

La asignación de Enfermería Primaria; una forma de gestionar los cuidados en Atención Especializada

Rosario García Juárez, Luis Fuentes Cebada,
María José Cabeza de Vaca Pedrosa, Antonio Pineda Soriano,
José Jesús Montero Vallejo e Isidoro Jiménez Pérez
Dirección de Enfermería del Hospital Puerta del Mar. Cádiz

Introducción

Con frecuencia observamos que la organización de los servicios de enfermería en la práctica, en los hospitales de nuestro país, dista mucho de responder a un modelo centrado en el paciente y su necesidad de cuidados. La bibliografía nos muestra la existencia de una clara relación entre la forma en que la enfermería se organiza y la calidad de los cuidados que presta.

Entre las causas de esta situación se identifican:

1. Una tradición de práctica basada en la distribución de tareas que fragmenta el cuidado, en la que cada uno de los miembros del personal es responsable solo de las tareas que se hayan hecho durante un turno de servicio.
2. Confusión en el rol: *El hecho de que las enfermeras en las instituciones [...]*

hayan tenido históricamente múltiples roles ha tendido a oscurecer su rol central de proporcionar cuidados de enfermería a los que los necesitan ¹.

Una prestación de atención continuada durante 24 horas, los 365 días del año que hace necesario un sistema de rotación de profesionales a turnos, en el que un mismo paciente es atendido por varios enfermeros en un corto período de tiempo.

En nuestros días no se concibe una prestación de cuidados de calidad sin el uso de metodología enfermera. El proceso de enfermería requiere el marco de un modelo conceptual que identifique claramente nuestro ámbito disciplinar. Además, en cualquier modelo la relación enfermera-paciente cobra una especial relevancia y existe un punto en común: la enfermera aborda al paciente de una forma integral.

Una de las líneas de acción del Contrato Programa 2001-2004 del Servicio Andaluz de Salud para hospitales recoge: *El Hospital deberá tender hacia un modelo de asistencia más cooperativo y personalizado, donde el paciente tendrá un único médico y enfermera responsables de su proceso*². Ahora bien, en una atención de 24 horas de prestación de cuidados por diferentes profesionales de enfermería, ¿cómo se establecerá la persona responsable del proceso? Concretamente es en este obstáculo donde nos hemos centrado y planteado una respuesta.

Si examinamos nuestra forma actual de gestión de cuidados con capacidad autocrítica, podemos considerar que nos hallamos ante la posibilidad de aplicar un plan de mejora: *Los planes de mejora son programas de actividades que persiguen el desarrollo competencial del sujeto a un nivel de comportamiento observable, con un impacto directo y positivo en su desempeño*³. Así pues, nuestro objetivo es mejorar el desarrollo profesional individual y aumentar la eficacia de los profesionales sustituyendo paulatinamente el sistema de trabajo actual por otro centrado en la personalización y continuidad de los cuidados, que concilie el desarrollo profesional con la vida familiar de los profesionales. Para ello se ha diseñado un pro-

yecto de gestión de cuidados para las unidades de hospitalización de nuestro hospital que se fundamenta en tres premisas claves:

- La implementación de metodología enfermera en estas unidades diseñando un ambicioso programa formativo.
- La asignación enfermera-paciente rediseñando la organización de la actividad enfermera en las unidades.
- La aceptación de los profesionales se considera elemento clave para llevar a cabo el proyecto, por lo que se mantiene el actual sistema de turnos.

Material y método

La Enfermería Primaria es un concepto de organización que apareció en las décadas de los sesenta y setenta en los Estados Unidos. Posteriormente fue usado en Gran Bretaña en la década de los ochenta. Marie Manthey ha sido la figura que comenzó su desarrollo en EE.UU.

Refleja una filosofía de enfermería y una forma de organización del cuidado enfermero, centrando la práctica enfermera en el paciente, potenciando las relaciones personales y la humanización en el cuidado para que éste pueda tomar el control y responsabilizarse de su salud⁴.

Manthey la define como un sistema deliberado por las enfermeras que facilita la práctica de la enfermería profesional a pesar de la naturaleza burocrática de los hospitales³.

La organización del servicio enfermero debe garantizar la continuidad a lo largo de la estancia de la persona, siendo la asignación enfermera-paciente el mayor garante de este requisito. Se entiende por enfermera responsable del paciente aquella que valora e identifica necesidades de cuidado del paciente y su familia, planifica las intervenciones necesarias y evalúa los resultados alcanzados, estableciendo los canales necesarios para que continúen cuando el paciente es dado de alta. Cada enfermera requiere un doble rol: responsable de los pacientes y colaboradora en la ejecución de intervenciones del resto que le corresponden en cada turno⁴.

Los obstáculos identificados en la literatura para implantar este sistema de asignación enfermera-paciente, residen en los profesionales y, hasta la fecha, no hay publicado ni un solo argumento clínico que lo contraindique⁵.

Siguiendo a Kront⁶ *la enfermería primaria es un concepto, una idea, no una serie rígida de reglas grabadas en piedra [...]*, por ello, debemos tener siempre presente que la introducción de un modelo de

Enfermería Primaria debe ser flexible, primando la calidad del cuidado y la calidad de vida de los profesionales. La aplicación de modelos rígidos que impliquen un cambio importante en los turnos, no consensuado con los trabajadores, y por tanto, que afecten negativamente a su vida familiar, van a estar abocados al rechazo de los profesionales, y por tanto, al fracaso.

Teniendo como base este modelo o filosofía de cuidados, se eligen las unidades donde se podría iniciar un cambio, realizándose en ellas un análisis previo a la implementación del modelo basado en las siguientes variables:

1. Número de camas.
2. Procesos prevalentes, perfil de los pacientes ingresados.
3. Plantilla de enfermería de la unidad.
4. Distribución y turnos del personal.
5. Distribución y forma de trabajo actual de enfermería.
6. Uso de metodología y formación de las enfermeras.
7. Liderazgo del supervisor.

Se eligen dos unidades diana o piloto: una perteneciente al área de hospitalización médica (Unidad de Infecciosos) y otra del área quirúrgica (Unidad de Patología Mamaria), ambas con importantes diferencias en los siguientes aspectos:

– Cargas de trabajo: existen diferencias considerables entre la proporción de intervenciones enfermeras derivadas del rol independiente y las derivadas del rol de colaboración; además las cargas de trabajo derivadas de las necesidades de los pacientes son diferentes.

– Perfil de pacientes sobre la base de diagnósticos enfermeros.

– Estancias medias. Una unidad quirúrgica con menor estancia media frente a una unidad médica donde los pacientes pasan mayor tiempo ingresados y regresan con frecuencia.

– La Unidad de Patología Mamaria es una Unidad Clínica de Gestión, de reciente creación, y la Unidad de Infecciosos es una Unidad con 25 años de antigüedad, con personal estable, donde tradicionalmente se trabaja por tareas.

Descripción de la Unidades

Unidad de Medicina Interna/Infecciosos

1. Veintiseis camas y un hospital de día.

2. Procesos prevalentes: proceso pluriopatológico, proceso VIH-sida.

3. Perfil del paciente: utilizando la taxonomía NANDA (clasificación de diagnósticos enfermeros) los diagnósticos enfermeros que encontramos con mayor frecuencia en estos pacientes son los que se muestran a continuación en la tabla I.

4. La plantilla de enfermería la forman 12 enfermeros y 9 auxiliares de enfermería: una enfermera en turno habitual de mañana (unidad de hospitalización), una enfermera en turno habitual de mañana

Enfermos pluripatológicos	Enfermos con infección VIH
Manejo inefectivo del régimen terapéutico individual y familiar	Manejo inefectivo del régimen terapéutico
Incontinencia urinaria total o funcional	Baja autoestima crónica
Incontinencia fecal	Ansiedad
Riesgo de estreñimiento	Afrontamiento inefectivo
Deterioro de la movilidad física	Incumplimiento de tratamiento
Déficit de autocuidado (AVD)	Riesgo de infección
Confusión aguda	Patrón sexual inefectivo
Cansancio en el desempeño del rol de cuidador	Manejo inefectivo de la salud
Afrontamiento familiar comprometido	
Deterioro de la integridad cutánea (y diagnóstico de riesgo)	

Tabla I. Diagnósticos enfermeros más frecuentes en la Unidad de Medicina Interna/Infecciosos

(hospital de día), un auxiliar de enfermería en turno habitual de mañana, 8 enfermeros y 8 auxiliares de enfermería en turno rotatorio y dos enfermeros en turno habitual de noche.

5. La distribución y los turnos del personal quedan reflejados en la tabla 2.

6. Modelo de distribución del trabajo previo a la implantación del modelo alternativo que presentamos:

– La enfermera en turno habitual de mañana tiene una asignación de tareas o funciones. Cuando uno de los enfermeros en turno rotatorio (y que debería encontrarse de mañana) está ausente por algún motivo, la enfermera de mañana se hace cargo de los enfermos ingresados en sus camas ese día.

– Los enfermeros en turno rotatorio y noche tienen asignación de camas por turno, uno tiene asignadas 12 y otro 14 camas respectivamente. Siempre tienen asignadas las mismas camas durante los diferentes turnos que desempeñan.

– La enfermera de hospital de día trabaja con asignación de pacientes.

7. Uso de metodología y formación: no se trabaja con metodología enfermera, no se realizan valoraciones ni planes de cuidados, y en el momento del análisis (junio de 2003), se cumplieron 6 informes de continuidad de cuidados por primera vez.

	Enfermeros	Auxiliares
Mañana	3 + 1	3
Tarde	2	2
Noche	2	1

M	M	T	T	N	L	L	L
M	M	T	TN	L	L	L	L

Tabla 2. Distribución y turnos del personal en la Unidad de Medicina Interna/Infecciosos

El 25 % de los enfermeros tiene formación en metodología, pero ninguna auxiliar la tiene.

8. Liderazgo del supervisor: supervisor con prestigio entre los enfermeros de la unidad, formación en metodología y liderazgo.

Unidad de Patología Mamaria

1. Doce camas.

2. Procesos prevalentes: proceso cáncer de mama.

3. Perfil del paciente: utilizando la taxonomía NANDA los diagnósticos enfermeros que encontramos con mayor frecuencia en estos enfermos son los que se muestran en la tabla 3.

4. Plantilla de enfermería: 6 enfermeros y 6 auxiliares de enfermería: una enfermera en turno habitual de mañana, un auxiliar de enfermería en turno habitual de mañana, 4 enfermeros y 4 auxiliares

Enfermas con cáncer de mama
Temor
Conocimientos deficientes
Trastorno de la imagen corporal
Riesgo de infección
Deterioro de la movilidad física
Duelo anticipado
Conflicto de decisiones

Tabla 3. Diagnósticos enfermeros más frecuentes en la Unidad de Patología Mamaria

de enfermería en turno rotatorio y un enfermero y una auxiliar en turno habitual de noche.

5. La distribución y los turnos del personal se reflejan en la tabla 4.

6. Distribución del trabajo al inicio del proyecto: al ser una Unidad Clínica de reciente creación, la organización del trabajo se diseña con asignación de pacientes.

7. Uso de metodología y formación: todas las enfermeras y auxiliares de la

	Enfermeros	Auxiliares
Mañana	2	2
Tarde	1	1
Noche	1	1

M	M	T	T	N	L	L	L
---	---	---	---	---	---	---	---

Tabla 4. Distribución y turnos del personal en la Unidad de Patología Mamaria

Unidad reciben formación en metodología antes de comenzar a funcionar la Unidad de Gestión Clínica.

8. Liderazgo del supervisor: supervisor con prestigio entre los enfermeros de la unidad, formación en metodología y liderazgo.

Definición y funciones del enfermero primario

El enfermero primario es el que vela porque su paciente reciba los cuidados enfermeros que necesite en función del conocimiento científico-técnico, evidencia y recursos disponibles. Su responsabilidad se extiende a las 24 horas del día y a todos los días que el paciente esté afectado por el proceso que causa su ingreso.

Sus funciones son realizar una valoración integral del paciente, identificar los diagnósticos enfermeros y diseñar el plan de cuidados a su ingreso. Es el responsable de poner en conocimiento del resto del equipo el plan de cuidados, incluyendo los diagnósticos identificados, los objetivos (resultados) e intervenciones a realizar. Para ello usa las taxonomías NANDA, NOC (clasificación de resultados enfermeros) y NIC (clasificación de intervenciones enfermeras).

El paciente y/o su cuidadora deben identificarlo, así como el resto del equipo de salud.

Es el responsable de registrar en la historia clínica del paciente el plan de cuidados y es el responsable de la coordinación del resto de profesionales que realizan alguna actuación sobre su paciente.

Se encarga de elaborar el informe de continuidad de cuidados al alta o traslado, para lo cual debe prever ésta con antelación suficiente según su turno de trabajo.

Es el profesional de referencia para la comunicación entre asistencia primaria y especializada.

Recibe ayuda para la realización de las intervenciones de enfermeros asociados, que se ocupan del cuidado del paciente cuando él está de descanso. Ningún asociado debe alterar el plan de cuidados marcado por un enfermero primario sin consulta o causa justificada.

En intentos previos de implementar modelos de asignación de pacientes se ha cometido el error de asignar la responsabilidad del plan de cuidados al profesional que recibía al paciente al ingreso; esto hacía que algunos pacientes fueran atendidos inicialmente por un enfermero al que, a veces, no volvían a ver durante días, debido al sistema de turnos.

Para evitar que se produzcan situaciones como la anteriormente descrita, establecemos el límite para realizar la valoración del paciente en las primeras 24 horas al ingreso y asignaremos el paciente al enfermero que más tiempo vaya a pasar con él durante los días siguientes.

Asignación de pacientes

El enfermero primario de un paciente determinado será aquel que esté realizando alguna de sus dos mañanas y esté a cargo de esa habitación en el momento del ingreso del paciente, aunque éste se produzca en una franja horaria fuera del turno de trabajo de ese enfermero.

Los turnos de trabajo en la Unidad de Infecciosos en la de Patología Mamaria son los que se muestran en la tabla 5.

El período de asignación es diferente en las dos Unidades debido a que en la Unidad de Patología Mamaria la estancia media es menor que en la Unidad de Infecciosos, por el carácter eminentemente quirúrgico de los pacientes. Así, con esta pequeña modificación en la asignación se aseguraba una mayor coincidencia en el tiempo entre el paciente y su enfermero. La Unidad de Infecciosos, al tener una mayor estancia media, no precisaba dicha modificación.

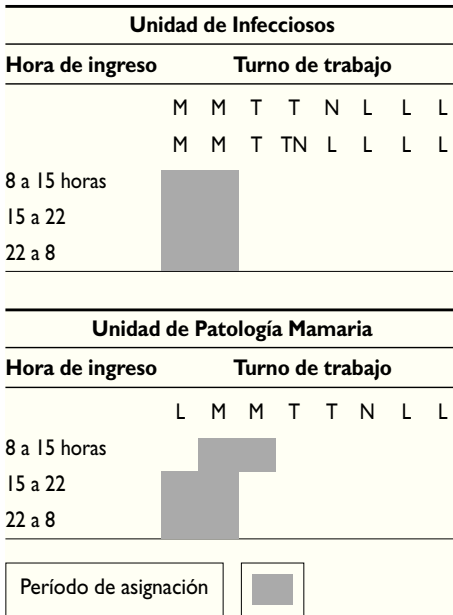


Tabla 5. Turnos de trabajo en la Unidad de Infecciosos y en la de Patología Mamaria

Los enfermeros de turno fijo de noche no son referentes para ningún paciente. Tres motivos fundamentan esta decisión:

1. Es difícil que el enfermero llegue a desarrollar con el paciente una relación personal de confianza-ayuda, que le permita elaborar conjuntamente un plan de cuidados, debido al horario de interacción personal.
2. Los enfermeros de noche no se ocupan siempre del cuidado de los mismos pacientes.
3. Uno de los objetivos principales de este sistema de trabajo es garantizar la continuidad de cuidados del paciente: el

turno de noche tiene poca relación con el resto de profesionales que intervienen en el proceso (médicos, trabajadores sociales, fisioterapeutas, enfermeros comunitarios de enlace, etc.), debido a la incompatibilidad horaria, por lo que la continuidad quedaría dificultada.

Distribución del trabajo tras la aplicación del método

- Enfermera de mañana: seguirá realizando funciones y será asociada para todos los pacientes. Aunque posteriormente se lleva a cabo una modificación para solventar uno de los problemas identificados.
- Enfermeros en turno rotatorio: son primarios para algunos pacientes y asociados para otros.
- Enfermeros en turno de noche: son asociados.

Resultados

La fecha de comienzo de implementación fue en septiembre de 2003.

En la actualidad disponemos de un sistema de gestión de cuidados enfermeros que contempla la asignación enfermera-paciente en las dos unidades diana.

Durante el período de implantación se han observado problemas que dificultaban llevar a la práctica este sistema y que se han resuelto gracias a la participación

de los profesionales de las unidades implicadas. Entre ellos podemos destacar:

1. Demoras en la valoración: puede ocurrir que un paciente no conozca a su enfermero primario hasta las 24 horas posteriores a su ingreso, lo que en ocasiones preocupa a los profesionales por la posibilidad de no detectar necesidades urgentes de solucionar; esto se ha resuelto realizándose una valoración rápida de estas necesidades por parte del enfermero que recibe al paciente, recogiendo esta valoración por escrito para que sirva de base al enfermero primario.

2. Ausencias del enfermero que a priori sería primario: en estos casos la enfermera en turno habitual de mañana pasa a ser la enfermera primaria de esos pacientes; de esta forma además aseguramos que la enfermera de mañana que suele ser el pilar fundamental de la unidad, se implique más en este sistema.

3. Cambios de turno entre los enfermeros: ya sea sólo cambiar el turno con otro profesional llevando los mismos pacientes o cambios que además supongan tener otros pacientes a los que cuidar. Se decide que los cambios no afectarán a la asignación.

4. Volumen excesivo de ingresos: en ocasiones se han producido muchos ingresos en un mismo día que hubieran correspondido a un mismo enfermero. Se

ha resuelto mediante la reasignación de pacientes por parte de la supervisora.

5. Falta de práctica en el desarrollo de metodología: ha supuesto un serio inconveniente, pues el cambio de organización supuso además una necesidad de formación. Todo el personal de enfermería se ha formado en metodología. Actualmente las unidades se encuentran en un proceso creciente de juicio diagnóstico. Las sesiones de enfermería se presentan como la principal herramienta formativa que permite homogeneizar criterios y disminuir la variabilidad en la práctica clínica.

6. Informes de continuidad de cuidados: en ocasiones el alta del paciente se produce cuando su enfermera primaria está de descanso, la estrecha colaboración entre los distintos profesionales que intervienen en la atención de los pacientes permite la planificación al alta, lo que garantizará la no-ruptura de los cuidados en pacientes frágiles que siguen necesitando atención domiciliaria. El enfermero que esté al cuidado de ese paciente esa mañana puede redactar el informe de acuerdo con el plan prefijado por su enfermero primario.

Cada vez más pacientes conocen el nombre de su enfermero primario. Aún necesitamos tiempo para que los enfermeros interioricen esta "filosofía de cuidados" y acepten y disfruten de su rol enfermero.

Discusión

A la vista de los resultados podemos concluir que:

1. El modelo de asignación de Enfermería Primaria es una buena opción que posibilita llevar a la práctica, en nuestro hospital, un sistema de trabajo con asignación de pacientes que a su vez permite trabajar con metodología enfermera.

2. Facilita la personalización y continuidad en los cuidados sin afectar a la vida familiar de los profesionales que conservan su mismo turno laboral.

3. Además este sistema permite delimitar responsabilidad legal y fomenta en los enfermeros la asunción de responsabilidad profesional.

4. Aunque otros autores aseguran que la satisfacción profesional de las enfermeras aumenta con el grado de responsabilidad que asumen, en la toma de decisiones sobre el cuidado de sus pacientes. Es aconsejable establecer un mecanismo de medida de la efectividad de la asignación, valorando cómo lo percibe el paciente y el profesional de enfermería.

5. Estamos en disposición de continuar con la ampliación de esta forma de gestión hacia otras unidades. Consideramos que se han colocado las primeras piedras para un importante cambio cultural en el ámbito de organización.

Llevando estas ideas al campo de la concreción, consideramos necesario introducir este sistema en las unidades de forma progresiva, comenzando por asignar enfermeras primarias a pacientes que ingresen con el proceso asistencial prevalente o característico de cada una de las Unidades, de modo que los enfermeros y enfermeras vayan asumiendo también de forma progresiva este cambio cultural para posteriormente, y en un período de tiempo relativamente corto, asumir la responsabilidad del cuidado integral de todos los pacientes a su cargo. Para ello es un pilar fundamental la gestión de la formación en función de los intereses de los pacientes y la organización.

Sin duda, la informatización del proceso enfermero es una herramienta clave para el desarrollo de cuidados de calidad sustentados en la asignación enfermera-paciente y el uso de metodología enfermera, que contribuyan al avance de nuestra profesión.

Agradecimientos

Nuestro agradecimiento a los profesionales de las unidades de Infecciosos y Patología Mamaria, sin cuyo entusiasmo e implicación no habría sido posible llevar a la práctica este proyecto.

BIBLIOGRAFÍA

1. Orem DE. Conceptos de Enfermería en la Práctica. Barcelona: Masson-Salvat, 1993.
2. Contrato Programa 2001-2004 del Servicio Andaluz de Salud. Hospital de Especialidades Puerta del Mar. Año 2003. Junta de Andalucía. Consejería de Salud.
3. Delgado A. Desarrollo profesional y mejora del rendimiento (high performance). Capital Humano 2002; p. 151.
4. Pontin D. Primary nursing: a mode of care or a philosophy of nursing. Integrate literature reviews and meta-analyses. Journal of Advanced Nursing 1999;29(3):584-91.
5. Personalización de la atención: médico y enfermera responsable de cada paciente. Servicio Andaluz de Salud: Acuerdo de Gestión 2002.
6. Kron T. Liderazgo y administración en enfermería. 5th ed. Interamericana, 1983.
7. Manthey M. A teorical framework for primary nursing. Journal of Nursing Administration 1980.
8. Plan Marco de Calidad y Eficiencia de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.
9. Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.
10. Miralles González L. La Gestión de Personas: una filosofía humanista. Consejería de Salud. Junta de Andalucía, 2003.
11. Huber D. Liderazgo y administración en enfermería. México: McGraw Hill Interamericana, 1999.
12. Marriner A. Gestión y dirección de enfermería. Barcelona: Mosby, 2001.
13. Wright. Mi paciente mi enfermera. Barcelona: Doyma, 1990.
14. Antolí i Sasot J. La enfermera de referencia, su satisfacción laboral y la del paciente. Enfermería Clínica; 8 (2).
15. Sauchón Macías, López González, Nespral Gaztelumendi, Santos Abaunza. La Enfermería Primaria: problemas para su implantación. Enfermería Científica 1995; p. 164-165.
16. Elpern E. Structural and organizational supports for primary nursing. Nursing Clinics of North America 1977;12:205-19.
17. Alfaro R. Aplicación del Proceso Enfermero. Barcelona: Springer, 2003.
18. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2003-2004. NANDA. Madrid: Harcourt, 2003.

19. Carpenito LJ. Diagnósticos de Enfermería. Aplicaciones a la Práctica Clínica. 9th ed. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana, 2002.
20. Gordon Marjory. Manual de Diagnósticos Enfermeros. Mosby, 2003.
21. García Palacios R, Tejuca Marengo M, Tejuca Marengo A, Carmona Valiente C, Salcés Sáez E, Fuentes Cebada L. Plan de cuidados personalizado aplicando la taxonomía II NANDA, NOC y NIC. Revista de Sociedad Española de Enfermería Nefrológica 2002; p. 17.
22. McCloskey B. Clasificación de Intervenciones de Enfermería. NIC. Proyecto de Intervenciones Iowa. University of Iowa. Mosby: College of Nursing, 2001.
23. Johnson, Maas, Moohead. Clasificación de Resultados de Enfermería. NOC. Proyecto de Resultados Iowa. University of Iowa. Mosby: College of Nursing, 2000.
24. Johnson M, Bulechek G, McCloskey Dochterman J, Maas M, Moohead S. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. Linkages. Center for Nursing Classification. University of Iowa. Mosby: College of Nursing, 2001.

