sea aceptado tiene que comprenderse. No puede pasarse de la noche a la mañana de registrar y planificar aspectos técnicos de las diálisis a asumir unas normas de calidad del tipo de las de la ANA.

¿Por dónde empezar?, ¿qué parte del proceso o qué norma de calidad desarrollar?, ¿qué aspectos del cuidado de nuestros pacientes sistematizar? Esto debe decidirlo cada grupo. Sin embargo, cualquier cambio, donde estarán presentes las resistencias y pesarán los inconvenientes, para que sea aceptado es necesario que el grupo perciba un resultado potencialmente positivo. Para que pueda verse ese resultado es conveniente utilizar como estrategia de desarrollo la resolución de problemas.

Nosotras decidimos comenzar la aplicación del Proceso de Enfermería desarrollando un Plan de Cuidados del Acceso Vascular. A continuación presentamos una evaluación de los realizado hasta ahora.

CALIDAD EN EL CUIDADO DEL ACCESO VASCULAR

INTRODUCCION

Mejorar la supervivencia del acceso vascular (AV) es uno de los objetivos de los cuidados de Enfermería. Evitar los hematomas y las punciones repetidas, conseguir un desarrollo uniforme del AV, prevenir las infecciones, detectar precozmente los problemas y educar al paciente en el autocuidado mejoran la supervivencia de los AV. Todas estas son actividades de las enfermeras.

Sin embargo la supervivencia del AV no sólo depende de las enfermeras, también influye la actuación de otros profesionales.

Para poder confirmar que nuestros cuidados influyen positivamente en la supervivencia del AV deberemos registrar, sistematizar y coordinar los cuidados del mismo.

Con este fin y al haber detectado problemas en la coordinación del cuidado del AV, en agosto de 1986 se elaboraron por parte de varias enfermeras unos registros que se muestran en las Figuras 1 y 2.

Una vez elaborados y discutidos en sesiones de Enfermería, se introdujeron de forma paulatina. Finalmente cada enfermera se hizo responsable del seguimiento de 4 AV. Esta asignación rotó cada 8 meses hasta octubre de 1989, en que se introdujo en la Unidad la metodología de

“ El cambio planificado es un esfuerzo consciente, deliberado y colaborativo para mejorar un sistema, ya sea humano, social o cultural. ”

FIGURA 3

VALORACION:			PUNTUACION
1. ¿Consta la situación del Thrill?	SI	NO	2 - 0
2. ¿Consta la situación del Soplo?	SI	NO	2 - 0
OBJETIVOS:			
1. ¿Tiene objetivos establecidos?	SI	NO	1 - 0
2. ¿Los objetivos son específicos del AV del paciente?	SI	NO	2 - 0
3. ¿Todos los planes tienen un objetivo, con el que poder evaluar su consecución?	SI	NO	3 - 0
PLAN DE ACCION:			
1. ¿Tiene planes definidos?	SI	NO	1 - 0
2. ¿Todos los objetivos tiene un plan para poder alcanzarlo?	SI	NO	3 - 0
EVALUACION:			
1. ¿Consta la consecución de objetivos?	SI	NO	1 - 0
2. ¿Consta el seguimiento del plan programado?	SI	NO	1 - 0
3. ¿Consta la medida de la presión de retorno?	SI	NO	1 - 0
4. ¿Constan los problemas de punción?	SI	NO	1 - 0
5. ¿Constan otros problemas?	SI	NO	1 - 0
6. ¿Se deja constancia de la búsqueda de la causa de los problemas?	SI	NO	1 - 0
7. ¿Consta la apreciación relativa a la hemostasia del paciente?	SI	NO	1 - 0
8. ¿Consta el flujo de la FAV?	SI	NO	1 - 0
FRECUENCIA:			
1. Cada < 2 meses o 2 meses	SI	NO	4 - 0
2. Cada 3 meses	SI	NO	3 - 0
3. Cada 4 meses	SI	NO	2 - 0
4. Cada 5 meses	SI	NO	1 - 0
5. > de 5 meses	SI	NO	0 - 0

FIGURA 1

Nombre: ANTONIA GALLEGO SANCHEZ LUGARNUEVO	Valoración:
Fecha de Planificación: 5-VI-90 Fecha de Probable valoración: 7-VIII-90	Thrill: (++) en anastomosis (+) en antebrazo, hasta la mitad
Tipo de Fístula: RADIO-CEFALICA IZQUIERDA	Soplo: De mediana intensidad que va disminuyendo hasta desaparecer en flexura.
	Objetivos: - Recirculación. - Conseguir zona alternativa a punción arterial (zona 1).
	Plan - Seguir intentando 1 día/semana (jueves) pinchar aguja arterial en zona 4 es muy profunda. - Resto de la semana Zona 1: arterial. Zona 2: venosa. - Separar las punciones lo más posible, subiendo venosa muy lentamente y bajando arterial. - Recordarle que haga pelota. - Utilizar «Trombocid» y calor en casa.
	Evaluación: OCTUBRE/1990 Fecha:
	- Está pautado para noviembre repetir recirculaciones. - Se han distanciado las punciones, pudiéndose pinchar aguja arterial en zona 4. - PV: mantenida 120-130. - No problemas de coagulación. - Buen flujo x 340-350 ml/m. - 1 punción extra al mes por mala canalización al pinchar zonas nuevas, son muy profundas. - Thrill y soplo sin cambios.
	Legenda: Línea roja: Zona arterial Línea azul: Zona venosa Línea roja intermitente: Posibilidad de desarrollo arterial. Línea azul intermitente: Posibilidad de desarrollo venoso. Línea verde: Nueva zona de punción. Línea negra: ¡No pinchar!

FIGURA 2

Nº	PROBLEMA	Fecha	N.º	PLAN DE ACTUACION	Fecha	N.º	RESOLUCION	Fecha
1	Mala canalización de zona 3 (no toco la vena)	6/7	1-1 1-2	Retiro la aguja y comprimo Punción arterial en zona 4	6/7	1-2 1-1	Dialisis sin problemas. No resto de hematoma.	6/7 8/7
2	Extravasación en zona venosa (2) al doblar brazo	28/7	2-1 2-2 2-3 2-4	Retiro la aguja y comprimo. Se pone a recircular la sangre. Se pincha aguja venosa por encima de la punción anterior. Medidas habituales en casa.	28/7	2	Restos de hematoma. No restos de hematoma	30/7 6/8

Enfermería Primaria. De acuerdo con ella cada enfermera se hizo responsable de planificar de forma continuada el cuidado integral de 4 pacientes.

El objetivo de nuestro estudio es analizar el nivel de calidad en la cumplimentación del registro de AV.

MATERIAL Y METODO

Para poder medir la cumplimentación de los registros de AV se ha definido un modelo de calidad con el cual comparar.

Este modelo (Figura 3) consta de cuatro partes (valoración, objetivos, plan de acción y evaluación) que corresponden al Proceso de Enfermería. Un quinto apartado corresponde a la frecuencia de realización del plan. En cada uno de estos apartados se han definido una serie de criterios, ponderándolos según su importancia.

Se han calculado Índices de Calidad, tanto de cumplimentación como de frecuencia. Estos índices se han obtenido multiplicando por 100 el cociente entre la puntuación obtenida y la máxima puntuación posible.

Se han estudiado 519 registros de 62 pacientes, correspondientes al periodo comprendido entre agosto de 1986 y septiembre de

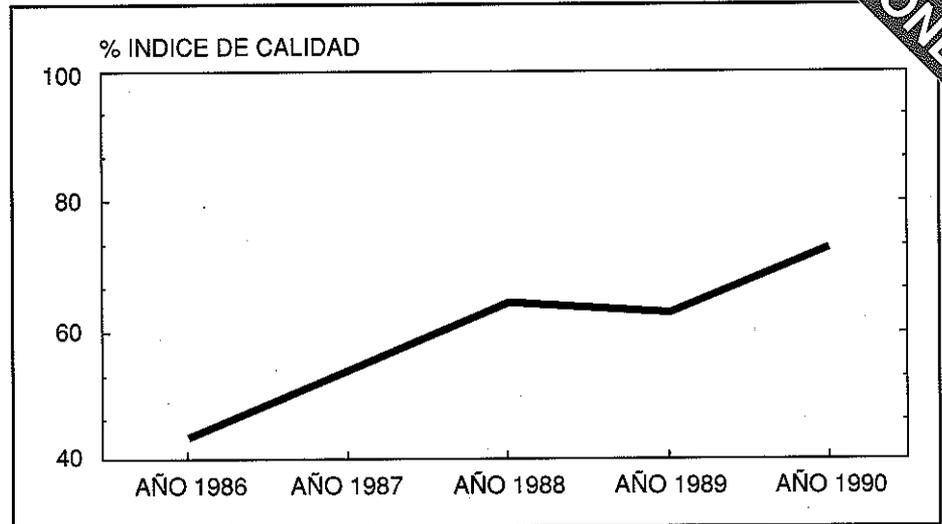


Gráfico 1. Evolución de la calidad. Plan de cuidados del acceso vascular.

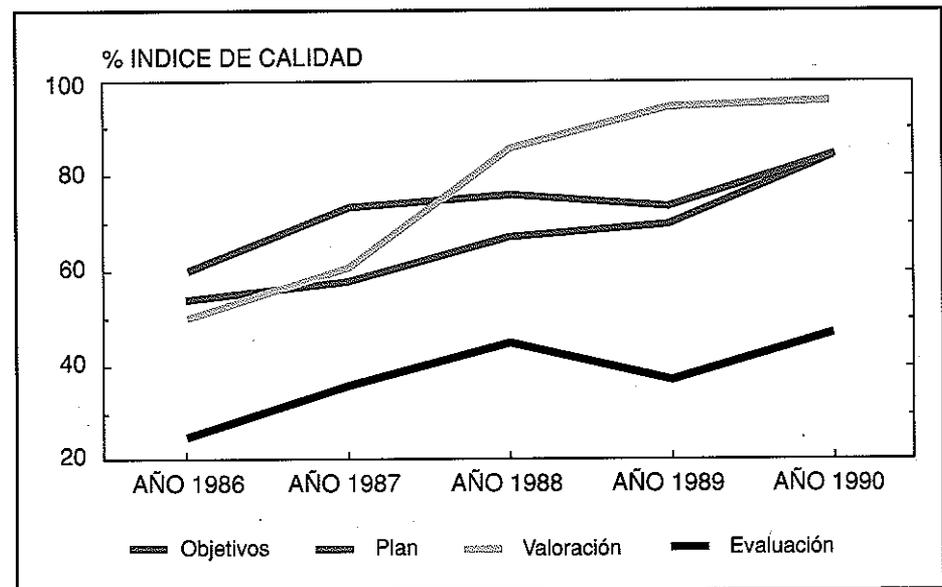


Gráfico 2. Evolución de la calidad. Plan de cuidados del acceso vascular. Valoración objetivos plan evaluación.

AÑO	Tamaño de la muestra	ICG (Media ± SE)	
1986	60	44.09 ± 2.5	
1987	136	54.17 ± 1.8	p < 0.01
1987	136	54.17 ± 1.8	
1988	114	64.60 ± 1.7	p < 0.01
1988	114	64.60 ± 1.7	
1989	130	62.70 ± 1.6	NO SIGNIFICATIVO
1989	130	62.70 ± 1.6	p < 0.001
1990	56	72.50 ± 1.9	

1990. Estos registros corresponden a la totalidad de los enfermos tratados durante este periodo en nuestra Unidad.

Los datos fueron procesados utilizando un programa estadístico (RSIGMA) con un fichero diseñado para el estudio.

RESULTADOS Y DISCUSION

El Gráfico 1 muestra la evolución del Índice de Calidad Global (ICG) para la cumplimentación del Plan de Cuidados (obtenido a partir de la media ponderada de la Valoración, Objetivos, Plan de Acción y Evaluación) a lo largo del periodo estudiado. Si comparamos la diferencia de un año con otro encontramos:

El Gráfico 2 muestra los Índices de Calidad para las distintas fases del Proceso de Enfermería. En él podemos observar un crecimiento en todos los años, excepto en 1989, que desciende. Este descenso es más marcado en la Evaluación del Plan de Cuidados.

Además, en su conjunto, el Índice de Calidad de dicha Evaluación es notablemente más bajo que el resto de fases del Proceso de Enfermería, lo que podría explicarse por la falta de criterio de resultado en la definición de los objetivos, lo que hace más difícil su evaluación posterior.

Comparando la evolución de los objetivos y plan de acción se observa que las enfermeras tienen más dificultad en la cumplimiento de los planes de acción, que parece indicar que sabemos mejor donde llegar que como hacerlo.

El Gráfico 3 muestra la evolución de la frecuencia en la realización del Plan de Cuidados. Puede observarse como la periodicidad de realización desciende bruscamente, pasando de realizarse bimensualmente en un 75% de los casos en 1986 a sólo un 25% en 1990.

Otra manera de representarlo sería calcular el Índice de Calidad para la Frecuencia que se muestra en el Gráfico 4 y como cabría esperar desciende desde 90,9 en el año 1986 a 59,5 en el año 1990.

“ Para adaptarse a las necesidades demandadas por la sociedad, las enfermeras deben realizar un cambio en los métodos de trabajo. El cambio debe ser planificado, fomentando la comunicación y participación de todos los miembros. ”

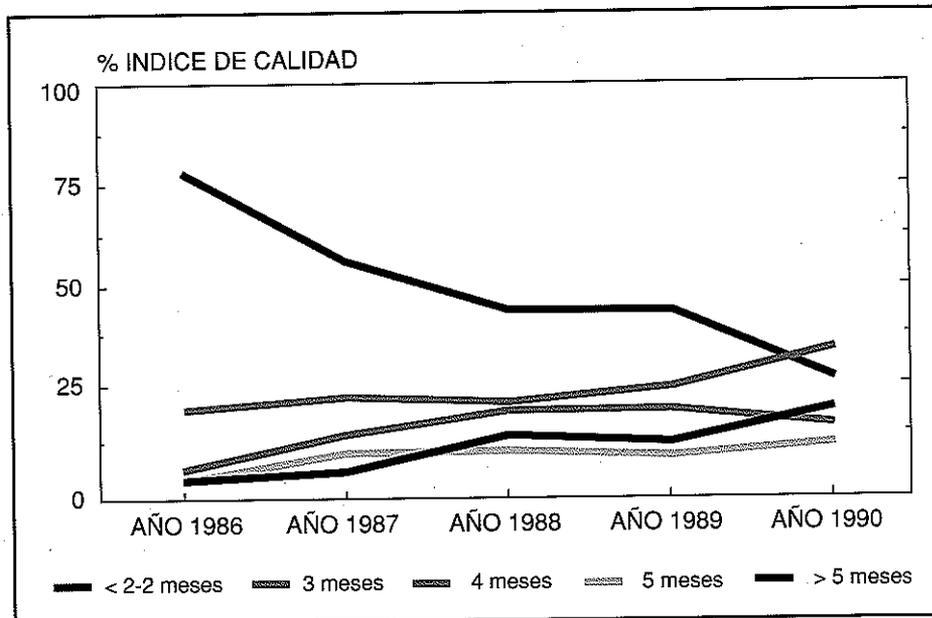


Gráfico 3. Evolución de la calidad. Frecuencia de realización del plan.

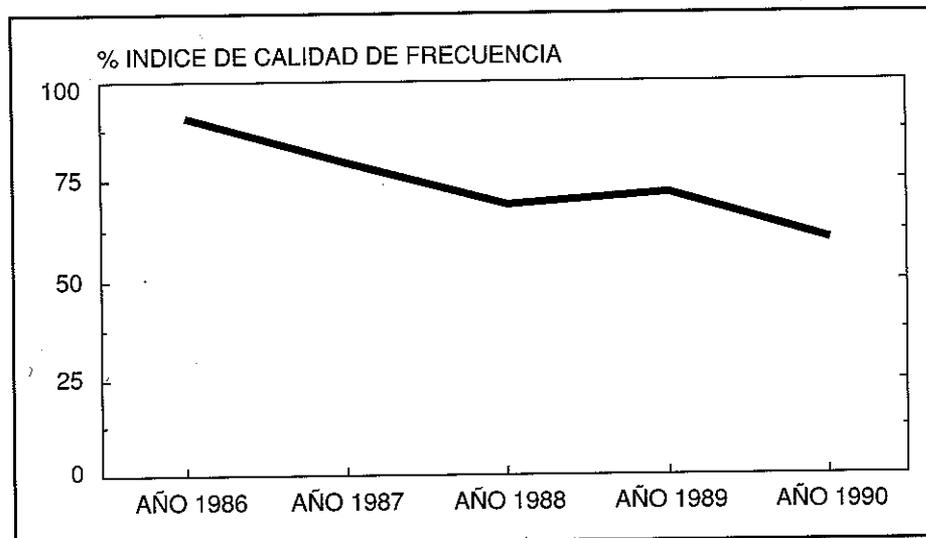


Gráfico 4. Evolución de la calidad.

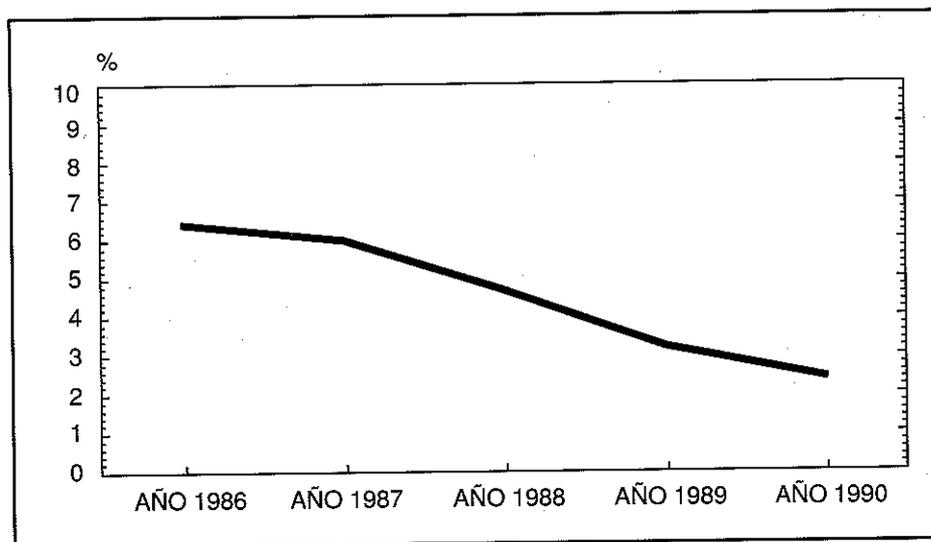


Gráfico 5. Porcentaje de punciones extras.

Como anteriormente se ha dicho, en octubre de 1989 se introdujo el modelo de Enfermera Primaria. La aplicación de este método en nuestro ámbito hospitalario, se ha realizado asumiendo cada enfermera la planificación de cuidados integrales a un grupo de pacientes. Esta planificación de cuidados incluye entre otros aspectos la valoración del AV.

El análisis de los gráficos permite sugerir, que el aumento significativo de la calidad en la cumplimentación y el descenso en la frecuencia de realización podría deberse, al menos en parte, a la aplicación de esta metodología.

Pensamos que en 1989 nos marcamos unos objetivos excesivamente ambiciosos. La no progresión en la calidad durante ese año es el precio que hemos tenido que pagar por ello.

En la implantación de estos registros en 1986, se detectó un aumento de los fallos de punción de un 5% a un 7%. Esto llevó a que se monitorizaran mensualmente, utilizándose los fallos de punción como indicador de cuidados de Enfermería. El Gráfico 5

muestra la evolución de los problemas de punción desde 1986 hasta septiembre de 1990. Como se puede observar han ido descendiendo, siendo las diferencias estadísticamente significativas si comparamos los años 86 y 87 con 88, 89 y 90. En el momento actual se encuentran en el 2,2%.

CONCLUSIONES

1. Para mejorar la calidad de cumplimentación del Plan de Cuidados del AV debe mejorar la Evaluación, estableciendo planes estandar donde el objetivo esté definido con criterio de resultado.

2. La definición de planes estandar favorecería también la calidad de cumplimentación de los objetivos y planes de acción.

3. La implantación del método de Enfermera Primaria puede haber influido positivamente en la calidad de la cumplimentación y negativamente en la frecuencia.

4. La evolución en la Calidad de la cumplimentación ha aumentado significativamente año tras año.

COMENTARIOS FINALES

Para adaptarse a las necesidades demandadas por la sociedad, las enfermeras deben realizar un cambio en los métodos de trabajo.

El cambio debe ser planificado, fomentando la comunicación y participación de todos los miembros.

La implantación de nuevos métodos de trabajo debe incluir su monitorización, no sólo con el fin de introducir medidas correctivas, sino también para potenciarlos, ya que medir lleva a la acción (6).

Para poder en un futuro medir la calidad del cuidado del AV, se debe medir previamente la calidad en la cumplimentación de sus registros.

AGRADECIMIENTOS

La colaboración y profesionalidad de las enfermeras que trabajan o han trabajado en la Unidad queda patente en este estudio.

Nuestro agradecimiento a: M. Luz Polo Luque, M.^a Jesús Llorente Llorente, Estrella García Velasco, Alejandro Alvaro Cristóbal, Montserrat Martín Bartolomé, Elisa Casado Montero, Concha Moreno Cejudo, Fabiola Yañez Ciudad, Enrique Vicente Yubero, Charo Regidor Ruano, Azucena García Viejo, Sonia Velasco Ballesteros, Carmen París Boál, Charo Álvarez Pérez, Carmen Calle García.

BIBLIOGRAFIA

1. Citado en Lancaster & Lancaster.
The nurse as change agent.
The C.V. Mosby Company.
St. Louis. 1982.
2. Dawn T. Brennan, Sally Burrows-Hudson, V. Bernice Stevens.
Quality Assurance for Nephrology Nursing.
American Nephrology Nurses Association. New Jersey. 1989.
3. R. Alfaro.
Aplicación del Proceso de Enfermería.
Ediciones Doyma.
Barcelona 1988.
4. E. J. Mason.
Normas de Calidad de Enfermería.
Ediciones Doyma.
Barcelona. 1988.
5. P. Galán, C. París, R. Alvarez.
Sistema Orientado hacia problemas. Su aplicación en el manejo del AV.
EDTNA-ERCA JOURNAL X.
Mayo 1989.
6. A. Bernillón, O. Cerutti.
Implantar y Gestionar la calidad total.
Ediciones Gestió 2.000 S.A.
Septiembre 1989.