

## Aplicación de la metodología enfermera en atención primaria

Francisco Javier Pérez Rivas<sup>a</sup>, Marisol Ochandorena Juanena<sup>b</sup>, José M. Santamaría García<sup>b</sup>, Montserrat García López<sup>b</sup>, Vicente Solano Ramos<sup>b</sup>, Milagros Beamud Lagos<sup>c</sup> y M. José Gil de Pareja Palmero<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Unidad de Calidad. Área 11 Atención Primaria de Madrid. Madrid. España.

<sup>b</sup>Dirección de Enfermería. Área 11 Atención Primaria de Madrid. Madrid. España.

<sup>c</sup>Unidad de Formación. Área 11 de Atención Primaria de Madrid. Madrid. España.

<sup>d</sup>Sistemas de Información. Área 11 de Atención Primaria de Madrid. Madrid. España.

Correspondencia: F.J. Pérez Rivas.

Unidad de Calidad. Gerencia AP Área 11.

Alberto Palacios, 22. 28021 Madrid. España.

Correo electrónico: jperez.gapm11@salud.madrid.org

### Resumen

**Fundamento:** Las enfermeras de atención primaria (AP) han adquirido en los últimos años una mayor responsabilidad en la provisión de servicios sanitarios, y se han convertido en auténticos gestores de cuidados. La utilización de la metodología de enfermería ha facilitado esta nueva concepción integral de la atención. El objetivo de este estudio es dar a conocer la experiencia de implantación y desarrollo de la metodología de enfermería en un área sanitaria de AP de la Comunidad de Madrid.

**Métodos:** Estudio descriptivo longitudinal, realizado en los 42 equipos de AP del Área 11 de Madrid, acerca de las estrategias de implantación de la metodología y la evaluación de los indicadores clave definidos para la monitorización del proceso del cuidado en el período 2001-2004.

**Resultados:** El número de enfermeras que utiliza la metodología y los diagnósticos de enfermería ha aumentado un 167%. La frecuencia de diagnósticos de enfermería identificados desde el año 2001 ha sido de 50.815. El indicador de calidad global mantiene desde el año 2001 un incremento continuado, y en 2004 se situó en el 90,5%. El indicador de capacidad de resolución se ha situado en los 2 últimos años en torno al 75% de los problemas atendidos. El ICE (indicador sintético de cuidados enfermeros) se ha incrementado un 350%.

**Conclusiones:** Las enfermeras/os de AP del Área 11 de Madrid han integrado el proceso de atención de enfermería como metodología de trabajo en su práctica asistencial, participando del modelo de excelencia de la organización con su aportación disciplinar específica e integrando como proceso clave de la organización el cuidado de la población.

**Palabras clave:** Proceso enfermero. Diagnósticos de enfermería. Atención primaria. Investigación en enfermería. Efectividad.

### Abstract

**Background:** In recent years, primary care nurses have acquired greater responsibility in providing health services, becoming authentic nursing care managers. This new integral concept of care has been aided by the use of the nursing process. The present study aims to describe the implantation and development of the nursing process in a primary care area in the Autonomous Community of Madrid.

**Methods:** We performed a longitudinal descriptive study to analyze the strategies employed to introduce utilization of the nursing process and to evaluate the key indicators defined to monitor nursing care in 42 primary care teams of Area 11 in Madrid between 2001 and 2004.

**Results:** The number of nurses using the nursing process and nursing diagnoses increased by 167%. The frequency of nursing diagnoses made since 2001 was 50,815. The indicator of overall quality showed a continuous increase since 2001 and was 90.5% in 2004. In the last two years of the study, the indicator of resolution of nursing diagnosis was achieved in approximately 75% of the problems attended. The synthetic indicator of nursing care increased by 350%.

**Conclusions:** Primary care nurses in Area 11 of Madrid have integrated the nursing process as a working methodology into their clinical practice, thus contributing to the organization's model of excellence through their specific discipline and integrating the nursing care of the population as a key process in the organization.

**Key words:** Nursing process. Nursing diagnosis. Primary health care. Nursing evaluation research. Effectiveness.

### Introducción

Mucho ha llovido, aunque quizá no lo suficiente (en todos los sentidos), desde que en el año 1984, con la publicación del Real Decreto de Estructuras Básicas<sup>1</sup> y la puesta en marcha de los primeros centros de salud (con sus equipos de atención primaria [EAP] incluidos) se iniciara una nueva singladura en la prestación de servicios sanitarios en el primer nivel asistencial. Desde entonces, si bien el papel y las funciones de todos los profesionales del equipo han ido adaptán-

dose a las nuevas exigencias de salud de la población, ha sido en enfermería donde se han producido los mayores cambios, tanto en el ámbito legislativo como en el funcional.

En el ámbito legislativo el Real Decreto 1231/2001 de Ordenación de la Actividad Profesional de Enfermería<sup>2</sup>, la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS)<sup>3</sup> y el recientemente aprobado Real Decreto sobre Especialidades de Enfermería<sup>4</sup>, definen un nuevo modelo profesional, con mayor autonomía, misión propia, incremento de responsabilidades y una función específica: dirección, evaluación y prestación de los cuidados de enfermería.

Fuera del ámbito legislativo, y centrándonos más en el ámbito asistencial de AP, los enfermeros han asumido la función cuidadora que la normativa y los organismos internacionales les asignan (Organización Mundial de la Salud [OMS] –Salud 21–)<sup>5</sup>, y en los últimos años han adquirido una mayor responsabilidad en la provisión de servicios de salud. Se ha pasado de un modelo biomédico, cuyo objetivo era la curación y el control de la enfermedad, a un modelo integral de cuidados, que asume una visión holística de la persona. La utilización del proceso de atención de enfermería o proceso enfermero (PE) y los diagnósticos de enfermería (DdE), han facilitado esta nueva concepción integral de cuidados y han hecho posible delimitar el campo de actividades que sólo el profesional de enfermería, y no otro, está capacitado para realizar.

El PE es la aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera (metodología de enfermería). Alfaro-Lefevre<sup>6</sup> lo define como el método sistemático, humanístico y racional de organizar y prestar los cuidados de enfermería. El DdE es una etapa básica de este proceso y muchos la consideran el eje central del PE, ya que los problemas que se identifican durante esta fase son la base del plan de cuidados. La utilización del PE en general y de los DdE en particular, permite clarificar la aportación específica que realiza la enfermera a la población y diferenciar la actuación enfermera de la de otros profesionales. Esta necesidad de desarrollar y unificar la práctica profesional es la base de la clasificación internacional de la práctica enfermera (ICNP® versión 1.0)<sup>7</sup>, que utilizando los estándares de la norma ISO 18104:2003<sup>8</sup>, intenta establecer un lenguaje común a la hora de definir los diagnósticos de enfermería, las intervenciones y los resultados. Esta clasificación integra también las 3 taxonomías procedentes del contexto norteamericano y que últimamente están alcanzando gran difusión en nuestro contexto: NANDA<sup>9</sup>, NIC<sup>10</sup> y NOC<sup>11</sup>.

En nuestro país, desde el año 2002, se está desarrollando un proyecto de investigación coordinado por el Ministerio de Sanidad y Consumo (a través del Instituto de Salud Carlos III) y el Consejo General de Enfermería, denominado Proyecto NIPE (Normalización de las Intervenciones en la Práctica Enfermera)<sup>12</sup>, cuyo objetivo también es normalizar la práctica asistencial enfermera, estableciendo un lenguaje común y una metodología homogénea, basándose en la utilización del PE.

Por último, es importante señalar el hecho de que en muchos países, las asociaciones científicas y los organismos reguladores consideran el uso del PE como pilar básico de su práctica asistencial, figurando las distintas etapas del proceso como requisitos fijados en los estándares para la práctica enfermera o estándares de cuidados<sup>13-16</sup>. En nuestro contexto, la Cartera de Servicios de AP del Insalud incluye desde el año 2001 planes de cuidados estandarizados e informatizados, en los que se definen como criterios de correcta atención la aplicación de cada una de las etapas del PE<sup>17</sup>.

Sin embargo, y pese a los beneficios que reporta la utilización del PE (evidenciar el trabajo enfermero, optimizar la gestión de recursos, mejorar la calidad de los cuidados...)<sup>18</sup>, hay diversos factores como la escasez de formación, la falta

de tiempo, la baja motivación o el modelo biomédico hegemónico, que dificultan la implantación y el uso de esta metodología de trabajo<sup>19-21</sup>, por lo que son múltiples las iniciativas desarrolladas en el contexto de AP para facilitar su utilización<sup>22-28</sup>.

El objetivo general de este trabajo es dar a conocer la experiencia de implantación y desarrollo de la metodología de enfermería (o utilización del proceso enfermero) en el Área Sanitaria 11 de AP de la Comunidad de Madrid y los resultados alcanzados en los últimos 4 años.

## Métodos

### *Estrategias de implantación*

Desde el año 1996 se han desarrollado en el Área 11 diversas estrategias, tanto para divulgar la oferta de servicios de enfermería a la población como para sistematizar la utilización del proceso enfermero, con el objetivo de mejorar la cobertura y la calidad de los cuidados que se prestan.

### *Estrategias de difusión de la oferta de servicios enfermeros*

- Elaboración de tarjetas de visita, en las que figuraba el nombre de la enfermera y el número de historia del paciente (1999).

- Diseño y difusión de un díptico informativo, con el lema “En el cuidado de su salud... consulte a su enfermera”, con el objetivo de dar a conocer los cuidados que la enfermera de AP presta a la población (2001).

- Puesta en marcha de la cita a demanda con la enfermera (área pionera en la Comunidad de Madrid), facilitando de este modo la accesibilidad de los usuarios a las consultas de enfermería (1996).

- Inclusión en la Misión y la Visión del Área del cuidado de la población, como proceso clave de la organización (2000).

### *Estrategias de implantación de la utilización del proceso de enfermería*

#### A. Programas/protocolos asistenciales:

- Publicación de la Guía Metodológica de Enfermería (1996)<sup>29</sup>. Supuso el punto de partida del desarrollo metodológico, y la propuesta de un nuevo modelo de atención para enfermería.

- Inclusión en los programas y/o protocolos asistenciales que se han editado en el Área del enfoque enfermero en el abordaje de los distintos problemas/patologías/situaciones de salud.

- Diseño y puesta en marcha, en coordinación con el hospital de referencia (Hospital 12 de Octubre) del informe de enfermería al alta (1999).

- Elaboración de 8 protocolos de coordinación con el Hospital 12 de Octubre con el objetivo de mejorar la calidad y asegurar la continuidad de los cuidados enfermeros tras el alta hospitalaria.

**B. Formación e investigación:**

– Inclusión de la metodología de enfermería como línea estratégica en el Documento Marco de Formación Continuada (2000).

– Desarrollo de 2 proyectos de investigación financiados por el FIS, cuyo soporte metodológico se ha sustentando en la utilización de las distintas etapas del proceso enfermero.

**C. Estrategias de gestión:**

– Inclusión de la utilización de la metodología de enfermería como criterio de evaluación para la incentivación de los profesionales (2001), tanto individualmente como en los EAP.

– Establecimiento en los contratos de gestión de los EAP de un pacto de planes de cuidados: se define tanto el número como el tipo de diagnósticos a realizar (potenciando las áreas de cuidados que menos se manejan).

– Presentación y análisis sistemático, en los consejos de gestión, de los resultados de la monitorización periódica de los indicadores de cuidados.

– En el año 2001 se constituyó la Comisión de Cuidados Enfermeros que ha impulsado todas y cada una de las estrategias de desarrollo y aplicación de la metodología enfermera.

**D. Sistema de información específico de planes de cuidados:**

– Diseño de un sistema de registro de DdE: en formato papel al inicio y a partir de 2001 registro de todo el proceso a través del módulo de planes de cuidados de la historia clínica informatizada (HCI) (OMI-AP). Este gestor de planes de cuidados utiliza como modelo de valoración los patrones funcionales de salud de Marjory Gordon, y las clasificaciones NANDA y NIC para el registro de los diagnósticos y las intervenciones de enfermería, respectivamente.

– Elaboración de un sistema de retroalimentación de la información a los profesionales: con los resultados obtenidos en cada evaluación de planes de cuidados (anual y trimestral) se elaboran informes para cada EAP en los que se muestran los indicadores alcanzados, tanto por profesional como por el conjunto del equipo. Además, se comparan esos indicadores con los pactados en el contrato de gestión y con los alcanzados en su distrito y en el conjunto del Área.

**Proceso de evaluación**

En el marco de planificación estratégica del Área (modelo EFQM de excelencia), se inició en el año 2001 un programa de mejora de la calidad en la prestación de cuidados de enfermería, evaluando desde entonces los indicadores de cuidados definidos.

**Diseño y ámbito del estudio**

Estudio descriptivo, transversal, realizado en la totalidad de EAP (42) del Área 11 de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid (429 enfermeras; 830.000 habitantes).

**Período de evaluación**

El período de estudio comprendió desde el 1 de enero de 2001 hasta el 31 de diciembre de 2004. La evaluación

global se realizó con periodicidad anual (años naturales), monitorizando trimestralmente los indicadores de proceso.

**Indicadores de evaluación****A. Indicadores de estructura:**

– Número de enfermeras que realizan DdE.

– Lugar de realización del diagnóstico: centro/domicilio.

**B. Indicadores de proceso:**

– Frecuencia de DdE: frecuencia absoluta; distribución por PFS, por sexo, por grupos de edad, por meses...

– Calidad global: cumplimiento de las distintas etapas del PE: (valoración + diagnóstico + objetivos + intervenciones + evaluación)/5

– Servicios de cartera en los que se encuentra incluido el paciente en el que se ha realizado el plan de cuidados.

– Número de seguimientos realizados hasta que se produce el alta del proceso.

**C. Indicadores de resultado:**

– Efectividad: evolución del plan de cuidados: alta por resolución/alta por abandono/buena evolución/mala evolución (evolución positiva = alta por resolución + buena evolución).

– Tiempo de resolución: tiempo transcurrido desde el diagnóstico hasta el alta.

**D. Indicador sintético de planes de cuidados (ICE):**

– Integra datos cuantitativos (frecuencia) con datos cualitativos (calidad). ICE = total DdE × calidad global.

– Todos los indicadores se desagregan en el ámbito de área, distrito, EAP y enfermera.

**Grupos de evaluación**

La evaluación de los indicadores se realiza por grupos mixtos, constituidos por profesionales de los EAP (normalmente responsable de cuidados y responsables de enfermería) y miembros de la comisión de cuidados del Área (dirección y subdirecciones de enfermería, técnicos de la gerencia y profesionales de los EAP pertenecientes a esta comisión).

**Análisis estadístico**

En el análisis de las variables cuantitativas se han calculado las medias y las desviaciones típicas; en las cualitativas se han obtenido los porcentajes y su intervalo de confianza (IC). Para realizar la comparación de proporciones se empleó la prueba de la  $\chi^2$ . La significación elegida es del 0,05. Los cálculos se han realizado con el programa informático EPIDAT 3.0.

**Resultados**

En la tabla 1 se presentan los resultados más significativos alcanzados en los últimos 4 años. Cabe destacar como el

Tabla 1. Monitorización indicadores clave

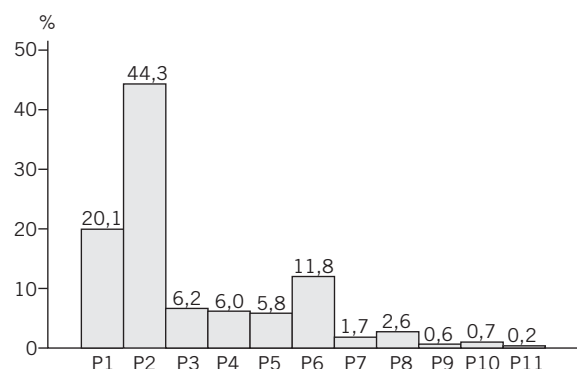
Indicadores			2001	2002	2003	2004
Datos demográficos	Edad	% de planes de cuidados realizados en $\geq 65$ años	–	–	50	49
		% de planes de cuidados realizados en $< 14$ años	–	–	5,1	8
	Sexo	% de planes de cuidados realizados en mujeres	–	–	60,7	58,6
Estructura	Número de enfermeras que han realizado planes		271	354	392	454
	% de DdE realizados en el domicilio del paciente		–	21	19,7	9,7
Proceso	Frecuencia de diagnósticos de enfermería (incidencia)		5.129	10.362	14.595	20.729
	Calidad global del proceso		78,6%	81,8%	89,4%	90,5%
Resultado	Efectividad (evolución positiva planes de cuidados)		–	69,8%	75,4%	74,2%
Índice sintético	Evolución del ICE		10,8	22,4	33,9	49

DdE: diagnósticos de enfermería; ICE: indicador de cuidados enfermeros.

Tabla 2. Diagnósticos de enfermería más frecuentes (2001-2004)

Diagnóstico de enfermería	Frecuencia absoluta	Porcentaje relativo	Porcentaje acumulado
Deterioro de la integridad cutánea	10.774	21,2	21,2
Desequilibrio nutricional por exceso	9.295	18,3	39,5
Riesgo de infección	3.306	6,5	46,0
Trastorno de la percepción sensorial (especificar)	3.291	6,5	52,5
Conductas generadoras de salud	2.294	4,5	57,0
Estreñimiento	1.301	2,6	59,6
Deterioro de la movilidad física	1.320	2,6	62,1
Deterioro de la integridad tisular	1.223	2,4	64,6
Deterioro del patrón de sueño	953	1,9	66,4
Riesgo de deterioro de la integridad cutánea	829	1,6	68,1
Desequilibrio nutricional por defecto	543	1,1	69,1
Deterioro de la deambulación	501	1,0	70,1
Manejo inefectivo del régimen terapéutico personal	590	1,2	71,3
Manejo efectivo del régimen terapéutico	291	0,6	71,9
Manejo inefectivo del régimen terapéutico familiar	244	0,5	72,3

Figura 1. Diagnósticos de enfermería agrupados por patrones funcionales de salud (%).



P1: Percepción/mantenimiento de la salud  
 P2: Nutricional/metabólico  
 P3: Eliminación  
 P4: Actividad/ejercicio  
 P5: Sueño/descanso  
 P6: Cognitivo/perceptivo  
 P7: Auto percepción/autoconcepto  
 P8: Rol/relaciones  
 P9: Sexualidad/reproducción  
 P10: Adaptación/tolerancia al estrés  
 P11: Valores/creencias

número de enfermeras (incluidos suplentes) que realizan DdE ha pasado de 271 en el año 2001 a 454 en el año 2004 ( $\uparrow 167\%$ ). La frecuencia absoluta de DdE realizados desde el año 2001 (casos nuevos) ha sido de 50.815. Pese a que hay una gran variabilidad de diagnósticos NANDA identificados (128), se puede reseñar que hay un determinado número de diagnósticos que son muy habituales, de tal manera que los 15 primeros DdE, ordenados según frecuencia, suponen prácticamente el 72% del total de diagnósticos (tabla 2). Si se agrupan los DdE por PFS (fig. 1), se observa como un elevado porcentaje de los diagnósticos utilizados pertenece a la esfera biológica de la persona, mientras que los diagnósticos de las esferas psicológica y social se utilizan menos. El indicador de calidad global mantiene un incremento continuado, y en el

Tabla 3. Tiempo medio de resolución de algunos problemas de cuidados (2003-2004)

Código NANDA	Diagnóstico	Días de resolución	
	Etiqueta	Media	Desviación típica
00061	Cansancio en el desempeño del rol de cuidador	101,0	9,6
00095	Deterioro del patrón de sueño	88,6	48,1
00001	Desequilibrio nutricional: por exceso	56,7	43,1
00078	Manejo inefectivo del régimen terapéutico	51,1	39,0
00011	Estreñimiento	36,7	33,6
00088	Deterioro de la deambulación	25,8	24,8
00047	Riesgo de deterioro de la integridad cutánea	22,5	33,3
00028	Riesgo de déficit de volumen de líquidos	19,5	12,0
00046	Deterioro de la integridad cutánea	17,0	25,1
00126	Conocimientos deficientes	13,5	21,5

Tabla 4. Relación de las variables independientes: domicilio, sexo e inclusión en cartera de servicios con los indicadores de proceso (calidad global) y resultado (evaluación positiva)

Domicilio		Indicador de proceso		Indicador de resultado		
2003	Calidad global (IC del 95 %)	$\chi^2$	p	Evolución positiva (IC del 95 %)	$\chi^2$	p
Domicilio	91,7% (87,9-95,4)	1,27	0,25	74,8% (70,6-78,9)	2,69	0,1
Centro salud	89,1% (87,0-91,2)			80,4% (75,7-85,4)		
2004	Calidad global (IC del 95 %)	$\chi^2$	p	Evolución positiva (IC del 95 %)	$\chi^2$	p
Domicilio	92,5% (88,6-90,4)	0,1	0,75	82,1% (75,1-89,0)	0,01	0,9
Centro salud	91,8% (90,4-93,1)			82,5% (81,1-84,8)		

Sexo		Indicador de proceso		Indicador de resultado		
2003	Calidad global (IC del 95 %)	$\chi^2$	p	Evolución positiva (IC del 95 %)	$\chi^2$	p
Femenino	89,0% (86,6-91,3)	0,68	0,4	73,2% (65,8-80,6)	1,18	0,27
Masculino	90,6% (87,7-93,4)			78,0% (74,6-81,4)		
2004	Calidad global (IC del 95 %)	$\chi^2$	p	Evolución positiva (IC del 95 %)	$\chi^2$	p
Femenino	91,3% (89,5-93,0)	0,95	0,33	79,7% (76,6-82,8)	7,54	0,006
Masculino	92,6% (90,6-94,5)			85,9% (82,8-88,9)		

Cartera de servicios		Indicador de proceso		Indicador de resultado		
2003	Calidad global (IC del 95 %)	$\chi^2$	p	Evolución positiva (IC del 95 %)	$\chi^2$	p
Incluido	90,4% (88,6-92,2)	12,4	0,0004	76,3% (73,1-79,5)	4,8	0,002
No incluido	76,9% (66,6-87,2)			96,3% (89,2-100)		
2004	Calidad global (IC del 95 %)	$\chi^2$	p	Evolución positiva (IC del 95 %)	$\chi^2$	p
Incluido	92,8% (91,5-94,0)	16,23	0,0001	82,2% (79,9-84,5)	0,47	0,48
No incluido	84,7% (79,7-89,7)			84,7% (78,2-91,1)		

año 2004 se situó en el 90,5% y el indicador de capacidad de resolución o evolución positiva de planes de cuidados se ha situado, en los 2 últimos años, en torno al 75% de los problemas atendidos. EL ICE (indicador de cuidados enfer-

meros) se ha incrementado un 350% (10,8 en 2001 y 49,0 en 2004). En la tabla 3 se observa cuáles han sido los tiempos medios de resolución de determinados problemas de cuidados en los 2 últimos años.

Con el fin de mejorar la fiabilidad del análisis de los datos concernientes a la efectividad, en el año 2003 se comenzó a realizar análisis de la relación de variables independientes de estructura con los indicadores de proceso (calidad) y resultado (evolución positiva) de la aplicación del proceso enfermero. Los principales resultados alcanzados se muestran en la tabla 4.

## Discusión

Los resultados de utilización del PE y de DdE son muy positivos si los comparamos con la bibliografía revisada. Así, en el estudio de Izquierdo et al<sup>26</sup>, realizado en 2002 en el ámbito nacional, se obtuvo que el 33% de los enfermeros de AP utilizaban la metodología enfermera. En el contexto internacional, el estudio de Martin<sup>30</sup> acerca del uso de DdE por las Nurse Practitioner's en Estados Unidos, refleja que el 50% utiliza DdE en su práctica clínica.

Por lo que respecta al tipo de DdE utilizados, cabe reseñar que el elevado porcentaje de problemas identificados por las enfermeras pertenecientes a la esfera biológica de la persona (nutrición, actividad, eliminación...), se repite en la mayoría de los estudios<sup>31,32</sup> y posiblemente se deba a que es en este campo "más biomédico" donde las enfermeras han trabajado habitualmente en AP. También es importante reseñar el hecho de que pocos DdE (15), supongan más del 70% del porcentaje de utilización total. Este dato, confirmado también en otros estudios<sup>33,34</sup>, corrobora que las enfermeras identifican y abordan los problemas que les son más propios y en los que mejor manejan las intervenciones a llevar a cabo (posible sesgo de selección).

En cuanto al indicador de calidad global, consideramos que los resultados obtenidos son bastante satisfactorios y nos informan de un elevado grado de utilización de las distintas etapas del proceso enfermero. Santamaría et al<sup>35</sup> en el Área 3 de Madrid, utilizaron en su estudio un indicador cualitativo ("calidad general") en el que obtuvieron resultados muy similares. Sin embargo, Flores<sup>36</sup>, en un estudio con población mayor de 65 años en el Área 2 de Madrid, utilizó un criterio de evaluación que denominó "plan de cuidados correcto", en el que se alcanzó un cumplimiento del 33%.

Por lo que se refiere a los indicadores acerca de la efectividad enfermera o capacidad de resolución, se considera que los resultados alcanzados son muy positivos (75% de evolución positiva). Es necesario profundizar en esta línea de investigación, ya que en el marco de trabajo actual (incremento continuo de las necesidades de cuidados y de cuidados más especializados) es fundamental evidenciar los resultados que esta metodología de trabajo produce en la salud de la población<sup>37-40</sup>. En esta línea de trabajo, en la Conferencia Europea "Building a European Nursing Research Strategy"<sup>41</sup>, celebrada en 1999 por el Instituto de Salud Carlos III, se estableció entre las prioridades de investigación en enfermería una específica acerca de resultados en salud: "Resultados en salud: calidad de los cuidados, satisfacción de usuarios y profesionales, efectividad clínica y calidad de vida". Para poder medir estos resultados en salud, sensibles a la práctica

enfermera, es necesario definir el CMBDE (conjunto mínimo básico de datos enfermeros)<sup>42</sup>, que permita evaluar más allá de la visión tradicional de la contribución enfermera a los resultados en salud (actividad asistencial, satisfacción del paciente), en función de las respuestas humanas y permitiendo establecer con mayor precisión los límites del impacto de los cuidados en la salud de la población<sup>43</sup>. Como dice Siles<sup>44</sup>, todo ser humano y toda sociedad son en cada etapa histórica pasada, presente o futura, lo que fueron, son y serán capaces de demostrar. Las enfermeras deben dar a conocer su aportación a la sociedad, haciendo visible su trabajo diario y, en este sentido, la oferta de servicios efectivos de impacto poblacional se antoja como una de las más potentes vías de visualización de la población de la competencia enfermera<sup>45</sup>.

En el análisis de la posible relación que hay entre variables independientes (lugar de diagnóstico, sexo e inclusión en cartera de servicios) con variables de proceso (calidad global) y resultado (capacidad de resolución), se objetiva que el lugar de diagnóstico (centro/domicilio) no influye ni en los indicadores de proceso ni en los de resultado. En cuanto a la variable sexo, se observa que en el año 2004 la capacidad de resolución de los problemas de cuidados en varones (85,9%) es superior a la que se produce en mujeres (79,7%), y la diferencia es estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ). Por lo que se refiere a la inclusión en cartera de servicios, los planes de cuidados realizados en pacientes que están incluidos en otros servicios de cartera presentan mejores indicadores de calidad global. Sin embargo, los no incluidos en otros servicios presentaron en el año 2003 unos mejores indicadores de resultado; y en ambos casos las diferencias fueron significativas ( $p < 0,05$ ). Este dato, posiblemente se deba a que los pacientes incluidos en más servicios de cartera acuden con mayor frecuencia a la consultas de la enfermera, por lo que el cumplimiento de todas las etapas del proceso enfermero (especialmente el seguimiento) es más factible, mientras que en los no incluidos, aunque el seguimiento disminuye (menor calidad), se incrementa la capacidad de resolución ya que el paciente sólo acude a consulta de la enfermera por ese problema de cuidados que se le está tratando.

En cuanto a la utilización de un ICE, nos parece importante señalar que nos ha resultado muy útil, ya que ha permitido estandarizar y comparar los resultados en cada nivel de desagregación (Área, distrito, EAP y enfermera) en muchos aspectos (cargas de trabajo, incentivos...), y se ha convertido en el indicador de referencia en el Área acerca de los planes de cuidados. De hecho, y teniendo en cuenta la potencialidad de este tipo de índice sintético, en la actualidad se está elaborando un nuevo indicador sintético de planes de cuidados que incluye además de los datos de frecuencia y calidad que hasta la fecha recoge el ICE los siguientes aspectos:

- *Valor técnico* de cada DdE que permita ponderar los DdE en función de una serie de criterios: carga de trabajo, expectativa de resolución (pronóstico), autopercepción del paciente de ese problema de cuidados, repercusión social del problema y recursos necesarios.

En función del valor técnico de los DdE, se podrá calcular para cada profesional o EAP un nuevo indicador, el ICMC (índice de complejidad media de los casos atendidos).



– *Base poblacional*: tanto el número de DdE como el total de planes realizados debe estar en relación con la población asignada.

– *Efectividad (capacidad de resolución)*: se considera necesario incluir en este índice sintético la aportación que la enfermera hace en términos de resultados en salud de la población.

En conclusión, teniendo en cuenta los resultados alcanzados, se puede considerar que las líneas de trabajo establecidas para implementar el uso de la metodología de enfermería han sido efectivas y que las enfermeras/os de AP del Área 11 de Madrid utilizan el PE como metodología de trabajo en su práctica asistencial, y participan del modelo de excelencia de la organización con su aportación disciplinar específica e integran como proceso clave de la organización el cuidado de la población.

En el marco de búsqueda de excelencia en el proceso del cuidado, es importante destacar los buenos resultados alcanzados en términos de efectividad enfermera y la necesidad de proseguir con esta línea de análisis.

Por último, reseñar que se considera fundamental disponer de un sistema de información específico acerca de planes de cuidados que nos informe de esta parte fundamental de los servicios que prestan las enfermeras en AP (a través de los indicadores claves definidos), y que permita hacer visible la aportación que en términos de resultados en salud realizan estos profesionales a la comunidad.

## Agradecimientos

A Ángel Abad, Esther Ullán, Concepción Carrera e Inés Soto, ex directores de enfermería del Área 11, que con su tesón, ilusión y, sobre todo, gran dedicación y profesionalidad fueron capaces de involucrar a todas las enfermeras del Área en este nuevo enfoque del trabajo enfermero.

A todas/os las enfermeras/os del Área 11 de AP de Madrid que con su esfuerzo diario contribuyen al desarrollo del rol autónomo de la profesión y a la mejora continua de los cuidados de la población.

A Marta Aguilera y el grupo de trabajo sobre “Estandarización de Planes de Cuidados” de la Subdirección General de AP del Insalud, por su capacidad para modificar la perspectiva de la “cartera de servicios” con un punto de vista “mucho más enfermero”.

## Bibliografía

- Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre Estructuras Básicas de Salud. BOE n.º 27 de 1 de febrero de 1984.
- Real Decreto 1231/2001, de 8 de noviembre, por el que se aprueban los Estatutos Generales de la Organización Colegial de Enfermería de España, del Consejo General y de Ordenación de la actividad profesional de enfermería. BOE n.º 269 de 9 de noviembre de 2001.
- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS). BOE n.º 280 de 22 de noviembre de 2003.
- Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería. BOE n.º 108 de 6 de mayo de 2005.
- Oficina Regional Europea de la OMS. Salud 21. Salud para todos en el siglo XXI. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, OMS; 1999.
- Alfaro-Lefevre R. Aplicación del Proceso Enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración. Barcelona: Masson; 2003.
- Consejo Internacional de Enfermería. Internacional Classification for Nursing Practice (ICNP®) Version 1.0. Ginebra: ICN; 2005.
- AENOR. Informática sanitaria. Integración de un modelo de terminología de referencia para enfermería (UNE-EN ISO 18104:2004). Madrid: AENOR; 2004.
- NANDA. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificaciones 2005-2006. Madrid: Elsevier España S.A.; 2005.
- McCloskey JC, Bulechek GM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 4.ª ed. Barcelona: Harcourt; 2004.
- Johnson M, Mass M, Moorhead S. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 3.ª ed. Barcelona: Harcourt; 2004.
- Rivero Cuadrado A, Pajares Costal C, Pacheco del Cerro E, Rodríguez Gómez JA, Cozar Ruiz R, Cobos Serrano SL. Proyecto NIPE: Normalización de las Intervenciones para la Práctica de la Enfermería. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Consejo General de Enfermería; 2002.
- College of Registered Nurse of Nova Scotia. Standards for Nursing Practice [en línea] 2004 [acceso 28 de octubre de 2005]:1-20. Disponible en: <http://www.crnns.ca/documents/standards2004.pdf>
- National Association of Pediatric Nurse Practitioners. Scope and Standards of practice [en línea] 2004 [acceso 28 de octubre de 2005]:1-6. Disponible en: <http://www.napnap.org/Docs/FinalScope2-25.pdf>
- American Nurses Association. Scope and standards of public health nursing practice [en línea] 2005 [acceso 28 de octubre de 2005]:1-61. Disponible en: <http://www.nursingworld.org/practice/publichealthnursing.pdf>
- College of Registered Nurses of British Columbia. Scope of Practice for Registered Nurses (Standards, Limits and Conditions) [en línea] 2005 [acceso 28 de octubre de 2005]:1-40. Disponible en: <http://www.crnbc.ca/downloads/433-scope.pdf>
- Insalud. Subdirección General de Atención Primaria. Desarrollo de planes de cuidados de Atención Primaria. Madrid. N.º Publ Insalud 1807;2001.
- Martínez M, Custey MA, Francisco MA, Ferrer C, Flores E, Alcalá MJ, et al. Razones para la utilización de los diagnósticos enfermeros. Enferm Clin. 1996;6:179-80.
- Puig L, Martí M, Farras C. Diagnósticos de Enfermería en Atención Primaria. Situación actual en la provincia de Lérida. Enferm Cient. 1995;164-5:47-53.
- Raña Lama CD. Diagnósticos de Enfermería: Líneas de Investigación en Atención Primaria de Salud. Enferm Cient. 1999; 208-9:28-30.
- Raña CD, Pita R, Conceiro A, Fernández I, García CM. Opinión de las enfermeras de atención primaria en el área sanitaria de A Coruña sobre la utilización de los diagnósticos de enfermería. Enferm Clin. 2004;14:77-82.

22. Novo MM, Rodríguez JA, Sicilia I, Izquierdo D, Daroqui P. Proceso de implantación de Diagnósticos de Enfermería en EAP de la provincia de Santa Cruz de Tenerife. *Index Enferm.* 1995;IV:92.
23. Martín E, García F, Asenjo A. Diagnósticos de Enfermería. Estrategias de implantación. *Rev Rol Enferm.* 1997;225:57-62.
24. Duarte Climents G, Montesinos Afonso N. El consenso como estrategia de implementación del diagnóstico enfermero, valoraciones estandarizadas y selección de etiquetas diagnósticas. *Enferm Clin.* 1999;9:142-51.
25. Mañá González M, Mesas Sáez A. Impacto de una estrategia de implantación de diagnósticos de enfermería en un área de atención primaria. *Enferm Clin.* 2002;12:193-200.
26. Izquierdo JM, Pérez MB, Ramírez FJ, Serrano I, Torres MD, Conde G. Implantación del proceso enfermero. *Rev Rol Enferm.* 2002;25:488-93.
27. García R, Martínez E, Arnal R, Cañada A. Trabajar con método científico. *Rev Rol Enferm.* 2004;27:15-18.
28. Trigueros P, San Martín M, Ballesteros AM, López P. Situación actual de los Diagnósticos de Enfermería en el Área de salud de Atención Primaria de Palencia. *Metas Enferm.* 2003;3:6-10.
29. Insalud. Guía Metodológica de Enfermería. Madrid: Área 11 de Atención Primaria; 1996.
30. Martin K. Nurse practitioners' use of nursing diagnosis. *Nurs Diagn* 1995;6:9-15.
31. Lee T, Mills ME. The relationship among medical diagnosis, nursing diagnosis, and nursing intervention and the implications for home health care. *J Prof Nurs.* 2000;16:84-91.
32. Clavería M. Diagnósticos de enfermería utilizados por un equipo de atención domiciliar socio-sanitaria. *Enferm Cient.* 1997;182-3:49-54.
33. Álvarez I, Ohara R, Casado E, Castañeda E, Galán JM, Morilla JC. Diagnósticos aplicados a población incapacitada. *Rev Rol Enferm.* 1997;226:25-8.
34. Thoroddsen A, Thorsteinsson HS. Nursing diagnosis taxonomy across the Atlantic Ocean: congruence between nurse's charting and the NANDA taxonomy. *J Adv Nurs.* 2002;37:372-81.
35. Santamaría JM, Soto I, López S, Vega R. Experiencia en el desarrollo de los sistemas de información de planes de cuidados en Atención Primaria (Área 3-Madrid). *Revista de la SEMAP.* 2002;3:8-11.
36. Flores E. Diagnósticos enfermeros en atención primaria en la población anciana mayor de 65 años. *Enferm Clin.* 1996;6:242-8.
37. Vázquez MA, Bueno M, Casals JL, García JM. Diagnósticos de enfermería sobre riesgos. Análisis coste-efectividad. *Rev Rol Enferm.* 1998;237:27-32.
38. Mark BA, Salyer J, Wan TTH. Professional nursing practice: impact on organizational and patient outcomes. *J Nurs Adm.* 2003;33:224-34.
39. Spilsbury K, Meyer J. Defining the nursing contribution to patient outcome: lessons from a review of the literature examining nursing outcomes, skill mix and changing roles. *J Clin Nurs.* 2001;10:3-14.
40. Staub MM. Quality of nursing diagnosis and patient satisfaction. A review of the literature. *Pflege.* 2001;14:230-8.
41. Instituto de Salud Carlos III. Building a European Nursing Research Strategy. Final Report. Madrid: ISCIII; 1999:57-8.
42. Maas ML, Delaney C. Nursing process outcome linkage research: issues, current status, and health policy implications. *Med Care.* 2004;42 2 Suppl:40-8.
43. Morales Asencio JM. Investigación de Resultados en Enfermería. El camino hacia la efectividad de los cuidados. *Index Enferm.* 2004;13:37-41.
44. Siles J. Historia de la enfermería. Alicante: Aguaclara; 1999.
45. De Pedro JE, Morales JM. Las organizaciones, ¿favorecen o dificultan una práctica enfermera basada en la evidencia? *Index Enferm.* 2004;13:26-31.