LA RAC EN LA GESTIÓN DE CUIDADOS ENFERMEROS DE URGENCIAS

AUTOR: Porcel Gálvez, Ana M^ª*

*Enfermera. Unidad Especial y Urgencias. Hospital Alto Guadalquivir. Andújar. Jaén.

JUSTIFICACIÓN

Este artículo es fruto del trabajo compartido, desde hace ahora seis años, con un equipo de profesionales, a los que se nos brindó la oportunidad de trabajar prestando nuestros cuidados lejos de los planteamientos tradicionales, en una Empresa Sanitaria perteneciente al Sistema Sanitario Público de Andalucía: El Hospital Alto Guadalquivir (Andújar). Organización con visión innovadora tanto en lo tecnológico, organizativo como en lo asistencial.

Ofreciendo los siguientes valores garantes de su asistencia sanitaria, de forma continuada, integral, personalizada y de calidad, como bien queda reflejado en la Memoria de 2003:

- Hospital al SERVICIO del ciudadano, abierto a ellos, en el que representan el centro de todo el sistema, cuya finalidad es cubrir sus necesidades y demandas en materia de salud.
- Los profesionales son considerados como una comunidad de individuos cuyas relaciones están basadas en la CONFIANZA, la COMPETENCIA y el COMPROMISO con los objetivos comunes.
- Vocación INTEGRADORA y de COOPERACIÓN entre sus profesionales y los profesionales sanitarios del área.
- Los planteamientos de gestión responden a una organización MODERNA, con la finalidad de conseguir el más alto nivel de PRODUCTIVIDAD, INNOVACIÓN y eficiencia.
- El LIDERAZGO se ejerce en todos los niveles de la organización.
- La CALIDAD se plantea como una cultura asumida por toda la organización.

La razón de ser de las enfermeras es la existencia de pacientes que necesitan de nuestro cuidado. Y es precisamente la preocupación por ofrecer unos cuidados urgentes garantes de calidad, la que me ha hecho plantearme la pregunta a cerca de:

- ¿Cómo cuidamos en Urgencias?

...cuestión que en definitiva y aunque no es mi pretensión realizar un análisis profundo de la misma, intentaré dar respuesta por que es la que da sentido a este artículo.

¿CÓMO CUIDAMOS EN URGENCIAS?

2.1. Revisión: De los modelos conceptuales a los modelos de práctica enfermera.

Bernavent Garcés y col. citan que los **Modelos Conceptuales**, no son otra cosa que “*la representación resultante de las distintas miradas que las enfermeras dirigimos hacia el proceso de cuidar.*”

A sí mismo defienden que esta realidad a la que nos referimos queda limitada por una serie de coordenadas que conforman un **Marco Referencial** o lo que J. Fawcet (1996) denomina **Metaparadigma**, que son los conceptos globales del fenómeno de interés de la disciplina de enfermería, o sea *persona, salud, entorno y las propias acciones de enfermería*, los cuales han sido *conceptualizados de manera diferente* por distintas enfermeras para dar lugar a la generación de *modelos conceptuales*.

La prueba de un modelo en la práctica y el análisis de sus resultados nos permitirán llegar a desarrollar una teoría enfermera que como afirma Marriner Tomey y Raile Alligood (1999) nos ayudará a “adquirir conocimientos que permiten perfeccionar las prácticas cotidianas mediante la descripción, explicación, predicción y control de los fenómenos”.

Las teorías son un conjunto de conceptos interrelacionados que permiten describir, explicar y predecir el fenómeno de interés para la disciplina, por lo tanto se convierten en un elemento indispensable para la práctica profesional, ya que facilitan la forma de describir y explicar y predecir el fenómeno del cuidado.

Es fundamental enmarcar, que la aplicación de los modelos y teorías de enfermería se deben de reflejar en el **proceso de atención de enfermería o PAE**, como método de trabajo enfermero.

Como cita McFarlene (1988) *“La enfermería es una disciplina práctica, y si las ideas innovadoras no surgen de la práctica serán inevitablemente irreales y carecerán de utilidad. Del mismo modo, la práctica desprovista de bases teóricas no es una disciplina práctica es la ejecución de unos ritos que no guardan relación con las necesidades de cuidados de salud de los individuos y de la Sociedad”*.

Para López Alonso S.R, (2004), el estudio de la práctica enfermera debe extenderse al entorno que rodea las intervenciones, y que junto a éstas, influyen directamente sobre los resultados clínicos, y consecuentemente, sobre los instituciones. Precisamente son estas dimensiones estructurales y contextuales de la práctica enfermera las que representa un **Modelo de Práctica Enfermera (MPE)** en Brebbab PF, 1998.

2.2. Rol y modelos históricos de práctica profesional

Como afirma Brennan (1988) los Modelos de Práctica Enfermera constituyen representaciones multidimensionales de la estructura y contexto que se dan en el ejercicio de la práctica clínica de cualquier grupo de enfermeras.

Analizando la literatura puedo resumir que existen principalmente tres modelos o métodos de prestación del cuidado, tal y como queda recogido por Hurber D. (1999): Método funcional, método de equipo y método de asignación primaria. Que a modo de resumen pasaré a describir brevemente:

➤ **Método funcional:**

- En este método el cuidado asistencial se divide en tareas separadas. Estas se llevan a cabo dependiendo de la complejidad de cada tarea en función del criterio y el conocimiento técnico, así como de la preparación de cada uno de los miembros del personal. Así una enfermera se encargaría de realizar las curas, otra de realizar las extracciones sanguíneas y por ejemplo una última de realizar educación para la salud.
- **La ventaja** del método de asignación por funciones es que cada enfermera puede convertirse en un verdadero experto en la realización de la tarea en la que se ha especializado. A medida que aumenta la experiencia, se consigue una mayor rapidez y eficacia. En consecuencia, con la dotación por funciones es posible que un número relativamente pequeño de personal de enfermería asista a un gran número de pacientes, en un período de tiempo relativamente corto.
- **La desventaja** del método es la asistencia la paciente de forma fragmentada, la responsabilidad de la asistencia a un paciente está repartida entre varias enfermeras, generando finalmente una asistencia fragmentada y despersonalizada.

➤ **Método de equipos:**

- La enfermería de equipo fue proyectada para proporcionar mejor cuidado al paciente con el personal disponible. Está cimentada en la suposición de que cada paciente tiene el derecho de recibir el mejor cuidado que se pueda proporcionar, y todos los trabajadores tienen el derecho de recibir ayuda para efectuar el mejor trabajo que estén capacitados para hacer. El énfasis de la enfermería de equipo está en hacer uso de las aptitudes de cada trabajador para el bien de cada paciente.
- En el método de equipo existe una enfermera titulada que es la responsable final del cuidado del paciente, que generalmente se encarga de la administración de la medicación parenteral, es la que tiene el contacto con los facultativos, y planifica los cuidados de los pacientes. Componen su equipo: auxiliares, celadores,... coordina las actividades de estos miembros, de manera que el esfuerzo total del grupo exceda, en cierta forma, a la suma de sus esfuerzos individuales.
- **En el peor de los casos**, el resultado de esta distribución del trabajo no es la acción coordinada del equipo, sino la producción en cadena (una persona reparte las comidas, otra realiza el aseo, otra administra la medicación y los tratamientos...).

➤ **Método integral:**

- En el método integral de asignación, la enfermera a quien se le asigna un paciente ingresado es la responsable de su asistencia durante toda su estancia en dicha institución, después de darle de alta, y durante cualquier reingreso posterior para recibir asistencia en la misma institución.
- Como enfermera integral tiene la responsabilidad total de la asistencia a sus pacientes, no sólo debe de cumplir su cometido cuando está de servicio, sino que también debe de establecer una continuidad en los cuidados cuando se encuentra libre. Para conseguir esto, la enfermera integral designa a una enfermera de cada turno como “enfermera asociada” para cada uno de sus pacientes y le da instrucciones en cuanto a la manera de atender a estos pacientes durante su ausencia. Es bastante habitual que una enfermera integral que está libre, telefonee a la enfermera asociada para mantenerse al corriente en cuanto al estado del paciente o para hacer sugerencias acerca de su tratamiento.
- Cuando la enfermería integral queda instituida en una organización, la gestora de enfermería debería darse cuenta de que cuando el rol de la enfermera de base pasa del de cumplidora pasiva de órdenes al de solucionadora de problemas autodirigida, el rol de la jefa de equipo también debe modificarse, esta debe de actuar como asesora, fuente de recursos y gestora del control de calidad.
- Las enfermeras integrales están mejor informadas a cerca del estado y necesidades de sus pacientes que ningún otro profesional de enfermería y son las que planifican y evalúan la asistencia que prestan ellas y las enfermeras asociadas.

Para concluir en este apartado es de imperativo mencionar a clásicas en este tipo de temas como son Aiken y Havens, donde ponen de manifiesto cómo está estructurada la organización en la que ejercen las enfermeras y la influencia que esto tiene sobre los resultados en la mortalidad y el abandono profesional o la satisfacción de los pacientes. A este respecto es de interés destacar la revisión realizada por Gálvez Toro, A (2003) de la figura del Hospital Magnético como el mayor ejemplo de la Calidad y la Satisfacción enfermera.

2.3. ¿De dónde venimos y hacia donde vamos las enfermeras de Urgencias?

Las Urgencias y sus cuidados admiten una importante diversidad de estilos de práctica. En el ámbito de lo Urgente las enfermeras prestan sus cuidados según sus creencias, adaptándose a los valores y estilo de la Organización dónde se encuentran. Cabe mencionar que muchas de nosotras reconoceríamos situaciones en las que no permitiríamos que un paciente estuviese acompañado por uno o varios familiares y si nos preguntásemos por qué es así, no hallaríamos una respuesta lógica basada en el paciente, sino una estructuración de conceptos en referencia a la Institución donde estemos prestando nuestra asistencia. Del mismo modo frente a dicha situación y suponiendo que fuera permitido por la institución la compañía del paciente, nosotras en base a nuestras creencias y estilo de práctica lo asumiríamos o no.

De manera que podemos pasar desde la concepción de ofrecer unos cuidados basados en las técnicas, delegando la responsabilidad en otros profesionales... a ofertar unos cuidados personalizados con obligaciones y responsabilidades fijas.

Es precisamente en este ámbito, donde surge una práctica enfermera como gestora de los cuidados de los pacientes y de las actividades de los distintos profesionales vinculados con las Urgencias: la Rac como modelo práctico para la excelencia en la atención al paciente. Esto se materializa en la consulta RAC como garante de la atención individualizada. La Consulta RAC en el Hospital Alto Guadalquivir es pionera como consulta de enfermería en la atención urgente y es gestionada por enfermeras mediante el desarrollo del proceso enfermero.

La gestión Rac de los cuidados en el ámbito Urgente permite la personalización de estos en la práctica profesional y admite cualquier tipo de estandarizaciones de clasificación.

CONCLUSIONES:

1. El cuidado es la razón de ser de las enfermeras de Urgencias, somos nosotras las responsables del conocimiento en cuidados urgentes y es a nosotras a las que nos toca impulsar los cambios para el desarrollo de la calidad y el buen hacer enfermero.
2. Es nuestro fin hacernos con el liderazgo colectivo, de tal manera que la salud no sea el objetivo de unos cuantos profesionales sino de toda la sociedad

BIBLIOGRAFÍA.

1. Aiken LH, Smith H & Lake, ET. Lower Medicare Mortality Among A Set Hospitals Known For Good Nursing Care. Medical Care, 1994; 32(8):771-787.
2. Benavent Garcés M.A., Francisco Del Rey C., Ferrer Ferrandis E. Fundamentos De Enfermería I. Desde El Origen De La Enfermería A La Disciplina Enfermera: Los Modelos De Cuidados. Pág.147-160.
3. Brennan PF, Anthony MK. Nursing Practice Models: Implications For Information System Design. Journal Of Nursing Administration. 1998. 28(10), 26-31.
4. Fawcett, J. (1996) Analysis And Evaluation Of Conceptual Models Of Nursing 3rd Ed. Philadelphia: F.A. Davis.
5. Gálvez Toro, A. Satisfacción De La Enfermera Y Calidad Del Cuidado. Evidentia 2004 Ene-Abr; 1 (1).
6. Harber Diane. "Liderazgo y Administración En Enfermería". Mac Graw Hil-Interamericana. México 1999.

7. López Alonso SR; Revisión Crítica Sobre Los Modelos De Práctica Enfermera y sus Resultados. Index De Enfermería, Granada 2004; 44- 45:32-36.
8. Marriner Tomey, A; Raile Alligood, M. Modelos Y Teorías En Enfermería. Madrid. Harcourt Brace. 1999
9. Mcfarlane, J. “Importancia De Los Modelos Para El Cuidado”. En Kreshaw, B.; Salvage, J. Modelos De Enfermería. Barcelona: Doyma. 1988.
10. Memoria 2002, Hospital Alto Guadalquivir. Andújar. Diciembre De 2003. pág.15
11. Romero Nieva J, Y Col. Marco Referencial De Enfermería De Urgencias Y Emergencias. Madrid 2002.