

Revisada en
2006
Incluye
Suplemento

Julio de 2002

Guía de buenas prácticas en enfermería
Cómo enfocar el futuro de la enfermería

Atención orientada al paciente



investen
isciii



RNAO

Registered Nurses' Association of Ontario
L'Association des infirmières et infirmiers
autorisés de l'Ontario



Saludo de Doris Grinspun
Directora ejecutiva
Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario

La Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (en lo sucesivo RNAO, por sus siglas en inglés) se complace en ofrecer esta Guía de buenas prácticas en enfermería. Las prácticas basadas en la evidencia respaldan la entrega y excelente servicio que las enfermeras ofrecemos en nuestra labor cotidiana.

Queremos expresar nuestro profundo agradecimiento a todas las instituciones y particulares que hacen posible la iniciativa de RNAO de una Guía de buenas prácticas en enfermería (NBPG, según sus siglas en inglés). El Ministerio de Sanidad y Atención a Crónicos de Ontario ha reconocido la capacidad de la RNAO para liderar el desarrollo de este programa, y ofrece para ello su financiación plurianual. La Directora del programa NBPG, Irmajean Bajnok RN, PhD y la Directora asociada, Heather McConell RN, MScN, junto con su equipo de expertos, están sacando el programa adelante con determinación y proyectándolo más lejos de lo que en principio cabía esperar. La comunidad de enfermeras, con su compromiso y dedicación a la excelencia en el trabajo, aporta sus conocimientos e incontables horas de esfuerzo para la creación y evaluación de cada una de las Guías. Los responsables de la contratación han respondido con entusiasmo a la solicitud de ofertas y están realizando pruebas piloto de las Guías en sus organizaciones..

Ahora es el momento de la prueba definitiva: ¿Utilizarán las enfermeras las Guías en su labor cotidiana?

El uso eficaz de estas Guías requiere el esfuerzo conjunto de cuatro grupos profesionales: las propias enfermeras, otros colegas del sector sanitario, los responsables de formación en el ámbito académico o laboral y los responsables de la contratación. Tras haber asimilado estas Guías, las enfermeras experimentadas y estudiantes de enfermería, precisan un entorno laboral de apoyo para poder aplicarlas a la vida real.

Es nuestro deseo que estas y otras Guías se compartan con los miembros del equipo multidisciplinar. Tenemos mucho que aprender los unos de los otros. Juntos, podemos asegurarnos de que los ciudadanos de Ontario reciban la mejor atención posible siempre que traten con nosotros. Hagamos que ellos sean los verdaderos beneficiarios de nuestro esfuerzo.

La RNAO continuará trabajando con ahínco en el desarrollo y la evaluación de futuras Guías. ¡Que la puesta en marcha se desarrolle con éxito!

Doris Grinspun, RN, MScN, PhD (candidate)

Directora ejecutiva
Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO)



Saludo de Teresa Moreno-Casbas, Responsable de la Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería, Investén-isciii, Instituto de Salud Carlos III de España

La Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investén-isciii) se complace en presentar las Guías de buenas prácticas en enfermería, realizadas por la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO), en su versión traducida al español, para que puedan ser utilizadas por todos los profesionales de la salud hispanohablantes.

Desde Investén-isciii nos sumamos a la iniciativa de transformar la enfermería a través del conocimiento, ya que entendemos que los cuidados seguros y de calidad deben apoyarse en los resultados de la investigación multidisciplinar en este ámbito y en el intercambio de conocimientos entre profesionales de dentro y fuera de nuestras fronteras. Por ello iniciamos este proyecto, con el que pretendemos que las Guías de buenas prácticas puedan ser incorporadas a la actividad de los diferentes profesionales de la salud hispanohablantes.

Quiero aprovechar esta ocasión para solicitar vuestra ayuda en la difusión, implantación y utilización de estas Guías. La profesión enfermera, y especialmente aquellos que reciben nuestros cuidados, resultarán directamente beneficiados.

Investén-isciii y la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario os agradecen de antemano vuestra colaboración, al tiempo que os animan a continuar contribuyendo al desarrollo de la Práctica clínica Basada en la Evidencia.

"La traducción de estos documentos ha sido posible gracias a la financiación del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, a través del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud, coordinada por el Centro Colaborador Español del Instituto Joanna Briggs para los cuidados de salud basados en la evidencia perteneciente a la Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investén-isciii)".

Directora de la Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investén-isciii)
Instituto de Salud Carlos III de España.
Madrid Enero 2011.

Cómo utilizar este documento

Esta Guía de buenas prácticas en enfermería es un documento exhaustivo que ofrece los recursos necesarios para la práctica de la enfermería basada en la evidencia. Debe ser revisada y puesta en práctica en función de las necesidades específicas de la institución o del entorno e instalaciones, así como de las necesidades y preferencias del paciente. Las Guías no deben aplicarse de forma literal, sino emplearse como marco de trabajo para ofrecer una atención orientada al paciente.

Las enfermeras, otros profesionales sanitarios y los gestores que se encargan de dirigir y aplicar los cambios en la práctica, hallarán útil este documento de cara al desarrollo de políticas, procedimientos, protocolos, programas educativos, herramientas de documentación y evaluación, etc.

Se recomienda que las Guías se utilicen como una herramienta útil. Es recomendable que las enfermeras asistenciales revisen las recomendaciones, las evidencias en las que se fundamentan dichas recomendaciones, y el proceso utilizado para el desarrollo de las Guías. No obstante, se recomienda encarecidamente que los centros sanitarios adapten el formato de estas Guías, de manera que su uso cotidiano resulte cómodo para el usuario.

Las instituciones que deseen utilizar esta Guía podrán:

- Evaluar las actuales prácticas de enfermería y cuidados sanitarios mediante las recomendaciones de la Guía.
- Identificar las recomendaciones que se ocupan de las necesidades identificadas en los planteamientos prácticos.
- Desarrollar de manera sistemática un plan para la implantación de las recomendaciones mediante el uso de herramientas y recursos asociados.

Mediante la página web de la RNAO, tanto instituciones como particulares podrán acceder a los recursos necesarios para la implantación de la Guía de mejores prácticas. La RNAO está interesada en saber cómo se ha implantado la Guía. Póngase en contacto con nosotros y cuéntenos su experiencia. La experiencia adquirida en los lugares en los que se ha llevado a cabo la implantación piloto se ofrece en esta Guía a través de comentarios aportados por el personal de enfermería, los educadores y los gestores. Estos comentarios proceden del siguiente informe de evaluación:

Edwards, N., et al. (2002). Evaluation of pilot sites implementation. Evaluation Summary: Client centred care. Ottawa, Canada: University of Ottawa.



Miembros del Equipo de Desarrollo de las Guías

Penny Nelligan, RN, MSN

Team Leader

Director

Huron County Health Unit

Clinton, Ontario

Jackie Balfour, RN

Case Manager

Community Care Access Centre Niagara

Member, Ontario Nurses Association

Niagara on the Lake, Ontario

Lisa Connolly, RN(EC), BScN

Primary Health Care Nurse Practitioner

Kitchener Downtown Community

Health Centre

Kitchener, Ontario

Doris Grinspun, RN, MSN, PhD(cand.)

Executive Director

Registered Nurses Association of Ontario

Toronto, Ontario

Christine Jonas-Simpson, RN, PhD

Director, Nursing Research

Sunnybrook & Women's College Health

Sciences Centre

Sunnybrook Campus

Toronto, Ontario

Nancy Lefebvre, RN, MScN

Vice President, Knowledge and Practice

Saint Elizabeth Health Care

Markham, Ontario

Elizabeth Peter, RN, PhD

Assistant Professor

Faculty of Nursing, University of Toronto

Toronto, Ontario

Beryl Pilkington, RN, PhD

Assistant Professor

Atkinson Faculty of Liberal &

Professional Studies

School of Nursing, York University

Toronto, Ontario

Cheryl Reid-Haughian, RN

Clinical Practice Consultant

ParaMed Home Health Care

Carleton Place, Ontario

Karen Sherry, RN, BScN, CPMHN(c)

GRASP Coordinator/ Clinical Coordinator

North Bay Psychiatric Hospital

North Bay, Ontario

Atención orientada al paciente

Equipo de proyecto:

Tazim Virani, RN, MScN
Project Director

Heather McConnell, RN, BScN, MA(Ed)
Project Coordinator

Anne Tait, RN, BScN
Project Coordinator

Carrie Scott
Administrative Assistant

Elaine Gergolas, BA
Administrative Assistant

Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario
Proyecto de Guías de buenas prácticas en enfermería
111 Richmond Street West, Suite 1208
Toronto, Ontario
M5H 2G4
Página web: www.rnao.org



Miembros del equipo de traducción de las guías

Coordinación

Maria Teresa Moreno Casbas, RN, MSc, PhD

Coordinadora científica
Responsable de la Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería, Investén-isciii. Instituto Carlos III, España.

Esther Gónzález María, RN, MSc, PhD candidate

Coordinadora científica
Centro colaborador del Instituto Joanna Briggs, Australia.

Cintia Escandell García, DUE, PhD candidate

Coordinadora técnica
Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería, Investén-isciii. Instituto Carlos III, España.

Traducción

Marta López González

Coordinadora de traducción
Licenciada en Traducción e Interpretación
Universidad Complutense de Madrid, CES Felipe II

María Nebreda Represa

Coordinadora de traducción
Licenciada en Traducción e Interpretación
Universidad de Valladolid

Paula García Manchón

Traductora responsable de proyectos
Licenciada en Traducción e Interpretación.
Universidad Complutense de Madrid, CES Felipe II

Juan Diego López García

Traductor responsable de proyectos
Ldo. en Traducción e Interpretación
Université Jean Moulin Lyon III (Francia) y
Universidad de Granada

Colaboración externa de traducción

Elena Morán López

Lda. en Traducción e Interpretación
Universidad Pontificia Comillas de
Madrid

Clara Isabel Ruiz Ábalo

Lda. en Traducción e Interpretación
Universidad Pontificia Comillas de
Madrid

Jaime Bonet

Ldo. en Traducción e Interpretación
Universidad Complutense de Madrid

Carmen Martínez Pérez-Herrera

Lda. en Traducción e Interpretación
Universidad Complutense de Madrid

Francisco Paredes Maldonado

Ldo. en Lenguas extranjeras aplica-
das y traducción
Universidad de Orléans (Francia)

Aimón Sánchez

Enfermera Especialista en Obstetricia y
Ginecología (Matrona)
Hospital Universitario de Canarias

Tamara Suquet, DUE

Gerens Hill International

Inés Castilla

Enfermera Especialista en Obstetricia y
Ginecología (Matrona)

Pilar Mesa, DUE

Facultad de Enfermería,
Universidad de Córdoba

Juan Carlos Fernández

Fisioterapeuta
Universitat de les Illes Balears

Grupo de revisión

Cintia Escandell García, DUE, PhD candidate

Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería, Investén-isciii. Instituto Carlos III, España.

Pablo Uriel Latorre, DUE

Enfermero de Investigación Clínica
Complejo Hospitalario Universitario A
Coruña A Coruña

Montserrat Gea Sánchez, DUE, PhD candidate

Hospital de Santa Maria. Gestió de Serveis Sanitaris. Lleida

Ana Craviotto Vallejo, DUE

Hospital Universitario Doce de Octubre, Madrid, España

Raquel Sánchez, DUE

Hospital Universitario de Getafe, Madrid, España

Iosune Salinas

Fisioterapeuta
Universitat de les Illes Balears

Agradecimientos

Desde la RNAO queremos agradecer a los siguientes colaboradores su trabajo en la revisión y optimización de esta Guía:

Gabrielle Bridle

Registered Practical Nurse
President - RPNAO
Kitchener, Ontario

Michelle Cooper

President – Integral Visions Consulting Inc.
Ancaster, Ontario

Elizabeth (Liz) Diem

Assistant Professor
School of Nursing, University of Ottawa
Ottawa, Ontario

Patricia Elliott-Miller

Chief Nursing Officer, SCO Health Service
Ottawa, Ontario

Adeline R. Falk-Rafael

Associate Professor
Atkinson Faculty of Liberal &
Professional Studies
School of Nursing, York University
Toronto, Ontario

Mary Ferguson-Paré

Vice President & Chief Nursing Officer
University Health Network
Toronto, Ontario

Helen Heeney

Ontario Society (Coalition) of Senior
Citizens' Organizations
Toronto, Ontario

Susan MacRae

Deputy Director
University of Toronto
Joint Centre for Bioethics
Toronto, Ontario

Barbara Paul

Director of Professional Practice
Lambton Hospitals Group –
Sarnia General Hospital Site
Sarnia, Ontario

Hilda Swirsky

Clinical Nurse, Antepartum/
Postpartum Unit
Mount Sinai Hospital
Toronto, Ontario

Susan D. VanderBent

Executive Director
Ontario Home Health Care
Providers Association
Hamilton, Ontario

Jayne E. White

Director, Specialty Medicine
Peterborough Regional Health Centre
Peterborough, Ontario

La RNAO desea expresar su más sincero agradecimiento por la capacidad de liderazgo y dedicación de los investigadores que han dirigido la fase de evaluación del Proyecto NBPG. El equipo de evaluación lo componen las siguientes personas:

Investigadores principales:

Nancy Edwards, RN, PhD

Barbara Davies, RN, PhD

University of Ottawa

Co-investigadores del equipo de evaluación:

Maureen Dobbins, RN, PhD

Jenny Ploeg, RN, PhD

Jennifer Skelly, RN, PhD

McMaster University

Patricia Griffin, RN, PhD

University of Ottawa

Research Associates

Marilynn Kuhn, MHA

Cindy Hunt, RN, PhD

Mandy Fisher, BN, MSc(cand.)

Agradecemos la colaboración y conocimientos técnicos del Sunnybrook and Women's Health Sciences Centre en la realización de esta Guía de buenas prácticas, dada su experiencia y liderazgo en atención orientada al paciente.

Asimismo, la RNAO quiere agradecer su participación en la prueba piloto de esta Guía a las siguientes instituciones de Welland, Ontario:

Niagara Health System,
Welland County General Hospital Site

Niagara Health System,
Port Colborne General Hospital Site

Niagara Health System,
Welland County General Hospital Site –
Extended Care Unit

Rehab Health Inc., Welland Rehab Centre
Community Care Access Centre Niagara

Información de contacto

Registered Nurses Association of Ontario

Nursing Best Practice Guidelines Project
111 Richmond Street West, Suite 1208
Toronto, Ontario
M5H 2G4

Registered Nurses Association of Ontario

Head Office
438 University Avenue, Suite 1600
Toronto, Ontario
M5G 2K8

Atención Orientada al Paciente

Aviso de Responsabilidad

Estas Guías se ocupan únicamente de la práctica de la enfermería y no de su dimensión económica. El uso de las Guías no es obligatorio para las enfermeras, y debe ser flexible para poder amoldarse a las preferencias del paciente y la familia, así como a las circunstancias particulares. Las Guías no suponen compromiso alguno, pero tampoco eximen de responsabilidades a quienes hacen uso de ellas. Aunque se ha puesto especial énfasis en la precisión de los contenidos en el momento de la publicación, ni los autores de la Guía ni la RNAO garantizan la exactitud de la información recogida en ella, y tampoco asumirán responsabilidad alguna por las pérdidas, perjuicios, lesiones o gastos que deriven de errores u omisiones en su contenido.

Copyright

A excepción de aquellas partes del presente documento en las que se especifique la prohibición o restricción expresa de su reproducción, el resto únicamente puede ser editado, reproducido y publicado en su totalidad, independientemente de su formato (incluido el soporte electrónico), para fines educativos y no comerciales, y con el permiso o consentimiento previo de la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario, siempre que en la Guía reproducida aparezca la siguiente acreditación: Versión española traducida de: Registered Nurses Association of Ontario (2002). Client Centred Care. Toronto, Canada: Registered Nurses Association of Ontario.

Acerca de la traducción

Para realizar la versión española de las Guías de la RNAO se ha contado con la coordinación técnica de un equipo de traductores especializados, licenciados en Traducción e Interpretación, con años de experiencia en el campo de la salud, con los conocimientos culturales y lingüísticos necesarios y todos ellos con el español como lengua materna. A su vez, la revisión ha corrido a cargo de profesionales del cuidado experimentados y conocedores de ambas culturas, y dicha revisión ha sido evaluada de forma independiente. Durante el proceso se han utilizado las más modernas herramientas informáticas de asistencia a la traducción a fin de garantizar la coherencia conceptual y terminológica. Asimismo, se ha realizado la adaptación cultural de los contenidos pertinentes para reflejar la realidad de los países hispanohablantes. Así podemos garantizar una traducción precisa y fluida que cumple los objetivos fijados en la cultura de destino.

Índice de contenidos

Resumen de recomendaciones	11
Responsabilidad en el desarrollo de la guía	13
Objetivos y ámbito de aplicación	13
Proceso de desarrollo de la guía	14
Definiciones	15
Antecedentes	19
Interpretación de la evidencia	21
Recomendaciones para la práctica	22
Recomendaciones para la formación	28
Recomendaciones para la organización y directrices	30
Evaluación y monitorización	35
Proceso de actualización y revisión de la guía	37
Referencias bibliográficas	38
Bibliografía	40
Anexo A - RESUMEN DEL PROGRAMA EDUCATIVO	46
Anexo A1 - Ejemplo de diálogo	58
Anexo A2 - Ejemplo de estudios de casos	61
Anexo B - LISTA DE RECURSOS EDUCATIVOS	64
Anexo C - LECTURAS RECOMENDADAS	69
Anexo D - DOCUMENTACIÓN	70
Anexo E - DESCRIPCIÓN DE LA HERRAMIENTA	72
Anexo F - RESUMEN DE VALORES, PRINCIPIOS Y PROCEDIMIENTOS PRINCIPALES	73

Resumen de recomendaciones

Recomendaciones para la Práctica

Recomendación 1

Para las enfermeras, los valores y principios fundamentales de cara al trato personalizado del paciente son los siguientes: respeto, dignidad, el paciente es experto en su propia vida, el paciente también decide, el equipo de profesionales sanitarios debe trabajar en base a los objetivos que establece el paciente, continuidad y perseverancia del cuidado y el cuidador, puntualidad, capacidad de respuesta y, por último, acceso universal a los servicios sanitarios. En todos los aspectos de los servicios y atenciones al paciente, han de incorporarse y hacerse patentes estos valores y principios.

Recomendaciones para la Formación

Recomendación 2

Para que el proceso formativo se ajuste a la Guía de buenas prácticas, las enfermeras deben participar en él de forma voluntaria, y los costes del programa han de ser asumidos por las instituciones.



Recomendación 3

Los principios de la atención orientada al paciente han de incluirse en el plan de estudios de las enfermeras, estar disponibles como formación continuada, ofrecerse en programas de orientación, y estar disponibles mediante oportunidades de desarrollo profesional en la institución.

Recomendaciones para la organización y directrices

Recomendación 4

Cuando se trata de implantar en el conjunto de una institución, y de manera consecuente, este tipo de cuidados, los servicios de atención sanitaria han de garantizar que todos los profesionales sanitarios, independientemente de sus aptitudes personales, aplican esta práctica como es debido. Esto permite adquirir los conocimientos y capacidades necesarios para que la implicación con los pacientes sea mayor y prevalezca su punto de vista. Asimismo, gracias a los modelos organizativos para la prestación de atención sanitaria, las enfermeras y pacientes pueden establecer una relación continuada y provechosa.



Recomendación 5

Las Guías de buenas prácticas en enfermería únicamente podrán implantarse con éxito si existen unos recursos, planificación y respaldo administrativo e institucional adecuados, así como los medios precisos. Es posible que las instituciones quieran desarrollar un plan de implantación que incluya:

- Evaluación de la disponibilidad institucional y los obstáculos para la formación.
- Compromiso de todos los miembros (ya desempeñen una función de apoyo directa o indirecta) que vayan a contribuir al proceso de implantación.
- Oportunidades continuadas de debate y formación para reforzar la importancia de las buenas prácticas.
- La oportunidad de reflexionar acerca de la propia experiencia en la implantación de las Guías, desde un punto de vista personal e institucional. Para este propósito, la RNAO (a través de un equipo de enfermeras, investigadores y gestores) ha desarrollado la "Herramienta de implantación de Guías de práctica clínica", sobre la base de las evidencias disponibles, las perspectivas teóricas y el consenso. Recomendamos el uso de esta herramienta para la implantación de la Guía de la RNAO sobre atención orientada al paciente.

"A veces encontramos menos dificultades porque nos aproximamos a la raíz de los principales problemas de fondo con el paciente... Los abordamos y vamos al meollo del asunto. Luego, de repente, todos los demás problemas se disipan y... los pacientes están más felices, más felices con el personal y con la atención que reciben, simplemente porque ese día alguien conversó con ellos."

(Centro piloto)

Responsabilidad en el Desarrollo de la Guía

La Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO), con la financiación del Ministerio de Sanidad y Atención a Crónicos de Ontario, se ha embarcado en un proyecto plurianual de desarrollo, implantación piloto, difusión y evaluación de Guías de buenas prácticas en enfermería. En esta segunda fase del proyecto, una de las prioridades es la atención orientada al paciente. Esta Guía la desarrolló un equipo de enfermeras reunidas por la RNAO, que llevó a cabo su trabajo con toda libertad e independencia del Ministerio de Sanidad y Atención a Crónicos de Ontario.

13



Objetivos y ámbito de aplicación

Las Guías de buenas prácticas son documentos desarrollados de manera sistemática que ayudan a los profesionales sanitarios y pacientes a tomar las decisiones oportunas en lo relativo a la atención sanitaria. El objetivo de esta Guía es el desarrollo y el uso, en todos los ámbitos del sistema sanitario, de buenas prácticas "de atención orientada al paciente". De esta manera, el paciente gana en derechos, aumenta su satisfacción y mejora la calidad de la atención y del entorno laboral. El tema central de la Guía es la experiencia del paciente desde su propia perspectiva, para así reducir la vulnerabilidad y poder ganar en control y respeto. La Guía identifica prácticas que facilitan la obtención de resultados en la atención orientada al paciente.

Las recomendaciones principales de esta Guía de buenas prácticas son las siguientes: Recomendaciones para la práctica, incluidos valores, principios y procesos fundamentales. Recomendaciones para la formación para adquirir las destrezas o habilidades incluidas en el perfil requerido para las enfermeras. Recomendaciones para la organización y directrices que reflejen la importancia de un entorno asistencial propicio, de manera que la labor de enfermería pueda desarrollarse a gran nivel. Para ello, es preciso que la implantación de la Guía se vea sometida a una constante evaluación.

Proceso de Desarrollo de la Guía

En mayo de 2000, un equipo de enfermeras con experiencia asistencial, académica y en investigación en el ámbito de la atención orientada al paciente, se reunieron convocadas por la RNAO. Este equipo, con el objetivo de desarrollar la Guía de buenas prácticas, siguió los pasos que se detallan a continuación:

- Se indentificó y definió el objetivo de la Guía.
- Se realizó una búsqueda sistemática de bibliografía.
- Se proyectaron y comentaron vídeos en los que se exponen los principios de la atención orientada al paciente: "Through the Patient's Eyes (a través de la mirada del paciente)" (1994, 1998), "Not My Home (no es mi hogar)" (1994), "Real Stories (historias reales)" (1995), "Finding the Way (encontrar el camino)" (1996).
- El equipo expuso los valores y principios que constituyen la base de la atención orientada al paciente. Esta labor está respaldada por la bibliografía. Igualmente, el equipo examinó estos valores tal y como se refleja en el Código ético del College of Nurses of Ontario (1999) y de la Canadian Nurses Association (1997).
- Se ha llevado a cabo una extensa revisión bibliográfica que incluye investigación, artículos teóricos y artículos relacionados con la práctica clínica y las experiencias de los pacientes. Se identificaron las pruebas que respaldan los principios, y se han recogido las acciones específicas relativas a la enfermería.
- Se han desarrollado informes operativos para cada declaración de principios.
- A través de un proceso de consenso y debate, se han desarrollado recomendaciones para la práctica, la educación, la organización y las directrices.
- Se presentó un borrador de la Guía y se sometió a revisión por colaboradores externos. El asesoramiento recibido se sometió a revisión y se incorporó al borrador de la Guía.
- La implantación piloto de esta Guía de buenas prácticas en enfermería se ha realizado en centros sanitarios seleccionados de Ontario (ver en "Agradecimientos" el listado de los lugares de implantación). Los centros piloto se han identificado mediante un proceso de "solicitud de propuestas" llevado a cabo por la RNAO.
- Para el desarrollo del documento definitivo, se tuvieron en cuenta las aportaciones del centro piloto, los resultados de la evaluación y la actual beca de estudio, determinada mediante una revisión adicional de la bibliografía.



Definiciones

Atención: “La atención sanitaria incluye el comportamiento, la actitud y los conocimientos de las enfermeras. Las enfermeras saben escuchar y mostrar empatía con las opiniones de los pacientes. En general, la atención sanitaria precisa que se reconozca a los pacientes como individuos, mediante una serie de objetivos personales que las enfermeras han de ayudar a conseguir. Los valores y preferencias de los pacientes son una prioridad a la hora de planificar y prestar atención sanitaria, y los valores personales de las enfermeras nunca deben interferir con el derecho de los pacientes a recibir dicha atención” (College of Nurses of Ontario, 1999, p. 3-4).

Atención dirigida al paciente: Una manera de enfocar la prestación de cuidados en la que se considera a los pacientes los verdaderos protagonistas de la atención sanitaria, de manera que reciben aquello que esperan conseguir.

Atención orientada al paciente: Un enfoque en el que los pacientes reciben un trato más cercano. No se trata simplemente de prestar un servicio allí donde se encuentra el paciente. La atención orientada al paciente incluye la defensa, empoderamiento y respeto a su autonomía, opinión, capacidad de acción y participación en la toma de decisiones.

Atención primaria: La definición de la atención primaria se define mejor mediante algunos extractos de la Declaración de Alma Ata (Organización Mundial de la Salud, 1978): “Se trata de atención sanitaria básica basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan asumir, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo y con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. Forma una parte tanto del sistema sanitario del país (del que la atención primaria es eje central y foco principal), como del desarrollo social y económico de la comunidad en su conjunto. Representa la primera toma de contacto de individuos, familias y comunidades con el sistema nacional de salud, y acerca al máximo la atención sanitaria al lugar en que las personas viven y trabajan, constituyendo así la primera piedra del proceso de atención sanitaria continuada” (Artículo VI).

“Atención primaria... 2. Se centra en los principales problemas sanitarios de la comunidad, y para ello proporciona un servicio de promoción, prevención, curación y rehabilitación. 3.

Comprende, cuando menos, la educación sobre los problemas sanitarios predominantes y los métodos para prevenirlos y controlarlos. Promoción de un adecuado aporte de alimentos y una correcta nutrición. Adecuado suministro de agua potable y saneamiento básico. Asistencia materna e infantil, así como planificación familiar. Inmunización contra las principales enfermedades infecciosas. Prevención y control de las enfermedades endémicas locales. Tratamiento apropiado de enfermedades comunes y lesiones, y provisión de medicamentos básicos" (Artículo VII, párrafos 2, 3).

Colaboración: Stanhope y Lancaster (2000) definieron la colaboración en estos términos: "compartir y trabajar codo con codo para alcanzar objetivos comunes, de manera que cualquier individuo o grupo obtenga reconocimiento y se fomente el desarrollo" (p. G5).

Colaboradores: Un colaborador es un individuo, grupo o institución con un interés particular en las decisiones y acciones de las instituciones, y que puede tratar de ejercer su influencia sobre las mismas (Baker et al, 1999). Entre los colaboradores se encuentran todos los individuos o grupos afectados directa o indirectamente por la modificación o solución del problema. Puede haber colaboradores de varias clases, y pueden dividirse entre contrarios, partidarios y neutrales (Ontario Public Health Association, 1996).

Conocimientos: La práctica de la enfermería adquiere sus conocimientos por varias vías (Carper, 1978). El conocimiento empírico procede de la base científica e incluye hechos, modelos y teorías. El conocimiento estético hace referencia al "arte" de la enfermería, donde el conocimiento procede de las relaciones de empatía que la enfermera establece con los pacientes. El conocimiento ético tiene su fundamento en las teorías y principios de la ética. Las enfermeras, a través de un proceso de verificación, defensa y clarificación de situaciones complejas, aportan una visión ética de la atención sanitaria. Los conocimientos personales tienen que ver con el conocimiento, la experiencia y la puesta al día de cada persona a nivel individual. Uno no se conoce a sí mismo: uno simplemente intenta conocerse a sí mismo. Este conocimiento constituye un buen punto de partida a la hora de tratar con los demás y entender al ser humano como individuo (Carper, 1978).

Consenso: Un proceso para la toma de decisiones, y no un método para crear nuevos contenidos. En el mejor de los casos, el consenso solo hace el mejor uso posible de la información de que se dispone, ya se trate de datos científicos o del conocimiento de los participantes (Black et al, 1999).

Ejercicio de reflexión: Un proceso continuo que las enfermeras utilizan para analizar la práctica de la enfermería, evaluar sus puntos fuertes e identificar las maneras de seguir mejorando la práctica, para así dar respuesta a las necesidades de los pacientes. Cuestiones

útiles a la hora de dar forma al proceso de reflexión: "¿Qué he aprendido?", "¿Qué me ha resultado más útil?", "¿Qué más necesito?", "¿Qué tipo de prácticas puedo compartir con los demás?"

Empoderamiento: Wallerstein (1992) define el empoderamiento como "la participación de individuos y comunidades en un proceso de acción social, cuyo objetivo es producir un cambio a nivel individual y colectivo" (p. 202). Un concepto que resulta fundamental para el empoderamiento es que los trabajadores y profesionales de la comunidad han de "comenzar allí donde se encuentra la gente" (Nyswander, 1956, p.69-70). Esto implica que la evaluación inicial y continua de los valores, sentimientos y acciones de los pacientes forma parte de cualquier trabajo comunitario.

Enfermería de atención primaria: Un modelo organizativo de prestación de atención sanitaria que hace hincapié en la continuidad de los cuidados y de los cuidadores. De acuerdo con este modelo, es la misma enfermera la que se encarga de toda la atención que requiere el paciente desde que accede al sistema hasta que se le da de alta. Aquí se incluye la atención sanitaria directa, la coordinación de la atención, la defensa de los intereses del paciente y la educación sanitaria. La cohesión y unidad que de ello resulte son esenciales para obtener resultados positivos y una atención orientada al paciente.

Enfermera responsable: Es una posición destacada para una enfermera que trabaja en el campo de la gestión y la toma de decisiones, cuyo objetivo es influir y defender la práctica profesional de la enfermería a nivel institucional. El individuo tiene su parte de responsabilidad en la mejora de la calidad de la enfermería. Las enfermeras que ocupan estos cargos han de conocerse como directoras de enfermería, responsables de enfermería, etc.

Enfoque humanístico: La base del enfoque humanístico es el conocimiento del paciente y de su punto de vista mediante el diálogo continuado. De esta manera, la enfermera podrá ver al paciente desde un punto de vista más humano, y así reconocer las interrelaciones e interconexiones entre él y su entorno. Esta manera de enfocar la prestación de atención sanitaria se centra en la recuperación de la salud, la armonía y una mayor calidad de vida.

Evidencia: "Una observación, hecho o conjunto organizado de información que da respaldo o justifica deducciones u opiniones de cara a la demostración de algún tema o materia". (Madjar & Walton, 2001, p. 28).

Gestión participativa: El grado de implicación que los gestores esperan de las enfermeras y auxiliares sobre decisiones que afectan al trabajo y a aspectos del entorno laboral. El tipo de gestión participativa se caracteriza porque el gestor solicita al personal su participación y opiniones acerca del entorno de trabajo, y lo involucra en las decisiones que afectan a su

propio trabajo, con lo que le aporta reconocimiento y respaldo en la participación (Ferguson-Paré, 1998).

Paciente: Incluir a individuos, familias y otras personas cercanas, grupos, comunidades y poblaciones.

Personal clínico de referencia: Se trata de enfermeras que aportan su liderazgo en el trabajo diario (por ejemplo: Clinical Nurse Specialists, Professional Practice Leaders, Nurse Clinicians, Clinical Consultants y Nursing Managers, etc.).

Recomendaciones para la formación: Informe de requisitos educativos y planteamientos o estrategias educativas para la introducción, implantación y sostenibilidad de la Guía de buenas prácticas.

Recomendaciones para la organización y directrices: Informes de los requisitos para que los centros sanitarios permitan el correcto desarrollo de la Guía de buenas prácticas. En gran medida, las condiciones para que esto funcione depende de la organización. No obstante, la responsabilidad también puede recaer en mayor grado sobre la política a nivel gubernamental o social.

Recomendaciones para la práctica: Informes de buenas prácticas basados en la evidencia y orientados a la práctica clínica.



"Es como un soplo de aire fresco.... Lo que quiero decir es que, en hoy en día, la atención sanitaria pasa por momentos difíciles en términos económicos. Es como decir ¡Dios mío, no estamos hablando de dinero, estamos hablando de cómo tratamos a los pacientes!" (Centro piloto)

Antecedentes

Desde sus comienzos, uno de los principios fundamentales de la práctica de la enfermería ha sido la dedicación al paciente o usuario. Teóricos de la enfermería como Peplau (1952), Rogers (1970), Newman (1979), Watson (1985) y Parse (1998) han incorporado este principio a sus marcos conceptuales. Curtin (1979) defendía que las enfermeras "como seres humanos, al igual que nuestros pacientes y usuarios, han de compartir esos valores humanos para que se conviertan en la base de la relación entre ambos" (p. 3). Gadow (1990) describió la importancia del papel de las enfermeras, no solo como apoyo ante las decisiones de los pacientes, sino como partícipes activas al aportar el significado especial que para ellas tienen la experiencia de la salud, la enfermedad, el dolor o la muerte. La perspectiva de los pacientes sobre sus propias experiencias con la salud es fundamental para el buen ejercicio de la enfermería, además de constituir una de las pocas contribuciones que la enfermería realiza de cara a la planificación y prestación de la correspondiente atención sanitaria.

Las enfermeras cuentan con un conocimiento especializado de gran utilidad. No obstante, es fundamental entablar con el paciente una relación respetuosa, para que se vea respaldada su capacidad a la hora identificar sus propias necesidades. De este modo, se asegura que la información se proporciona en el momento adecuado y que es de relevancia de cara a la toma de decisiones por parte del paciente. La actual era digital ha incrementado enormemente la información sobre opciones terapéuticas y las necesidades de información de los pacientes. Sin embargo, a pesar del creciente peso que tienen los usuarios, se ha avanzado poco a la hora de identificar qué les gustaría hacer y qué cosas les parecen útiles. Todos los profesionales de la salud deberían preocuparse por esta carencia. Saber escuchar y respetar las decisiones de cada persona, no solo mejora su salud, sino también la manera en que se perciben y utilizan los servicios sanitarios.

La Guía de buenas prácticas en enfermería, enfocada a la atención orientada al paciente, se ha realizado con el objetivo de articular y dar el debido respaldo a esta práctica de la enfermería. Todo ello se enmarca en una serie de valores que están en consonancia con el código deontológico de las enfermeras universitarias (RN) y las enfermeras con formación profesional (RPN) de Ontario (Colegio de Enfermería de Ontario, 1999), y con el código ético para enfermeras de la Asociación de Enfermería de Canadá (1997). Asimismo, los valores y principios son comparables a las dimensiones de la atención orientada al paciente del programa de Picker/Commonwealth (Gerteis, Edgman-Levitan, Daley & Delbanco, 1993). El Picker Institute ha sido pionero en el uso a nivel internacional de instrumentos diseñados con estrictos estándares de calidad, y por fomentar la incorporación de las opiniones de los pacientes, más que por aumentar su grado de satisfacción (Gerteis et al., 1993). El Picker Institute, de acuerdo con una exhaustiva investigación cualitativa acerca de lo que piensan los pacientes sobre el trato que reciben y los problemas que en su opinión existen, ha diseñado unos cuestionarios que hacen especial hincapié en aspectos específicos del proceso de atención sanitaria.

Los procedimientos asociados a estos aspectos de la atención, son coherentes con los valores y principios definidos por el equipo de desarrollo. El equipo considera que estas Guías ayudarán a las enfermeras a comprender y aplicar estos valores y principios dentro del marco de su código deontológico, sus normas para la práctica y el marco legislativo.

Una revisión sistemática Cochrane sobre ensayos controlados aleatorizados de intervenciones con atención orientada al paciente (Lewin, Skea, Entwistle, Zwarensteing & Dick, 2001) indicaba que, si bien la práctica de la atención orientada al paciente aumenta el grado de satisfacción tanto del paciente como del profesional sanitario, también podría tener una aceptación desigual en otras culturas y servicios sanitarios y afectar a diferentes ámbitos: desde la formación a la reestructuración organizativa. La presente Guía de buenas prácticas cuenta con amplias recomendaciones sobre formación, organización y directrices. El objetivo es hacer hincapié en la importancia de crear un entorno de apoyo para los profesionales de la salud que se dedican a la atención orientada al paciente. El equipo de desarrollo cree que estas recomendaciones son fundamentales para que las buenas prácticas de la atención orientada al paciente se implanten con éxito.

"Creo que me estoy esforzando más en hablar con los pacientes. Es como cuando estás trabajando acelerada, bajo presión, y se trata simplemente de 'hacer el trabajo'. Una está tan centrada en sus obligaciones que ahora me doy cuenta de que en realidad me estoy planteando: 'Vale, las tareas están bien, pero me gustaría conocer a esta persona. Quiero saber cómo se encuentra. ¿Qué le ocurre? ¿Es feliz? ¿Está triste? ¿Tiene alguna frustración? ¿Tiene alguna idea?' En vez de... 'Vale, tengo que hacer de la habitación 24 a la 34 en una hora.'" (Centro piloto)



Interpretación de la Evidencia

La práctica basada en la evidencia ha sido definida como "el uso cuidadoso, explícito y diligente de las buenas evidencias actuales sobre atención a los pacientes" (Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes & Richardson, 1996, p. 71). Con el objetivo de garantizar que en el desarrollo de las Guías clínicas se utilizan las mejores evidencias disponibles, es preciso evaluar con sentido crítico los métodos de identificación e interpretación de las evidencias importantes (Cluzeau, Littlejohns, Grimshaw, Feder, & Moran, 1999). En general, se asume que el procedimiento de referencia que se aplica a la evidencia procede del ensayo clínico aleatorizado controlado (RCT, por sus siglas en inglés), ya sea aisladamente o, como es preferible, en el contexto de una revisión sistemática o metaanálisis (Sweeney, 1998). No obstante, al considerar la evidencia, Berg (1997) advierte a las enfermeras que no desprecien los aspectos menos cuantificables de su labor.

Por consiguiente, el equipo de desarrollo obtuvo sus evidencias de diversas fuentes durante el desarrollo de esta Guía. Tanto los hallazgos cualitativos y cuantitativos, como los conocimientos clínicos y los que los pacientes aporten por su propia experiencia (de salud, enfermedad o sufrimiento) constituyen importantes fuentes de evidencia (Peter, 2002). La evidencia se basaba en revisiones sistemáticas, otros estudios cuantitativos, teorías de enfermería, fuentes cualitativas e informes en los que los pacientes cuentan sus experiencias. Esta serie de evidencias se sintetizaron con el objetivo de abarcar y comprender la experiencia del paciente y los conocimientos de enfermería. Cuando no se disponía de conocimientos validados científicamente, se recurría al consenso de los expertos. En este sentido, los patrones de conocimiento descritos por Carper (1978), por ejemplo la empírica, la estética, la ética y el conocimiento personal, han sido evaluados y abordados en el desarrollo de este documento.

"Hoy, de hecho, en la comida, una enfermera comentó: hasta que no empezamos con estas charlas y sesiones formativas, no me di cuenta realmente de lo que estaba haciendo. Yo hacía mi trabajo y decidía qué era lo mejor para los pacientes, en vez de preguntarles en qué les podía ayudar." (Centro piloto)



Recomendaciones para la práctica

La atención orientada al paciente la pueden realizar las enfermeras al tratar con los pacientes, las unidades o grupos de trabajo, las instituciones de atención sanitaria, o bien el propio sistema de salud en su conjunto. Y lo que es más importante, las enfermeras, gracias a su práctica y su labor, pueden influir en ese sentido en la práctica de sus colegas, así como en las políticas adoptadas por el sistema o las instituciones.

Recomendación • 1

Para las enfermeras, los principios fundamentales de cara al trato personalizado del paciente son los siguientes: respeto, dignidad, los pacientes son quienes mejor se conocen, el paciente también decide, el equipo de profesionales se articula alrededor de los objetivos y preferencias del paciente, continuidad y cohesión de la atención prestada y del profesional sanitario, puntualidad, capacidad de respuesta y acceso universal a los servicios sanitarios. Estos principios han de incorporarse y hacerse visibles en todos los aspectos de los servicios de atención al paciente.

Principios de la atención orientada al paciente

El paciente es quien decide qué persona ha de encargarse de sus cuidados. El término paciente comprende en concepto de individuos, familias y parejas, grupos, comunidades y poblaciones. La institución se encarga de elegir cuál es el sentido de paciente que más se adecúa a su población.

A continuación se detallan los valores y principios que se consideran fundamentales para la atención orientada al paciente:

Respeto: Respetar los deseos, inquietudes, valores, prioridades, puntos de vista y virtudes de los pacientes.

Dignidad: Ofrecer un trato cercano y personalizado a los pacientes, considerarlos seres humanos, y no problemas o diagnósticos.

Los pacientes son quienes mejor se conocen: Los pacientes son los mejores conocedores de su cuerpo.

Los pacientes deciden en los siguientes casos: Tener en cuenta las preferencias de los pacientes en cuanto a la información que se les facilita, la toma de decisiones, la atención en general y la implicación de otras personas.

El paciente, en función de sus preferencias, es quien decide los cuidados del equipo de atención sanitaria: El paciente determina los objetivos en función de los cuales se coordinan las prácticas del equipo de atención sanitaria. Todos los miembros del equipo de trabajan para alcanzar dichos objetivos.

La continuidad y la coherencia de la atención prestada y del personal sanitario: La continuidad y coherencia de la atención prestada y del profesional sanitario constituyen las bases de la atención orientada al paciente.

Puntualidad: Las necesidades de los pacientes y las comunidades merecen una respuesta inmediata.

Disponibilidad y acceso universal a los servicios sanitarios: La atención que se presta a los pacientes es de carácter universal y tiene en cuenta sus deseos, valores, prioridades, puntos de vista e inquietudes.

Procedimientos fundamentales de la atención orientada al paciente¹

Se pueden alcanzar los principios de la atención orientada al paciente mediante la práctica de los procedimientos fundamentales de este tipo de atención orientada al paciente. Estos cuatro procedimientos fundamentales son los siguientes:

- Identificar inquietudes y necesidades
- Tomar decisiones
- Cuidados y atención
- Evaluar los resultados

Para cada uno de los cuatro procedimientos fundamentales, el equipo de desarrollo ha determinado una serie de actuaciones de enfermería que reflejan los principios de la atención orientada al paciente. Asimismo, se proporcionan algunos ejemplos para invitar a la participación de los pacientes y la comunidad.

1. Identificar inquietudes y necesidades

a) Iniciar debates o estrategias (es decir, grupos específicos y encuestas) a fin de comprender el punto de vista del paciente sobre su salud y calidad de vida. Las enfermeras deben formular las siguientes preguntas:

- ¿Cuál es su situación?
- ¿Qué es lo más importante para usted?
- ¿Cuáles son sus objetivos?
- ¿Qué significa para usted la calidad de vida?
- ¿Cuánto le gustaría involucrarse?
- ¿Sobre qué asunto le gustaría ser informado?
- ¿Qué es lo que le da fuerzas para seguir adelante?
- ¿Qué es lo que ha funcionado con anterioridad?



¹ Utilizado con autorización. Mitchell, G. et al. (1996). Sailing beyond boundaries: The nursing standards for patient care. Toronto, Ontario: Sunnybrook Health Sciences Centre.

- ¿Quiénes de sus familiares o amigos le van a ayudar?
 - ¿Cómo sabe que será capaz de arreglárselas solo?
- b) Intentar identificar las esperanzas, preferencias, puntos fuertes, necesidades e inquietudes del paciente desde su propio punto de vista. Las enfermeras deben formular las siguientes preguntas:
- ¿Qué espera que suceda?
 - ¿Cómo ve el futuro?
 - ¿Cuáles son sus inquietudes?
 - ¿Qué es lo que necesita o espera de su equipo de atención sanitaria?
- c) Intentar desarrollar la capacidad del paciente (su habilidad para ser independiente) sobre la base sus propios objetivos.
- d) Identificar las preferencias de los pacientes y tener en cuenta su opinión a la hora de determinar la implicación de otras personas en su atención sanitaria. Las enfermeras deben formular las siguientes preguntas:
- ¿Quién le gustaría que colaborase en sus cuidados?
 - ¿Alguna otra persona que le gustaría que se involucrase en este proyecto?
 - ¿Qué es lo importante para usted?
 - En caso de verse imposibilitado para ello, ¿quién le gustaría que tomase las decisiones en su lugar?
- e) Representar el punto de vista del paciente o comunidad con respecto a la sanidad, objetivos en la vida e inquietudes a la hora de realizar recomendaciones a otras personas (es decir, el equipo de atención sanitaria, el equipo del proyecto, grupos de la comunidad, etc.).
- f) Seguir las preferencias del paciente a la hora de informar o enseñar lo que este desea, teniendo en cuenta su estado de salud o enfermedad. Orientar al paciente de una manera que le resulte útil para su situación real. Esto parte de la premisa de que la enfermera confía en que los pacientes buscarán información de utilidad en función de su propia preparación.
- g) Documentar el punto de vista del paciente o comunidad con respecto a la salud y calidad de vida, objetivos, deseos, inquietudes y preferencias en cuanto a información.



2. Toma de decisiones

a) Hacer que el paciente sea el elemento central a la hora de tomar decisiones en lo referido a la planificación de los servicios y la atención sanitaria.

Pasar algún tiempo con los pacientes para tratar de comprender la situación desde su propia perspectiva. Seguir las preferencias del paciente en caso de que desee participar en la toma de decisiones.

b) Establecer las prioridades a la hora de realizar algún cambio o intervención. Las enfermeras deben formular la siguiente pregunta:

- ¿Qué es lo más importante para usted en este momento?

c) Identificar las opciones de que disponen los pacientes o comunidad desde su propio punto de vista. Las enfermeras deben formular las siguientes preguntas:

- ¿Cuáles cree que son sus opciones?

- ¿Cuál es su opinión acerca de tal o cual hecho?

- ¿Podría describirlo?

d) Servir de apoyo a los pacientes a la hora de decidir las estrategias de atención sanitaria. En función de lo que los pacientes quieren y dicen necesitar, proporcionarles la información o formación adecuadas con respecto a su estado de salud o enfermedad, o a sus posibles alternativas en cuanto a atención sanitaria. Las enfermeras deben formular las siguientes preguntas:

- ¿Qué necesita para (...)?

- ¿Qué le ayudaría a (...)?

e) Adoptar un papel activo en la defensa de los valores y decisiones del paciente o comunidad.

- Invitar a los pacientes a participar en todas las reuniones informativas y de planificación de programas.

- Presentar la perspectiva del paciente o comunidad en la planificación de reuniones de planificación, en caso de que el paciente no pueda o no desee participar.

- Documentar la colaboración en los informes y planes de cuidados.

3. Cuidados y atención

a) Involucrar a los pacientes durante el proceso de cuidados y atención.

b) Agradecer a los pacientes su opinión experta y animar, tanto a pacientes como a comunidades, a que compartan sus conocimientos y habilidades. Utilizar un lenguaje comprensible para el paciente, recurriendo al uso de tecnicismos o jerga solo si procede.

c) Respetar y cumplir con las decisiones y preferencias del paciente, aunque no tengan que ver con el proceso de su enfermedad, su problema de salud o con los servicios de atención sanitaria, e independientemente de los valores la propia enfermera. La responsabilidad de

la enfermera es no abandonar a los pacientes cuando lo necesitan, cuando están en dificultades. Han de profundizar en las situaciones que entrañan algún tipo de conflicto ético, escuchar, comprender y dar respuesta, estar informadas sobre la legislación y, asimismo, buscar información y recursos adicionales antes de dar nuevos pasos.

d) Utilizar estrategias que creen un clima de confianza y favorezcan el desarrollo de la relación entre la enfermera y el paciente.

- Presentarse y dar a los pacientes el trato que ellos prefieran.
- Proporcionar a los pacientes información escrita o visual para identificar a los miembros del equipo. Explicar el papel de cada uno e identificar a la principal persona de contacto.

e) Mostrar respeto y consideración hacia los pacientes. Prestarles toda su atención

- Escucharlos para así aceptar o autorizar lo que dicen.
- Preguntarles con cierta frecuencia acerca de su opinión sobre la atención y cuidados que reciben.

f) Utilizar un lenguaje positivo para hablar con los pacientes.

- Describir las situaciones utilizando las palabras del paciente (es decir, "el señor Smith dice que no quiere tomarse las pastillas porque..." O bien "la señora Smith dice que no quiere levantarse de la cama porque...").
- Utilizar un lenguaje claro (es decir, en vez de "solicitar" o "verificar", decir "sabe bien lo que quiere" o "sabe bien lo que necesita").
- No etiquetar a los pacientes en función de si cumplen o no con el tratamiento.
- No referirse a los pacientes por sus diagnósticos o problemas.

g) Involucrar a las familias y parejas según las preferencias de los pacientes.

h) Asegurarse de que la coherencia, constancia y coordinación de la atención prestada al paciente giran en torno a sus objetivos y preferencias:

- Desarrollar, con los pacientes, planes de acción personalizados que contemplen las acciones o actividades enfocadas a la consecución de sus objetivos.
- Pedir opinión al paciente sobre la coordinación de la atención o servicios recibidos, y poner esa información a disposición del médico encargado o de los responsables de la planificación de alta (es decir, ¿entiende el cliente el funcionamiento de las diferentes estructuras de atención sanitaria? ¿Es coherente la información proporcionada?).
- Hacer que el alta sea una buena oportunidad para fomentar la independencia y sostenibilidad gracias al apoyo continuo (profesionales de la salud, grupos de apoyo, etc.).
- Proporcionar asesoramiento (esto es, cómo consultar a los profesionales de la salud tras el alta, a quién preguntar para obtener ayuda).

4. Evaluación de los resultados.

a) Involucrar al paciente en la evaluación de la atención prestada, así como en los resultados por ello obtenidos en materia de salud. Las enfermeras deben formular las siguientes preguntas:

- ¿Cómo es la atención sanitaria que está recibiendo?
- ¿Qué opina de su evolución?
- ¿Qué es para usted más importante de cara a la consecución de sus objetivos?

b) Respalda al paciente en caso de que no se consigan los objetivos marcados. Las enfermeras deben formular las siguientes preguntas:

- ¿Hay alguna otra manera de obtener el mismo resultado?
- ¿Qué le ayudaría a conseguirlo?
- ¿Puedo ayudarle de alguna otra manera?

c) Utilizar circuitos que proporcionen información fluida sobre la opinión del paciente acerca de la calidad de los cuidados de enfermería. Las enfermeras deben formular las siguientes preguntas:

- ¿Qué tal le han atendido hoy?

d) Mostrarse abierto y con disposición al cambio para mejorar la calidad de la atención prestada desde la perspectiva del paciente.

- ¿Qué podríamos haber hecho mejor?

e) Cambiar la planificación de los cuidados y el enfoque de la práctica, para así mejorar la calidad desde el punto de vista del paciente.

"Antes solíamos hacer una gráfica en la que se reflejaba si estaban confusos o nerviosos. Ahora anotamos por qué tal persona se encuentra de tal manera. Porque, si están nerviosos, es preciso encontrar el motivo. No se trata simplemente de registrar en la gráfica que están nerviosos..." (Centro piloto)



Recomendaciones para la formación

Recomendación • 2

Cuando la formación concierne a la Guía de buenas prácticas en enfermería, en lo relativo a la atención orientada al paciente, dicha atención ha de estar basada, siempre que sea posible, en la atención voluntaria de las enfermeras, y los costes financiados por las instituciones.

Recomendación • 3

Los principios de la atención orientada al paciente han de incluirse en el plan de estudios básico de las enfermeras, estar disponibles como formación continua, darlos a conocer en los programas de orientación y hacer que estén disponibles en la institución en los programas de desarrollo profesional.

Asimismo, el equipo de desarrollo de las Guías recomienda que, cualquier profesional que reciba formación sobre la atención orientada al paciente, lo haga sobre la base del programa mencionado anteriormente, y que pueda a su vez personalizarse para adecuarse a las necesidades de cada institución. En el Anexo A se puede encontrar una descripción detallada del curso que hace referencia al programa recomendado.

Introducción y descripción general

El programa empezará con una presentación, una breve sinopsis de los antecedentes (es decir, del proyecto de Guías de buenas prácticas en enfermería de la RNAO), y una descripción general del programa educativo.

Proceso de definición de los valores.

El programa educativo aborda la enseñanza y aprendizaje de la atención orientada al paciente como un proceso en el que, gracias al permanente diálogo, se definen valores y se investiga tanto a nivel individual como de grupo. Con este objetivo, los alumnos participan en una serie de clases interactivas y se dan cuenta de que favorecen la reflexión individual. Mediante el diálogo y la reflexión, se ayuda a los alumnos a encontrar los vínculos existentes entre los valores, los principios, el lenguaje y las acciones. Con el objetivo de que prosperen el diálogo y el aprendizaje, es indispensable que haya un espacio para la formación que sea abierto y en el que no se juzgue. Es tarea del formador fomentar ese espacio, favoreciendo y dando forma al proceso de diálogo con los participantes del curso.



Otras estrategias de aprendizaje y enseñanza

Entre las estrategias propuestas, contamos con la proyección de vídeos que muestran las experiencias de los pacientes en diferentes centros, realizar una simulación en la que se adopta el papel del paciente atendido, y la lectura de los relatos de los pacientes en libros y artículos.

Asignación de prácticas

A fin de poner en práctica la atención orientada, se pide a los alumnos que traten de encontrar un espacio de diálogo con los pacientes. Los participantes registran estas interacciones, reflexionan al respecto y realizan una valoración crítica basada en los principios de este tipo de atención. A continuación, lo exponen en clase. Así pues, el formador responsable del curso puede revisar las transcripciones de los diálogos y aportar una valoración por escrito. Estas experiencias, desarrolladas en el plano de la práctica, constituyen un importante material docente para debatir y aprender de otros profesionales.

En el Anexo A1 se puede encontrar un ejemplo de diálogo; en el Anexo A2, ejemplos de estudios de casos; en el Anexo B, una lista de recursos educativos; y en el Anexo C, otras lecturas recomendadas.

"Mi forma de practicar la enfermería no ha cambiado, ya que mi entrega a la profesión sigue siendo completa. No es solo el hecho de cambiar tu manera de expresarte a la hora de reflejar algo. Al aplicar las Guías, uno es realmente consciente de cómo deben decirse las cosas a la hora de exponérselas al paciente. Uno sabe que, al etiquetar a un paciente, se traza el camino que seguirán los que vengan detrás..." (Centro piloto)

Recomendaciones para la organización y directrices

Preámbulo

Los profesionales de la salud, gracias a su actitud y su labor, hacen realidad la atención orientada al paciente. Este particular contexto organizativo posibilita y condiciona la labor y conducta anteriormente mencionadas, y en él tiene lugar la interacción entre el paciente y la enfermera. Así pues, la cultura, estilo administrativo y modelo de prestación de la atención sanitaria, influyen enormemente en la relación que llega a establecerse entre pacientes y profesionales. Sin ánimo de restar importancia a la labor individual de los profesionales, ni de menospreciar su responsabilidad, hemos de reconocer que, el contexto organizativo en el que se aplica la atención orientada al paciente, resulta fundamental para garantizar que esta práctica se lleva a cabo adecuadamente.

Recomendación • 4

Para fomentar la atención orientada al paciente a través de una institución, la organización y administración de los servicios de atención sanitaria han de garantizar que todos los profesionales, independientemente de sus aptitudes personales, aplican con rigor esta práctica. Esto permite adquirir los conocimientos y habilidades necesarios para que la implicación con los pacientes sea mayor y tenga mayor relevancia su punto de vista. Asimismo, gracias a los modelos organizativos para la prestación de la atención sanitaria, las enfermeras y pacientes pueden establecer una relación continuada y provechosa.

Para que la implantación de la atención orientada al paciente se lleve a cabo con éxito, es preciso que se adopten las siguientes estrategias:

1. Respaldo institucional y administrativo. Conlleva que se promocióne de manera explícita, desde la cúpula directiva, una prestación de servicios sanitarios orientados al paciente (es decir, que se incluya este concepto en la visión, misión y declaración de principios). Asimismo, es preciso asignar los recursos adecuados para favorecer el intercambio cultural y adquirir los conocimientos y habilidades necesarios. De esta manera, podemos aplicar la atención orientada al paciente con coherencia en la práctica.



2. El liderazgo de la organización. Las nuevas iniciativas necesitan líderes capaces de materializar las ideas. Las enfermeras desempeñan un papel fundamental a la hora de llevar a cabo la atención orientada al paciente. Los directivos de enfermería y los profesionales de referencia en la asistencia han de liderar, en colaboración con otros miembros del equipo, la implantación de la atención orientada al paciente. El compromiso adquirido por los directivos de enfermería garantiza que la atención orientada al paciente será una prioridad. Pueden servir también como un vínculo esencial con la gerencia, la divulgación de la información, la influencia sobre terceros y el fomento de la sinergia con fines organizativos más generales.

3. Educación y formación para enfermeras. Una buena orientación y una educación y formación del personal son fundamentales para la aplicación de los casos prácticos de la atención orientada al paciente. Definir los valores personales, así como los valores y principios propios de la atención orientada al paciente, resulta fundamental a la hora de aportar cambios de perspectiva y conducta. La revisión por pares de otros profesionales de la enfermería y de los pacientes, ayudan a desarrollar habilidades de atención sanitaria desde el punto de vista del paciente. En la sección sobre recomendaciones para la formación, se puede encontrar información al respecto y, más concretamente, en el Anexo A hay una descripción del programa. Las enfermeras podrán tener la oportunidad de adquirir el conocimiento y las habilidades necesarias para contribuir en la gestión participativa, mediante el diálogo acerca de cualquier asunto que afecte a los cuidados.

4. Educación y formación para otros profesionales sanitarios. La atención orientada al paciente ha de servir de guía en todas las prácticas de aquellos que se dedican a la atención sanitaria, directa o indirectamente, y durante la todo el proceso. Para lograrlo, la formación del personal ha de ir más allá de las enfermeras y alcanzar a otros grupos de profesionales.

5. Un modelo de atención sanitaria que garantiza la continuidad de la atención y de los profesionales. En concreto, la organización del servicio de enfermería resulta de gran importancia. Con el objetivo de prestar una atención orientada al paciente, las enfermeras deben conocerlos y establecer con ellos una buena relación de confianza. Para propiciar esta situación, es fundamental la continuidad de los profesionales sanitarios. La forma en que las enfermeras desarrollan su trabajo, siempre junto al paciente, nos permite hablar de continuidad y coherencia en los cuidados y de continuidad del profesional, y permite que se consolide la relación entre paciente y enfermera. El equipo de desarrollo considera de especial importancia la enfermería de atención primaria, pues resulta el modelo ideal para la implantación de la atención orientada al paciente.

6. La política de la unidad o de la institución ha de ir en consonancia con la atención orientada al paciente. Resulta fundamental que las políticas institucionales estén enfocadas a la aplicación de la atención orientada al paciente. Por ejemplo, el horario de visitas debe ser flexible para dar cabida a las necesidades de los pacientes y de sus seres queridos.



7. Un entorno laboral favorable. Para poner en práctica la atención orientada al paciente, es preciso contar con enfermeras que se sientan motivadas y profesionalmente realizadas. La mejor manera de conseguirlo es mediante un entorno laboral de calidad, que favorezca el respeto, el reconocimiento, la oportunidad de compartir conocimientos y capacidades, las oportunidades de desarrollo profesional y formación continua, y una gestión participativa y con capacidad de respuesta. Dos son los factores esenciales para garantizar la continuidad de los profesionales de la salud: una plantilla adecuada y unas ratios adecuadas de enfermeras a tiempo completo.

8. Estructuras organizativas que favorezcan la colaboración entre disciplinas. Estas colaboraciones son importantes tanto para los pacientes como para los profesionales sanitarios. Para el paciente significa una asistencia de calidad, con menor duplicidad de servicios, una comunicación fluida y mayor capacidad de respuesta ante sus necesidades. Para los profesionales sanitarios, significa comprender mejor el papel que desempeña cada uno, lo cual redunda en una mejor atención para el paciente, además de mayor respeto y confianza entre las diferentes disciplinas de la salud. Asimismo, significa compaginar la atención orientada al paciente con la coherencia en su práctica.

9. Resultados de la evaluación. La implantación de la atención orientada al paciente, en una institución o consultorio, supone un proceso sistemático que requiere evaluaciones previas y periódicas de los cambios experimentados por los pacientes y los profesionales sanitarios. Los factores fundamentales para la evaluación son los siguientes: ¿Los pacientes se sienten respetados? ¿Creen que los profesionales sanitarios valoran su experiencia personal? ¿Consideran los pacientes que se les escucha? En el plan de cuidados, ¿hay alguna prueba de que la perspectiva del paciente o la comunidad quede reflejada? Los profesionales deben saber cómo cambian su trabajo, y su propia satisfacción, al adoptar un modelo orientado al paciente. Las enfermeras asistenciales, los investigadores de enfermería y la institución de atención sanitaria, deben ser responsables de la constante actualización de las prácticas basadas en la mejora de sus conocimientos sobre atención orientada al paciente.

10. Cómo hacer que el entorno físico, la rutina y el lenguaje asociados a la atención sanitaria sean más humanos. El entorno físico y la labor cotidiana de la atención especializada influyen de manera decisiva en los pacientes y en sus seres queridos. En los hospitales, las camas, batas, tarjetas identificativas, planes de tratamiento, etc., son el claro ejemplo de cómo se cosifica a los pacientes, anulándolos como personas. La creación de un entorno más acogedor y menos frío e impersonal, con objetos personales y fotos, puede ayudar a los pacientes a mantener su sentido de la identidad, y muestra el respeto que los profesionales sanitarios tienen por su faceta personal. Hacer que la labor cotidiana y el lenguaje sean más cercanos (es decir, informes, pruebas de laboratorio, jerga médica), explicar y dar un margen de independencia con respecto a los demás (tomar la medicación sin ayuda), y dar libertad para elegir (la hora del baño), son algunas de las medidas que permiten a los pacientes tener una sensación de control sobre la atención sanitaria.

En la práctica en centros comunitarios se reconoce que el profesional sanitario es como un invitado en casa del paciente, y que su labor está exclusivamente enfocada a su bienestar.

11. Supervisar la implantación de la atención orientada al paciente y fomentar su constante evolución. La atención orientada al paciente, como cualquier iniciativa nueva, necesita una constante supervisión. De esta manera, queda reflejada la percepción que tienen la comunidad y los pacientes de la práctica de la enfermería (y demás disciplinas). Es fundamental que tanto el paciente como su familia colaboren constantemente con los profesionales sanitarios. La atención orientada al paciente también debe reflejarse en la documentación clínica de los pacientes y la comunidad. Por ejemplo, la documentación debe reflejar la opinión que el propio paciente tiene sobre su evolución y sus objetivos pendientes. El Anexo D contiene información detallada sobre esta documentación. La crítica constructiva y las sugerencias de mejora que proporcionan los pacientes, los profesionales y otras personas, son una buena estrategia para reforzar la práctica a nivel individual. La evaluación del desempeño ha de reflejar los logros conseguidos por la enfermera, mediante esta práctica, en la atención orientada al paciente y las áreas de crecimiento personal.

12. Ejercicio de reflexión: Las enfermeras deben tener la oportunidad de pararse a reflexionar, entre otros, acerca de los problemas de la práctica de la enfermería, los asuntos que afectan al sistema y las cuestiones éticas.

“Por lo tanto, las unidades que se han involucrado entre sí, han mejorado su comunicación. Ahora todos parecen saber lo que hacen los demás, mientras que, al principio, nadie sabía lo que hacía el resto o por qué lo hacía. Hoy parece que hay más ambiente de colaboración y camaradería. Es decir, antes de tomar una decisión, lo consultamos con los demás. No es que antes no lo hiciéramos, pero la comunicación no era igual.” (Centro piloto)

Recomendación • 5

Las Guías de buenas prácticas en enfermería únicamente podrán implantarse con éxito si existen unos recursos, planificación y respaldo administrativo e institucional adecuados, así como los medios precisos. Las instituciones deben desarrollar un plan de implantación que incluya los siguientes aspectos:

- Evaluación de los requisitos de la institución y de los obstáculos para la formación.
- Compromiso de todos los miembros (ya desempeñen una función de apoyo directa o indirecta) que vayan a contribuir al proceso de implantación.
- Oportunidades continuadas de debate y formación para reforzar la importancia de las buenas prácticas.
- La oportunidad de reflexionar acerca de la propia experiencia en la implantación de las Guías, desde un punto de vista personal e institucional.

Para este propósito, la RNAO (a través de un equipo de enfermeras, investigadores y gestores) ha desarrollado la "Herramienta de implantación de Guías de práctica clínica", sobre la base de las evidencias disponibles, las perspectivas teóricas y el consenso. Recomendamos el uso de esta herramienta como ayuda en la implantación de la Guía de la RNAO sobre atención orientada al paciente.

La atención orientada al paciente la pueden realizar las enfermeras al tratar con los pacientes, las unidades, los grupos de trabajo, las instituciones de atención sanitaria o el propio sistema de salud en su conjunto. En el Anexo E encontrará una descripción detallada de la "Herramienta de implantación de Guías de práctica clínica".



Evaluación y monitorización

Se aconseja a las instituciones que están implantando las recomendaciones de esta Guía de buenas prácticas en enfermería, que consideren cómo se va a hacer el seguimiento y la evaluación de la implantación y su impacto. La siguiente tabla, basada en el marco que establece la RNAO en su "Herramienta de implantación de Guías de práctica clínica (2002)", ofrece ejemplos de algunos de los indicadores del seguimiento y la evaluación:

	Estructura	Procedimiento	Resultado
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> Para evaluar los recursos disponibles en la institución que permiten que las enfermeras lleven a cabo la atención orientada al paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> Para evaluar los cambios en la práctica que favorecen la mejora de la atención orientada al paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> Para evaluar las consecuencias que conlleva la implantación de las recomendaciones.
Institución/Unidad	<ul style="list-style-type: none"> Revisión, por parte del comité/s institucional responsable de las políticas y procedimientos, de las recomendaciones de buenas prácticas. Se ha elegido a los directivos de enfermería para que respalden el proceso de implantación. Un modelo de atención sanitaria que garantiza la continuidad de la atención y de los profesionales sanitarios (enfermería de atención primaria). 	<ul style="list-style-type: none"> Modificación de las directrices o procedimientos que cumplen con los valores y principios de la atención orientada al paciente. 	
Proveedor	<ul style="list-style-type: none"> Porcentaje de enfermeras que asisten a sesiones formativas (orientación, organización, oportunidades de desarrollo profesional) sobre atención orientada al paciente. Porcentaje de personal ajeno a la enfermería que asiste a sesiones formativas (orientación, organización, oportunidades de desarrollo profesional) sobre atención orientada al paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> Conocimientos evaluados por las propias enfermeras acerca de: <ul style="list-style-type: none"> Reconocer la importancia de saber escuchar al paciente. Formular preguntas que den pie a diferentes interpretaciones, de manera que el paciente pueda expresar su punto de vista. Es preferible documentar la opinión que tiene el paciente sobre la situación, antes que el criterio de la enfermera sobre el paciente. Porcentaje de enfermeras que elaboran sus propios informes: <ul style="list-style-type: none"> Evaluar adecuadamente la atención que el paciente considera que necesita. Evaluar adecuadamente los objetivos del paciente en materia de salud. Documentar adecuadamente los objetivos personales del paciente en materia de salud. Compartir las inquietudes y preferencias del paciente con otros miembros del equipo de atención sanitaria. Información al alta en función de los objetivos del paciente, para que pueda encargarse de sus propios cuidados en casa. 	<ul style="list-style-type: none"> En el plan de cuidados hay pruebas de que la perspectiva del paciente o comunidad queda reflejada. Las enfermeras solicitan a los pacientes su opinión acerca de los cuidados de enfermería. Las enfermeras modifican su práctica en función de lo que opinen los pacientes.

	Estructura	Procedimiento	Resultado
Usuario			<ul style="list-style-type: none"> Informe sobre el paciente: <ul style="list-style-type: none"> Han de sentirse cuidados. Sentir que se respetan sus valores y principios. Que se les escucha. Los pacientes han de sentir que los profesionales sanitarios valoran su experiencia personal.
Costes	<ul style="list-style-type: none"> Disponer de los recursos financieros necesarios para una plantilla adecuada, de manera que se pueda garantizar la continuidad de la atención y de los profesionales Sanitarios (enfermería de atención primaria). 	<ul style="list-style-type: none"> Coste de la educación y de otras intervenciones y recursos. 	<ul style="list-style-type: none"> Asignación general de recursos

"...con una señora pudimos implantarlo enseguida, y tanto ella como su familia quedaron encantadas. La familia ha experimentado un gran cambio en comparación con la unidad de la que venía, y están muy, muy contentos... Y aunque el hijo se mostraba reacio, desde el cambio está encantado." (Centro piloto)



Proceso de actualización y revisión de la Guía

La Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario propone actualizar las Guías de la siguiente manera:

1. Una vez publicadas, un equipo de especialistas en el tema (el equipo de revisión) revisará las Guías cada tres años, a partir de la fecha de la última serie de revisiones.

2. Durante el periodo de tres años transcurrido entre el desarrollo y la revisión, el personal del proyecto de la Guía de buenas prácticas de la RNAO realizará un seguimiento periódico para buscar nuevas prácticas en materia de investigación, becas de estudio y aplicaciones prácticas.

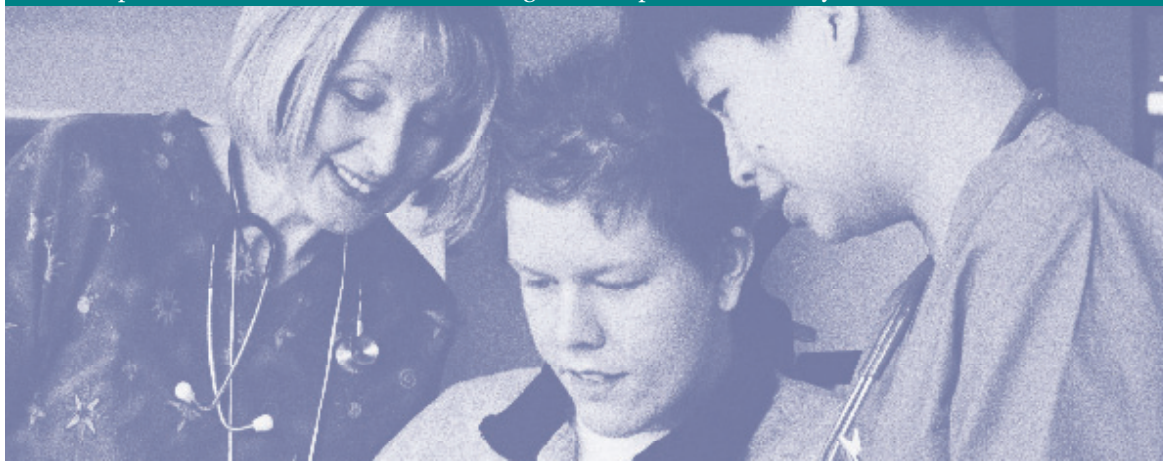
3. El personal del proyecto, basándose en los resultados del seguimiento, puede recomendar que la revisión se adelante.

Es preciso consultar a un equipo compuesto por miembros del equipo de desarrollo y otros especialistas en la materia, así se facilita la decisión sobre la necesidad de adelantar la revisión.

4. Tres meses antes de que se vaya a llevar a cabo la revisión de los tres años, el personal del proyecto empezará a planificar el proceso de revisión de la siguiente manera:

- Invitar a especialistas en la materia a que participen en el equipo de revisión. El equipo de revisión se compondrá de miembros del equipo de desarrollo y de otros especialistas recomendados.
- Recopilar las opiniones recibidas, las dudas planteadas durante la fase de divulgación, así como otros comentarios y experiencias de los centros donde se ha implantado.
- Recopilar nuevas experiencias en materia de investigación, becas de estudio y aplicaciones prácticas.
- Elaborar un plan de trabajo detallado con las fechas y las entregas.

Para la publicación de la Guía revisada se seguirán los procedimientos y estructuras establecidos.



Referencias Bibliográficas

Not My Home. (1994a). Toronto, Ontario, Deveaux-Babin Productions. Video Recording.

Through the Patient's Eyes: Volume I. (1994). Boston, MA, The Picker Institute. Video Recording.

Through the Patient's Eyes: Volume II: Ambulatory Care. (1998). Boston, MA, The Picker Institute. Video Recording.

Real Stories. (1995). Toronto, Ontario, Deveaux-Babin Productions. Video Recording.

Finding the Way. (1996). Toronto, Ontario, Sunnybrook Health Sciences Centre. Video Recording.

Ahmann, E. & Lawrence, J. (1999). Exploring language about families. *Pediatric Nursing Journal*, 25(2), 221-224.

Baier, S. (1996). The view from bed number ten. *The Healthcare Forum Journal*, 39(2), 60-72.

Baker, C., Ogden, S., Prapaipanich, W., Keith, C. K., Beattie, L. C., & Nickleson, L. (1999). Hospital consolidation: Applying stakeholder analysis to merger life-cycle. *Journal of Nursing Administration*, 29(3), 11-20.

Berg, M. (1997). Problems and promises of the protocol. *Social Science and Medicine*, 44(8), 1081-1088.

Black, N., Murphy, M., Lamping, D., McKee, M., Sanderson, C., Askham, J. et al. (1999). Consensus development methods: Review of best practice in creating clinical guidelines. *Journal of Health Services Research and Policy*, 4(4), 236-248.

Buresh, B. & Gordon, S. (2000). *From silence to voice: What nurses know and must communicate to the public*. Ottawa, Ontario: Canadian Nurses Association.

Canadian Nurses Association (1997). *Code of ethics for registered nurses*. Ottawa, Ontario: Canadian Nurses Association.

Carper, B. (1978). Fundamental patterns of knowing nursing. *Advances in Nursing Science*, 1(1), 13-23.

Chaleff, I. (1995). Introduction. In I. Chaleff (Ed.), *The Courageous Follower: Standing up to and for our leaders* (pp. 1-8). San Francisco: Berrett-Koehler Publishers.

Cluzeau, F., Littlejohns, P., Grimshaw, J., Feder, G., & Moran, S. (1999). Development and application of a generic methodology to assess the quality of clinical guidelines. *International Journal of Quality Health Care*, 11(1), 21-28.

College of Nurses of Ontario (1999). *Ethical framework for registered nurses and registered practical nurses in Ontario*. Toronto, Ontario: College of Nurses of Ontario.

Curtin, L. (1979). *The nurse as advocate: A philosophical foundation for nursing*. *Advances in Nursing Science*, 1(3), 1-10.

Davies, C. (1991). A dilemma called Ellen. *Canadian Nurse*, 87(7), 23-24.

Deegan, P. (1993). *Recovering our sense of value after being labeled*. *Journal of Psychosocial Nursing*, 31(4), 7-11.

Edwards, N., Davies, B., Dobbins, M., Griffin, P., Ploeg, J., Skelly, J., & Kuhn, M. (2002). *Evaluation of pilot site implementation. Evaluation summary: Client centred care*. Ottawa, Canada: University of Ottawa.

Ferguson-Paré, M. (1998). Nursing leadership and autonomous professional practice of registered nurses. *Canadian Journal of Nursing Administration*, 11(2), 7-30.

Field, M. J. & Lohr, K. N. (1990). *Guidelines for clinical practice: Directions for a new program*. Washington, DC: Institute of Medicine, National Academy Press.

- Gadow, S. (1990). Existential advocacy: Philosophical foundations of nursing. In T.Pence & J. Cantrall (Eds.), *Ethics in Nursing: An Anthology* (pp. 41-51). New York: National League for Nursing.
- Gage, M. (1994). The patient-driven interdisciplinary care plan. *Journal of Nursing Administration*, 24(4), 26-35.
- Gerteis, M., Edgman-Levitan, S., Daley, J., & Delbanco, T. (1993). *Through the Patient's Eyes. Understanding and Promoting Patient-Centered Care*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Gerteis, M., Edgman-Levitan, S., Walker, J., Stoke, D., Cleary, P., & Deblanco, T. (1993). What patients really want. *Health Management Quarterly*, 15(3), 2-6.
- Gordan, S. (1994). Inside the patient-driven system. *Critical Care Nurse*, 14(3 Suppl), 3-28.
- Gray, J. (1978). The old have the right to be at risk. *Sunday Times*, London.
- Hansen, M. & Fisher, J.C. (1998). Patient-centered teaching from theory to practice. *American Journal of Nursing*, 98(1), 56-60.
- Hayhoe, B. (1997). I have lived. *Journal of Emergency Nursing*, 23(2), 98.
- Hewison, A. (1995). Power and language in a ward for the care of older people. *Nursing Times*, 91(21), 32-33.
- Holm, S. (1993). What is wrong with compliance? *Journal of Medical Ethics*, 19(2), 108-110.
- Kelly, B. (1996). Speaking up: A moral obligation. *Nursing Forum*, 31(2), 31-34.
- Kerfoot, K. & LeClair, C. (1991). Building a patient focused unit: Nurse manager's challenge. *Nursing Economics*, 9(6), 441-443.
- Lewin, S., Skea, Z., Entwistle, V., Zwarensteing, M., & Dick, J. (2001). Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, 4. Oxford: Update Software.
- Liaschenko, J. (1994). Making a bridge: The moral work with patients we do not like. *Journal of Palliative Care*, 10(3), 83-89.
- Macurdy, A. (1997). Mastery of life. In J.Young-Manson (Ed.), *The Patients Voice: Experiences of Illness* (3 ed., pp. 21-25). Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Madjar, I. & Walton, J. A. (2001). What is problematic about evidence? In J.M.Morse, J.M.Swanson, & A.J.Kuzel (Eds.), *The Nature of Qualitative Evidence* (pp. 28-45). Thousand Oaks: Sage.
- Mattice, M. & Mitchell, G. (1990). Caring for confused elders. *Canadian Nurse*, 86(11), 175-177.
- Messner, R. (1993). What patients really want from their nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 93(8), 38-41.
- Mitchell, G. (1990). Struggling in change: From the traditional approach to Parse's Theory-based practice. *Nursing Science Quarterly*, 170-176.
- Mitchell, G. (1992). Parse's theory and the multi-disciplinary team: Clarifying scientific values. *Nursing Science Quarterly*, 5(3), 104-106.
- Mitchell, G. (1994a). Looking beyond the disease to see the person. *Alzheimer's Alert*, 10(13), 1-2.
- Mitchell, G. (2000). A personal view of waiting: Opening doors to understanding. A profile for staff and volunteers. Toronto, Ontario: Sunnybrook & Women's College Health Sciences Centre.
- Mitchell, G., Closson, T., Coulis, N., Flint, F., & Gray, B. (2000). Patient-focused care and human becoming thought: Connecting the right stuff. *Nursing Science Quarterly*, 13(3), 216-224.
- Mitchell, G. et al. (1996). *Sailing beyond boundaries: The nursing standards for patient care*. Toronto, Ontario: Sunnybrook Health Sciences Centre.

Newman, M. A. (1979). Theory development in nursing. Philadelphia: F. A. Davis.

Nichols, M. (1995). The lost art of listening: How learning to listen can improve relationships. New York: The Guilford Press.

Nyswander, D. (1956). Education for health: Some principles and their application. Health Education Monographs, 14, 65-70.

Ontario Public Health Association (1996). Making a difference! A workshop on the basics of policy change. Toronto, Ontario: Government of Ontario.

Parse, R. R. (1998). The human becoming school of thought. Thousand Oaks, CA: Sage.

Peplau, H. E. (1952). Interpersonal relations in nursing. New York: G.P. Putnam & Sons.

Peter, E. (2002). Evidence-based healthcare: Whose knowledge can we trust? In M. Eichler, J. Larkin, & S. Neysmith (Eds.), Feminist utopias, Toronto, Ontario: Innana Press.

Rogers, M. E. (1970). An introduction to the theoretical basis of nursing. Philadelphia: F.A. Davis.

Sackett, D. L., Rosenberg, W. M. C., Gray, J. A. M., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: What it is and what it isn't: It's about integrating individual clinical expertise and the best external evidence. British Medical Journal, 312(7023), 71-72.

Spee, R., Chua, L., & Nose, L. (2001). Patient focused care. A dialogue with your patient. Canadian Nurse, 97(5), 19-22.

Stanhope, M. & Lancaster, J. (2000). Community and public health nursing. St. Louis, MO: Mosby.

Sweeney, K. G. (1998). The information paradox. In M. Evans & K. Sweeney (Eds.), The human side of medicine (pp. 17-25). London: The Royal College of General Practitioners.

Wallerstein, N. (1992). Powerlessness, empowerment, and health: Implication for health promotion

programs. American Journal of Health Promotion, 6(3), 197-205.

Watson, J. (1985). Nursing: Human science and human care. Norwalk, CT: Appleton-Century-Crofts.

World Health Organization (1978). Declaration of Alma-Ata, International Conference on Primary Health Care. Alma-Ata, USSR, September 6-12, 1978.

Young-Mason, J. (1997). The patient's voice: Experience of illness. Philadelphia: F.A. Davis Company.

Bibliografía

Appleby, C. (1996a). Doctor, are you really listening?. *Managed Care*, 5(12), 23-26.

Appleby, C. (1996b). Ten ways to listen better to patients. *Managed Care*, 5(12), 27-28.

Barry, M., Floyd, J., Fowler, Jr., Mulley, A., Hendersen, J., & Wennberg, J. (2001). Patient reactions to a program designed to facilitate patient participation in treatment decisions for Benign Prostatic Hyperplasia. *Medical Care*, 33(8), 771-782.

Beitel, J. (1998). Illuminations. *Illuminations*, 7(3), 3-5.

Benner, P. (1991). The role of experience, narrative and community in skilled ethical comportment. *Advances in Nursing Science*, 14(2), 1-21.

Bensing, J. (2000). Bridging the gap. The separate worlds of evidence-based medicine and patient-centered medicine. *Patient Education and Counseling*, 39(1), 17-25.

Bogart, T. & Solomon, P. (1999). Procedures to share treatment information among mental health providers, consumers, and families. *Psychiatric Services*, 50(10), 1321-1325.

Bournes, D. & Das Gupta, T. (1997). Professional practice leader: A transformational role that addresses human diversity. *Nursing Administration Quarterly*, 21(4), 61-68.

Caris-Verhallen, W., Kerkstra, A., Bensing, J., & Grypdonck, M. (2000). Effects of video interaction analysis training on nurse-patient communication in the care of the elderly. *Patient Education and Care*, 39(1), 91-103.

Carson, G. & Mitchell, G. (1998). The experience of living with persistent pain. *Journal of Advanced Nursing*, 28(6), 1242-1248.

Cody, W. (1994). Radical health-care reform: The person as case manager. *Nursing Science Quarterly*, 7(4), 180-182.

Coulter, A. (2002). After Bristol: Putting patients at the centre. *British Medical Journal*, 324(7338), 648-651.

Dalton, J. A., Brown, L., Carlson, J., McNutt, R., & Greer, S. (1999). An evaluation of facial expression displayed by patients with chest pain. *Heart and Lung*, 28(3), 168-174.

Davies, J., Nick, F., Grimshaw, J., Hurwitz, B., Long, A., Russell, I. et al. (1994). Implementing clinical practice guidelines. *Effective Health Care*, 8, 1-12.

Degner, D. (1998). An empowerment information intervention improved participation in treatment decision making in men with recently diagnosed prostate cancer. *Evidence-Based Nursing*, 1(2), 49.

Delbanco, T. (1992). Enriching the doctor-patient relationship by inviting the patient's perspective. *Annals of Internal Medicine*, 116(5), 414-418.

DiBlasi, Z., Harkness, E., Ernst, E., Georgiou, A., & Kleijnen, J. (2001). Influence of context effects on health outcomes: A systematic review. *Lancet*, 357(9258), 757-762.

Dornelas, E., Correll, R., Lothstein, L., Wilber, C., & Goethe, J. (1996). Designing and implementing outcome evaluations: Some guidelines for practitioners. *Psychotherapy*, 33(2), 237-245.

Elwyn, G., Edwards, A., Kinnersley, P., & Grol, R. (2000). Shared decision making and the concept of equipoise: The competences of involving patients in healthcare choices. *British Journal of General Practice*, 50(460), 892-899.

Fagermoen Solveig, M. (1997). Professional identity: Values embedded in meaningful nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 25(3), 434-441.

Fairhurst, K. & May, C. (2001). Knowing patients and knowledge about patients: Evidence of modes of reasoning in the consultation? *Family Practice*, 18(5), 501-505.

Falk-Rafael, A. (1995). Advocacy and empowerment: Dichotomous or synchronous concepts? *Advances in Nursing Science*, 18(2), 25-32.

Falk-Rafael, A. (2000a). Evidence-based practice: The good, the bad, the ugly. *Registered Nurse*, (July/August), 6-9.

Falk-Rafael, A. (2000b). *Watson's philosophy, science and theory of human caring as a conceptual framework for guiding community health nursing practice*. Watson's Theory in Community Health Nursing. London, Ontario: University of Western Ontario.

Fisher, A. & Mitchell, G. (1998). Patients' view of quality of life: Transforming the knowledge base of nursing. *Clinical Nurse Specialist*, 12(3), 99-105.

Gallop, R. (1997). Caring about the client: The role of gender, empathy and power in the therapeutic process. In C.J. Titus (Ed.), *The mental health nurse: Views of practice and education* (pp. 28-42). Oxford: Blackwell Science.

Gottlieb, L. & Rowat, K. (1987). The McGill Model of nursing: A practice-derived model. *Advances in Nursing Science*, 9(4), 51-61.

Graugaard, P.K. & Finset, A. (2000). Trait anxiety and reactions to patient-centered and doctor-centered styles of communications: An experimental study. *Psychosomatic Medicine*, 62(1), 33-39.

- Greenfield, S., Kaplan, S., & Ware, J. (1985). Expanding patient involvement in care. *Annals of Internal Medicine*, 102(4), 520-528.
- Greenfield, S., Kaplan, S., Ware, J., Yano Martin, E., & Harrison, F. (1998). Patients' participation in medical care: Effects in blood sugar control and quality of life in diabetes. *Journal of General Internal Medicine*, 102(6), 448-457.
- Griffin, S. (1992). We let this patient down. *RN*, 55(3), 42-51.
- Grinspun, D. (1993). *Developing a practice of engagement in nursing: Conceptual background*. Theory Paper. Toronto, Ontario: University of Toronto.
- Grinspun, D. (1995). The everyday life of nurse-patient interactions. Soc. 6060, Term Paper. Toronto, Ontario: York University.
- Grinspun, D. (1997). Re-engineering hospital care: Will caring survive? Soc. 6680, Term Paper. Toronto, Ontario: York University.
- Grinspun, D. (1997). Taking action: A crisis in caring. *Registered Nurse Journal*, (Sept/Oct), 16-17.
- Grinspun, D. (1998). A standard for nursing caring? *Registered Nurse Journal*, (Sept/Oct), 12-13.
- Grinspun, D. (2000a). Taking care of the bottom line: Shifting paradigms in hospital management. In D. L. Gustafson (Ed.). *Care and consequences: The impact of health care reform*. Halifax, Nova Scotia: Fernwood Publishing.
- Grinspun, D. (2000b). Putting patients first: The role of nursing caring. *Hospital Quarterly*, 3(4), 22-24.
- Grinspun, D. (2001). Realities and fallouts of a flexible workforce: Implications for nursing. Dissertation paper. Toronto, Ontario: York University.
- Hall, B. (1996). The Psychiatric Model: A critical analysis of its undermining effects on nursing in chronic mental illness. *Advances in Nursing Science*, 18(3), 16-26.
- Hallstrom, I. & Elander, G. (2001). Needs during hospitalization: Definitions and descriptions made by patients. *Nursing Ethics*, 8(5), 409-418.
- Hanson, J. & Randall, V. (1999). Evaluating and improving the practice of family-centered care. *Pediatric Nursing Practice*, 25(4), 445-456.
- Hennessy-Harstad, E. (1999). Empowering adolescents with asthma to take control through adaptation. *Journal of Pediatric Healthcare*, 13(6), 273-277.
- Henry, B. & LeClair, H. (1987). Language, leadership, and power. *Journal of Nursing Administration*, 17(1), 19-24.
- Hilfinger Messias, D., Yeager, K., Dibble, S., & Dodd, M. (1987). Patients' perspectives of fatigue while undergoing chemotherapy. *Messias*, 24(1), 43-48.
- Homer, C. & Davie, G. (1999). Can elective labour induction be women-centered? *British Journal of Midwifery*, 7(11), 686-689.
- Hunter, G. (1996). An unnecessary death. *The Canadian Nurse*, 6(10), 20-24.
- Jonas-Simpson, C. (1996). The patient-focused care journey: Where patients and families guide the way. *Nursing Science Quarterly*, 9(4), 145-146.
- Kane, R., Caplan, A., Urv-Wong, E., Freeman, I., Aroskar, M., & Finch, M. (1997). Everyday matters in the lives of nursing home residents: Wish for and perception of choice and control. *Journal of the American Geriatric Society*, 45(9), 1086-1093.
- Kangas, S., Kee, C., & McKee-Waddle, R. (1999). Organizational factors, nurses' job satisfaction, and patient satisfaction with nursing care. *Journal of Nursing Administration*, 29(1), 32-42.
- Kaplan, S., Greenfield, S., & Ware, J. (1989). Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. *Medical Care*, 27(3), S110-S127.

- Kasper, J., Mulley, A., & Wennberg, J. (1992). Developing shared decision-making programs to improve the quality of health care. *Quarterly Review Bulletin*, 183-190.
- Keith, R. A. (1998). Patient satisfaction and rehabilitation services. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 79(10), 1122-1128.
- Kelly, B. (1998). Preserving moral integrity: A follow-up study with new graduate nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 28(5), 1134-1145.
- Kruijver, I., Kerkstra, A., Francke, A., Bensing, J., & Van de Wiel, H. (2000). Evaluation of communication training programs in nursing care: A review of the literature. *Patient Education and Counseling*, 39(1), 129-145.
- Larson, E. (1999). The impact of physician-nurse interaction patient care. *Holistic Nursing Practice*, 13(2), 38-46.
- Lavender, T., Walkinshaw, S., & Alton, I. (1999). A prospective study of women's views of factors contributing to a positive birth experience. *Midwifery*, 15(1), 40-46.
- Lee, M. B. (1999). Power, self-care and health in women living in urban squatter settlements in Karachi, Pakistan: A test of Orem's Theory. *Journal of Advanced Nursing*, 30(1), 248-259.
- Luker, K., Austin, L., Caress, A., & Hallett, C. (2000). The importance of 'knowing the patient': Community nurses' constructions of quality in providing palliative care. *Journal of Advanced Nursing*, 31(4), 775-782.
- Maltzman, S. (2001). The specific ingredients are in the match: Comments on Ahn and Wampold (2001). *Journal of Counselling Psychology*, 48(3), 258-261.
- Manley, K., Hamill, J.-M., & Hanlon, M. (1997). Nursing staff's perception and experiences of primary nursing practice in intensive care 4 years on. *Journal of Clinical Nursing*, 6(4), 277-287.
- Martin, D., Diehr, P., Douglas, C., Hunt Davies, J., Leickly, R., & Perrin, E. (1998). Randomized trial of a patient-centered hospital unit. *Patient Education and Counseling*, 34(2), 125-133.
- Martin, D., Garske, J., & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(3), 438-450.
- McWilliam, C., Stewart, M., Brown, J. B., McNair, S., Desai, K., Patterson, M. L. et al. (1997). Creating empowering meaning : An interactive process of promoting health with chronically ill older Canadians. *Health Promotion International*, 12(2), 111-123.
- Mead, N. & Bower, P. (2000). Patient-centredness: A conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science & Medicine*, 51(7), 1087-1110.
- Mead, P. (2000). Clinical guidelines: Promoting clinical effectiveness or a professional minefield? *Journal of Advanced Nursing*, 31(1), 110-116.
- Mitchell, G. (1991). Nursing diagnosis: An ethical analysis. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 23(2), 65-69.
- Mitchell, G. (1993). The same-thing-yet-different phenomenon: A way of coming to know - or not? *Nursing Science Quarterly*, 6(2), 61-62.
- Mitchell, G. (1995a). Defining New Direction, *Nursing Views*, (Sept), 1-4.
- Mitchell, G. (1995b). Patient focused care: A timely view of what it is and what it is not. *Nursing Views*, (Feb), 1-4.
- Mitchell, G. (1996). A reflective moment with false cheerfulness. *Nursing Science Quarterly*, 9(2), 53-54.
- Mitchell, G. (1997). Nursing diagnosis: An obstacle of caring ways. In A.Boykin (Ed.), *Power, Politics, and Public Policy: A Matter of Caring* (pp. 250-256). New York: National League for Nursing Press.

Mitchell, G. (1998a). Living with diabetes: How understanding expands theory for professional practice. *Canadian Journal of Diabetes Care*, 22(1), 30-37.

Mitchell, G. (1998b). Standards of nursing and the winds of change. *Nursing Science Quarterly*, 11(3), 97-98.

Mitchell, G. (1999). Evidence-based practice: Critique and alternative view. *Nursing Science Quarterly*, 12(1), 30-35.

Mitchell, G. & William, C. (1999). Human becoming theory: A complement to medical science. *Nursing Science Quarterly*, 12(4), 304-310.

Montgomery, A., Harding, J., & Fahey, T. (2001). Shared decision making in hypertension: The impact of patient preferences on treatment choice. *Family Practice*, 18(3), 309-313.

Moyer, A., Coristine, M., MacLean, L., & Meyer, M. (1999). A modeling for building collective capacity in community-based programs: The elderly in need project. *Public Health Nursing*, 16(3), 205-214.

Northouse, P. (1997). Effective helping relationships: The role of power and control. In *Health Education and Behaviour* (pp. 703-707). New York: The Guilford Press.

O'Donnell, M., Parker, G., Proberts, M., Matthews, R., Fisher, D., Johnson, B. et al. (1999). A study of client-focused case management and consumer advocacy: The community and consumer service project. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 33(6), 684-693.

Olsen, D. (1991). Empathy as an ethical and philosophical basis for nursing. *Advances in Nursing Science*, 14(1), 62-75.

Parse, R. R. (1990). Health: A personal commitment. *Nursing Science Quarterly*, 3(3), 136-140.

Parse, R. R. (1997). The Newsletter of the International Consortium of Parse Scholars. *Illuminations*, 6(1), 164-167.

Parse, R. R. (1999a). Community: An alternative view. *Nursing Science Quarterly*, 12(2), 119-124.

Parse, R. R. (1999b). The view of family within the human becoming theory. In R. Rizzo Parse (Ed.), *The Human Becoming Theory in Practice and Research* (pp. 9-26). New York: National League for Nursing Press.

Pelkonen, M., Perala, M-L., & Vehvilainen-Julkunen, K. (1998). Participation of expectant mothers in decision in maternity care: Results of a population-based survey. *Journal of Advanced Nursing*, 28(1), 21-29.

Peterson, M. (1998). The norms and values held by three groups of nurses concerning psychosocial nursing practice. *International Journal Nursing Study*, 25(2), 85-103.

Pierce Dennis, B. (1999). The origin and nature of informed consent: Experiences among vulnerable groups. *Journal of Professional Nursing*, 15(5), 281-287.

Pike, A. (1990). On the nature and place of empathy in clinical nursing practice. *Journal of Professional Nursing*, 6(4), 235-241.

Pilkington, B. (1999). *Client centered care*. Course Outline AK3790B. Toronto, Ontario: York University.

Pillar, B. & Jarjoura, D. (1999). Assessing the impact of reengineering on nursing. *Journal of Nursing Administration*, 29(5), 57-64.

Popay, J. & Williams, G. (1998). Qualitative research and evidence-based healthcare. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 91(Suppl 35), 32-37.

Porter O'Grady, T. (1992). A decade of organizational change. In *Implementing Shared Governance* (pp. 26-51). St. Louis, MO: Mosby Year Book.

Quiquero, A. & Knights, D. (1991). Theory as a guide to practice: Staff nurses choose Parse's Theory. *Canadian Journal of Nursing Administration*, 4(1), 14-16.

Reiser, S. (1993). The era of the patient: Using the experience of illness in shaping the missions of health care. *Journal of the American Medical Association*, 269(8), 1012-1017.

Rushforth, H. (1999). Practitioner review: Communication with hospitalised children: Review and application of research pertaining to children's understanding of health and illness. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 40(5), 683-691.

Schmidt Bunkers, S. (1999). Commentary on Parse's view of community. *Nursing Science Quarterly*, 12(2), 160-163.

Schmidt Bunkers, S., Nelson, M., Leuning, C. J., Crane, J., & Josephson, D. (1991). The Health Action Model: Academia's partnership with the community. In E. Cohen & V. De Back (Eds.). *The outcomes mandate: Case management in health care today*. (2 ed., pp. 92-100). St Louis, MO: Mosby.

Schneider, C. (1998). Patients' preferences about autonomy: The empirical evidence. In *The Practice of Autonomy: Patients, Doctors, and Medical Decisions* (pp. 35-47). New York: Oxford University Press.

Schnelle, J., Alessi, C., Nahala, R., Al-Samarrai, M., Fricker, R., & Ouslander, J. (1999). The nursing home at night: Effects of an intervention on noise, light, and sleep. *Journal of American Geriatrics Society*, 47(4), 430-438.

Schoroeder, C. & Gadow, S. (1999). An advocacy approach to ethics and community health. In *Community as partner: Theory and practice in nursing* (3rd ed., pp. 78-91). New York: Lippincott.

Silberman, C. (1992). Providing patient-centered care. *Health Management Quarterly*, 14(4), 12-16.

Smith, R., Marshall-Dorsey, A., Osborn, G., Shenore, V., Lyles, J., Stoffelmayr, B. et al. (2000). Evidence-based guidelines for teaching patient-centered interviewing. *Patient Education and Counseling*, 39(1), 27-36.

Suikkala, A. (2001). Nursing student-patient relationship: A review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 33(1), 42-50.

Tellis-Narak, M. & Tellis-Nayak, V. (1984). Games that professionals play: The social psychology of physician-nurse interaction. *Social Science Medicine*, 18(12), 1063-1069.

Thom, D. & Campbell, B. (1997). Patient-physician trust: An exploratory study. *The Journal of Family Practice*, 44(2), 169-176.

Thorne, S. & Robinson, C. (1988). Reciprocal trust in health care relationships. *Journal of Advanced Nursing*, 13(6), 782-789.

Upshur, R. E. G. (2001). The status of qualitative research as evidence. In J.M.Morse, J. M. Swanson, & A. J. Kuzel (Eds.), *The Nature of Qualitative Evidence*. Thousand Oaks: Sage Publications.

van den Borne, H. W. (1998). The patient from receiver of information to informed decision-maker. *Patient Education and Counseling*, 34(2), 89-102.

Van Ryn, M. & Heaney, C. (1997). Developing effective helping relationships in health education practice. *Health Education and Behavior*, 24(6), 683-702.

Williams, A. (2001). A literature review on the concept of intimacy in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 33(5), 660-667.

Woods, N. & Catanzaro, M. (1998). *Nursing research: Theory and practice*. St. Louis, MO: The C.V. Mosby Company.

Anexo A:

Resumen del programa educativo²

Introducción y descripción general

El programa educativo descrito anteriormente **consta de** 16 horas lectivas. El modelo propuesto consiste en ocho clases de dos horas, en intervalos de siete días. Este programa ofrece a los participantes la posibilidad de realizar las lecturas recomendadas, reflexionar y aplicar lo aprendido en la práctica con los pacientes. A su vez, proporciona la experiencia necesaria para profundizar al respecto en los debates de clase.

46

Estrategias de aprendizaje y enseñanza

Determinar los valores mediante el diálogo. El programa educativo aborda la enseñanza y aprendizaje de la atención orientada al paciente como un proceso en el que, gracias al permanente diálogo, se identifican valores y se investiga tanto a nivel individual como de grupo. Con este objetivo, los alumnos participan en una serie de clases interactivas y experimentales que favorecen la reflexión individual. Mediante el diálogo y la reflexión, se ayuda a los alumnos a descubrir los vínculos existentes entre los valores, los principios, el lenguaje y las acciones. Con el objetivo de que prosperen el diálogo y el aprendizaje, es indispensable que haya un espacio para la formación que sea abierto y en el que no se juzgue. Es tarea del formador fomentar este espacio favoreciendo y dando forma al proceso de diálogo con los participantes del curso.

Otras estrategias de aprendizaje y enseñanza. Entre las estrategias propuestas, contamos con la proyección de vídeos que muestran las experiencias de los pacientes en diferentes centros, realizar una simulación en la que se adopta el papel del paciente atendido, y la lectura de los relatos de los pacientes en libros y artículos.

Asignación de prácticas. A fin de poner en práctica la atención orientada al paciente, se pide a los alumnos que traten de encontrar un espacio de diálogo con los pacientes. Los participantes registran estas interacciones, reflexionan al respecto y realizan una valoración crítica basada en los principios de la atención orientada al paciente. A continuación, lo exponen en clase. El formador responsable del curso puede revisar las transcripciones de los diálogos y aportar una valoración por escrito. Estas experiencias, desarrolladas en el plano de la práctica, constituyen un importante material de clase para debatir y aprender con otros profesionales.

² Está basado en el programa educativo "Finding the Way" (encontrar el camino), realizado en el Sunnybrook and Women's College Health Sciences Centre (véase Anexo B).



Objetivos docentes

Al final del curso, los participantes estarán capacitados para:

- Identificar ocho valores y principios fundamentales de la atención orientada al paciente.
- Describir cómo se viven estos valores y principios mediante los cuatro principales procedimientos de la atención orientada al paciente.
- Comparar y contrastar los valores, principios, lenguaje y cultura de la atención sanitaria enfocada al paciente, con los de la atención sanitaria tradicional.
- Demostrar, al tratar con los pacientes, los valores, principios y principales procedimientos de la atención orientada al paciente.

47

Objetivos semanales

Semana 1

- Valores y principios fundamentales de la atención orientada al paciente.
- Salud y calidad de vida desde el punto de vista de las personas.

Semana 2

- Dialogar y saber escuchar.
- Procedimientos de la atención orientada al paciente.

Semana 3

- Confiar en los pacientes por ser quienes mejor se conocen.

Semana 4

- Respeto y dignidad.
- Documentación y responsabilidad.

Semana 5

- Los pacientes deciden.

Semana 6

- Los pacientes deciden.
- Cultura de la organización y atención orientada al paciente.

Semana 7

- El proceso de cambio de una atención enfocada al profesional sanitario, a una atención orientada al paciente.
- El papel de la enfermera en el equipo multidisciplinar.

Semana 8

- Entereza moral y otros aspectos.

Programa de estudios

La descripción de objetivos que se ofrece a continuación propone temas semanales, lecturas destacadas, actividades de enseñanza y aprendizaje y calendarios de trabajo. Todo ello puede modificarse para satisfacer los intereses y necesidades específicos de los participantes. Las clases se van desarrollando de manera continuada. Se profundiza más en los temas durante la semana en que son presentados, pero en las sesiones restantes se sigue volviendo sobre ellos.

Evaluación de la Formación

Al finalizar la primera sesión, y de manera periódica a lo largo del curso, la colaboración de los participantes puede servir de ayuda para aumentar la eficacia de futuras sesiones. A continuación, se exponen las cuestiones propuestas para la evaluación:

1. ¿Qué ha sacado en claro tras el debate de hoy?
2. ¿Qué aspecto de la sesión le ha resultado más provechoso?
3. ¿Qué sugerencias tiene para futuras sesiones?

Semana 1

En esta sesión se presentan los principales valores y principios de la atención orientada al paciente. Al reflexionar acerca del significado de la salud y de la calidad de vida, aumenta nuestra sensibilidad sobre la importancia de los valores personales.

Temas

- Principales valores y principios de la atención orientada al paciente
- Salud y calidad de vida desde el punto de vista de las personas

Actividades de aprendizaje y enseñanza

1. Introducciones (10 minutos).
 - Preguntar a los participantes quiénes son, por qué vienen a clase y qué esperan aprender.
2. Antecedentes de la Guía de buenas prácticas en enfermería de la RNAO enfocada a la atención orientada al paciente (5-10 minutos).
3. Descripción general del programa educativo (10 minutos).
 - Planteamientos de la enseñanza y el aprendizaje y resultados de la enseñanza.

4. Ejercicio: Examinar los valores y principios sobre la salud y la calidad de vida (15-20 minutos).

- Pedir a los participantes que piensen por un minuto en esta cuestión:
¿Qué significa para usted la salud? A continuación, anotar sus reflexiones.
De igual manera, pedir a los participantes que piensen y escriban acerca de "¿Qué significa para usted la calidad de vida?" (5 minutos). Cuando la mayoría hayan terminado la actividad, pedirles que compartan sus respuestas con los demás. Escribirlo por puntos en un rotafolio.
Al terminar, examinar la lista. ¿Cuáles son las similitudes? ¿Qué cosas son exclusivas?
- ¿Qué nos dice este ejercicio sobre el significado de la salud? ¿Y de la calidad de vida?
¿Las opiniones personales pueden ser "acertadas" o "erróneas"?

5. Introducir los valores y principios de la atención orientada al paciente (véase pág. 22) (10-15 minutos).

6. Proyección del vídeo Not My Home (45 minutos).

- Reflexiones acerca del vídeo (10 minutos).
- ¿Qué se le ocurre al ver el vídeo? Consultar los valores y principios de la atención orientada al paciente. De los valores y principios del vídeo, ¿cuáles están claros y cuáles no?

7. Asignación de lecturas para la Semana 2:

- Baier, S. (1996). The view from bed number ten. Healthcare Forum Journal, March/April, 60-67.
- Messner, R. L. (1993). What patients really want from their nurses. American Journal of Nursing ,93(8), 38-41.

Semana 2

El objetivo de esta semana es profundizar acerca de lo importante que es, para la atención orientada al paciente, saber escuchar y dialogar. Asimismo, se introducen los principales procedimientos de la atención orientada al paciente.

Temas

- Dialogar y saber escuchar
- Procedimientos de la atención orientada al paciente



Actividades de enseñanza y aprendizaje

1. Introducir la labor de diálogo (véase a continuación) (20 minutos).

- Poner un ejemplo de diálogo entre la enfermera y el paciente (véase Anexo A1). Las preguntas abiertas a varias interpretaciones sirven para conseguir claridad y profundidad (véase páginas 23-27).

- Asignación de los diálogos. Es preciso buscar, cada semana, la oportunidad de tratar en profundidad con los pacientes (ya sean individuos, familias o grupos) de su centro. Registrar y presentar cinco (5) diálogos, cada uno con su respectiva reflexión crítica. El contexto determinará siempre el enfoque que se dé al trato con el paciente. Aquí se pueden incluir, por ejemplo, las descripciones realizadas por los pacientes sobre su estado de salud, las inquietudes y necesidades sanitarias identificadas, o bien sus planes y esperanzas de cara a la mejora de su situación. Siempre que se trate con el paciente, empezar con una pregunta abierta a varias interpretaciones, y luego "dejarse llevar" y formular preguntas que aporten claridad y profundidad (véase páginas 23-27). A continuación, en cuanto sea posible, registrar la interacción con el paciente con la mayor exactitud. Después, reflexionar y hacer una valoración crítica de la participación en el diálogo, en lo que respecta a los valores, principios y procedimientos fundamentales de la atención orientada al paciente.

2. Comentar las lecturas asignadas (Baier, Messner) (20-30 minutos). Proponer temas para el debate.

- En qué se corresponden los artículos con su experiencia en centros sanitarios?

- ¿Qué espera la gente de los profesionales sanitarios? ¿Cómo podemos saber qué es lo más importante para ellos?

3. Introducción a los procedimientos principales de la atención orientada al paciente (véase pág. 23) (20 minutos).

- Si, según el artículo de Baier, el personal puso en práctica los principales procedimientos de la atención orientada al paciente, ¿cómo pueden diferir las experiencias de los pacientes? En el artículo de Messner, ¿cómo se corresponden los procedimientos principales?

4. Proyección del vídeo: Through the Patient's Eyes (20 minutos).

Reflexionar acerca del vídeo. Cuestiones sugeridas (15 minutos).

- ¿Cómo afectan a la calidad de vida de los pacientes la enfermedad y la experiencia de su paso por los centros sanitarios?

- Según lo que se dice en el vídeo, ¿qué desea o espera la gente de los profesionales sanitarios?

- El alcance de la atención orientada al paciente que se muestra en el vídeo, ¿cómo se compara con los valores y principios que establece la Guía de buenas prácticas en enfermería a este respecto?

5. Asignación de las lecturas para la semana 3:

- Hayhoe, B. (1997). I have lived. *Journal of Emergency Nursing*, 23(2), 98.
- Macurdy, A. H. (1997). Mastery of life. In J. Young-Mason, *The patient's voice: Experiences of illness* (pp. 9-15). Philadelphia: F.A. Davis.
- Nichols, M. P. (1995). "Did you hear what I said?" Why listening is so important. In *The lost art of listening* (pp. 9-22). New York: The Guildford Press.
- Spee, R., Chua, L., & Nose, L. (2001). Patient focused care. A dialogue with your patient. *Canadian Nurse*, 97(5), 19-22.

Semana 3

Al examinar los valores y principios de los participantes en lo relativo al papel que la institución juega en sus vidas, esta sesión aborda el planteamiento principal: los pacientes son quienes mejor se conocen.

Tema

- Confiar en los pacientes porque son quienes mejor se conocen

Actividades de aprendizaje y enseñanza

1. Poner en común las conversaciones con los pacientes (20-30 minutos)

- Invitar a los participantes a reflexionar acerca de su participación en las conversaciones. Cuestiones sugeridas: ¿Qué ha sido útil y qué no lo ha sido al buscar profundidad y claridad en el punto de vista del paciente? Consultar los procedimientos principales de la atención orientada al paciente. ¿Cómo se corresponde el trato al paciente con los procedimientos principales? ¿Qué ha aprendido con la conversación? ¿En qué aspectos hay disconformidad? ¿En cuáles mejora?

2. Comentar las lecturas asignadas (Hayhoe, Macurdy, Nichols, Spee) (30 minutos). Preguntas propuestas para ser debatidas:

- ¿Alguna vez ha tomado una decisión con la que otros estuvieran en desacuerdo? ¿Cómo se sintió al ver que otros estaban en desacuerdo? ¿Cómo procedió? ¿Quién era el responsable de su decisión? ¿Y de los resultados?
- Si se considera que los pacientes son quienes mejor conocen su salud y calidad de vida, ¿cómo llevaría a cabo el cambio?
- ¿Por qué saber escuchar es tan importante? ¿Qué se siente al no ser escuchado?
- ¿De quiénes son responsables las enfermeras?

3. Leer "Case Studies" ("The Man Who Wanted A Beer", "The Man Who Couldn't Live Without His Aspirin") (Véase Anexo A2) (30 minutos).

4. Proyección del vídeo *Real Stories* (los 2 primeros cortes, aproximadamente 15 minutos). Hacer una valoración crítica de las historias desde la perspectiva de los principales procedimientos de la atención orientada al paciente (véase pág. 23) (15 - 20 minutos).

- ¿En qué medida han sido las historias coherentes con la atención orientada al paciente? En lo que respecta a los principales procedimientos de la atención orientada al paciente, ¿habría actuado de otra manera en algún aspecto?

5. Asignación de lecturas para la Semana 4:

- Deegan, P. (1993). Recovering our sense of value after being labeled. *Journal of Psychosocial Nursing*, 31(4), 4-11.
- Ahmann, E., & Lawrence, J. (1999). Exploring language about families. *Pediatric Nursing*, 25(2), 221-224.
- Hewison, A. (1995). Power and language in a ward for the care of older people. *Nursing Times*, 91(21), 32-33.

Semana 4

El respeto y la dignidad, dos de los principales valores de la atención orientada al paciente, son analizados mediante unas prácticas que disminuyen la dignidad de los pacientes. Estos valores están asociados a la noción de responsabilidad profesional. También se debate sobre las consecuencias en lo que respecta a la documentación clínica.

Temas

- Respeto y Dignidad.
- Documentación y Responsabilidad.



1. Poner en común las conversaciones con los pacientes (30 minutos).

Invitar a los participantes a reflexionar acerca de su participación en las conversaciones.

Cuestiones sugeridas:

- ¿Qué ha sido útil y qué no lo ha sido al buscar profundidad y claridad desde el punto de vista del paciente? ¿Podría diferenciar "bloques" en la comunicación? ¿Cómo se corresponde el trato al paciente con los principales procesos de la atención orientada al paciente? ¿Qué ha aprendido con la conversación? ¿Hubo disconformidad en algún aspecto? ¿Algún tema para seguir desarrollando más adelante?
- En su opinión, ¿qué documentaría, y en qué momento? (Si es posible, los participantes podrían traer copias de sus registros, habiendo eliminado previamente los datos personales, para debatir en clase).

2. Debate sobre las lecturas asignadas (Hewison, Deegan, Ahmann & Lawrence) (30 minutos).

Cuestiones sugeridas:

- ¿Cuáles son las consecuencias éticas de la diferencia de poder que hay entre pacientes y profesionales sanitarios? ¿Cómo se reflejan en el lenguaje las relaciones de poder?
- ¿Qué se siente al ser etiquetado? ¿Cómo afecta eso a la relación entre los pacientes y los profesionales sanitarios? ¿Cómo concuerda con la responsabilidad profesional?
- ¿Cuáles son las consecuencias con respecto a la documentación? (Véase Anexo D).

3. Proyección del vídeo Real Stories (3-4 cortes siguientes, unos 20 minutos).

■ Valoración crítica de las historias desde la perspectiva de los principales procedimientos de la atención orientada al paciente (20 minutos).

■ Si fuese usted la enfermera en estas situaciones, ¿cómo actuaría?

4. Asignación de lecturas para la Semana 5:

- Mitchell, G.J. (1994). The dignity of risk and the right to failure: One profile of patient-focused care. Perspectives, 18(3), 10.
- Gray, J.A. (1978). The old have a right to be at risk. Sunday Times, London.
- Davies, C. (1991). A dilemma called Ellen. Canadian Nurse, 87(7), 23-24.
- Mattice, M. & Mitchell, G. J. (1990) Caring for confused elders. Canadian Nurse, 86(11), 16-18.

Semana 5

En esta clase se examinan las consecuencias de que los pacientes decidan por sí mismos en cuanto a la atención sanitaria. Se empezará con las hipótesis de los participantes acerca de la libre elección (autonomía), la responsabilidad ante las decisiones y la asunción de riesgos.

Tema

- Los pacientes deciden.

Actividades de aprendizaje y enseñanza

1. Poner en común las conversaciones con los pacientes (30 minutos).

- Invitar a los participantes a reflexionar acerca de su participación en las conversaciones.

Cuestiones sugeridas:

- ¿Qué ha sido útil y qué no lo ha sido al buscar profundidad y claridad desde el punto de vista del paciente? ¿Podría diferenciar "bloques" en la comunicación? ¿Cómo se corresponde el trato al paciente con los principales procesos de la atención orientada al paciente? ¿Qué ha aprendido con la conversación? ¿Hubo disconformidad en algún aspecto? ¿Algún tema para seguir desarrollando más adelante?

- En su opinión, ¿qué documentaría, y en qué momento?

2. Debate sobre las lecturas asignadas (Mitchell, Gary, Davies, Mattice) (30 minutos).

Cuestiones sugeridas para debatir:

- ¿Alguna vez ha asumido algún riesgo? ¿Qué le hizo pensar que valía la pena?

- ¿Qué ocurre cuando la gente toma decisiones con las que no estamos de acuerdo? ¿Quién es responsable del resultado de esas decisiones?

- ¿Qué ocurre con nuestra actitud de cara a la asunción de riesgos cuando se trata de personas mayores?

- ¿Cómo es posible que las personas mayores con demencia tomen decisiones por sí mismas?

- En su práctica, ¿qué situaciones presentan una mayor complejidad, cuando se considera que los pacientes son quienes mejor se conocen y se les deja decidir en lo relativo a su atención? ¿Cómo le pueden servir de guía, en dichas situaciones, los principales procedimientos de la atención orientada al paciente?

3. Proyección del vídeo *Real Stories* (cortes no proyectadas anteriormente, unos 15 minutos).

- Valoración crítica de las historias desde la perspectiva de los principales procedimientos de la atención orientada al paciente (15 minutos).

- Si fuese usted la enfermera (profesional sanitario) en estas situaciones, ¿cómo actuaría?

4. Asignación de lecturas para la Semana 6:

- Holm, S. (1993). What is wrong with compliance? *Journal of Medical Ethics*, 19(2), 108-110.

- Hansen, M. & Fisher, J.C. (1998). Patient-centred teaching from theory to practice. *American Journal of Nursing*, 98(1), 56-60.

- Gage, M. (1994). The patient-driven interdisciplinary care plan. *Journal of Nursing Administration*, 24(4), 26-35.



Semana 6

Más adelante, se profundiza en las consecuencias de que los pacientes decidan por sí mismos sobre el cumplimiento, su aprendizaje y su participación en la planificación de los cuidados. Asimismo, se debate sobre la importancia que tiene la cultura institucional para la atención orientada al paciente.

Temas

- Los pacientes deciden.
- Cultura de la organización y atención orientada al paciente.

Actividades de aprendizaje y enseñanza

1. Debate sobre las lecturas asignadas (Holm, Hansen & Fisher, Gage) (30-40 minutos).

Cuestiones sugeridas:

- Si se considera que los pacientes son quienes mejor se conocen y pueden decidir por sí mismos, ¿qué significa que "no cumplan"?
- ¿Cómo pueden ayudar las enfermeras, u otros profesionales sanitarios, a que los pacientes sean los principales encargados de decidir en la planificación de los cuidados? (Ver pág. 25).
- Reflexionar acerca del artículo de Hansen & Fisher sobre los principales procedimientos de la atención orientada al paciente. ¿En qué medida es coherente?
- ¿Cómo se refleja en la documentación el concepto de que los pacientes deciden por sí mismos?
- ¿Hasta qué punto son las Guías de prácticas, directrices e historias clínicas, estructuras que cumplen con la atención orientada al paciente?

2. Poner en común las conversaciones con los pacientes (30 minutos).

Invitar a los participantes a reflexionar acerca de su participación en las conversaciones.

Cuestiones sugeridas:

- ¿Qué ha sido útil y qué no lo ha sido al buscar profundidad y claridad en el punto de vista del paciente? ¿Podría diferenciar "bloques" en la comunicación? ¿Cómo se corresponde el trato al paciente con los principales procesos de la atención orientada al paciente? ¿Qué ha aprendido con la conversación? ¿Hubo disconformidad en algún aspecto? ¿Algún tema para desarrollar más adelante?
- En su opinión, ¿qué documentaría? ¿En qué momento?

3. Opcional: Proyectar una parte de alguna película famosa como las que figuran en la lista del Anexo B.

4. Asignación de lecturas para la Semana 7:

- Mitchell, G.J. (1990). Struggling in change: From the traditional approach to Parse's theory-based practice. *Nursing Science Quarterly*, 4, 170-176.

- Mitchell, G.J. (1992). Parse's theory and the multidisciplinary team: Clarifying scientific values. *Nursing Science Quarterly*, 5(3) 104-106.

Semana 7

Los participantes podrán reflexionar sobre su experiencia al cambiar a una atención más enfocada al paciente, y cómo esto ha influido en su relación con el equipo multidisciplinar.

Temas

- El proceso de cambio de una atención enfocada al profesional sanitario, a una atención orientada al paciente.
- El papel de la enfermera en el equipo multidisciplinar.

Actividades de aprendizaje y enseñanza

1. Poner en común las conversaciones con los pacientes (30 minutos).

- Invitar a los participantes a reflexionar acerca de su participación en las conversaciones. Cuestiones sugeridas: ¿Qué ha sido útil y qué no lo ha sido al buscar profundidad y claridad desde el punto de vista del paciente? ¿Cómo se corresponde el trato al paciente con los principales procesos de la atención orientada al paciente? En su opinión, ¿qué documentaría, y en qué momento?
- Al observar su evolución a lo largo de las conversaciones, ¿qué cambios advierte? ¿Qué ha aprendido con la conversación? ¿Cuáles son las áreas de desarrollo?

2. Debate sobre las lecturas asignadas (Mitchell, 1990; Mitchell, 1992) (40 minutos). Cuestiones sugeridas:

- ¿Qué ocurre en los centros sanitarios cuando las enfermeras comienzan a practicar la atención orientada al paciente?
- Cuando las enfermeras ponen en práctica la atención orientada al paciente, ¿cuál es la contribución especial que pueden hacer al equipo multidisciplinar?
- La atención orientada al paciente, ¿en qué sentido cambia la relación entre los miembros del equipo multidisciplinar? (Véase también el artículo de Gage, Semana 6).

3. Asignación de lecturas para la Semana 8:

- Kelly, B. (1996). Speaking up: A moral obligation. *Nursing Forum*, 31(2), 31-34.
- Chalef, I. (1995). Introduction. In I. Chalef, *The Courageous Follower: Standing up to and for our leaders* (pp. 1-8). San Francisco: Berrett-Koehler Publishers.

Semana 8

En esta sesión se pretende destacar los aspectos positivos de cambiar a una práctica más enfocada al paciente. A su vez, también reconocer la complejidad y riesgos asociados. Se hace énfasis en la importancia de ser fiel a los principios propios, así como la importancia de continuar con el aprendizaje y evolucionar.

Tema

- Entereza moral y otros aspectos.

Actividades de aprendizaje y enseñanza

1. Comentar la asignación de las lecturas (Kelly, Chalef) (30 minutos). Cuestiones sugeridas:
 - ¿Cuáles son las complicaciones y riesgos que conlleva el paso a la atención orientada al paciente? ¿Cuáles son las expectativas y aspectos positivos?
 - ¿Qué estrategias pueden ayudar a otras enfermeras a cambiar su práctica?
 - ¿Qué estrategias pueden ayudar a los participantes a seguir desarrollando sus conocimientos y habilidades en lo relativo a la atención orientada al paciente?
2. Opcional: Proyectar un fragmento de un vídeo conocido en el que se ensalce el valor. Es una manera eficaz de aumentar nuestra sensibilidad con respecto a la obligación moral que supone ser consecuente con los principios propios. Por ejemplo, en la película Babe, hay al final una escena en la que el granjero (que se arriesga y apuesta por lo que cree al meter al cerdo, Babe, en una competición de perros pastores) observa la actuación de Babe. El público pasa de la burla al asombro cuando Babe les demuestra que las creencias del granjero eran fundadas (enlazar con el debate anterior).

O BIEN

Proyectar el vídeo Finding the Way (véase Anexo B). Las enfermeras que realicen el curso de atención enfocada al paciente (Patient Focused Care Course) en Sunnybrook Health Sciences Centre, debaten sobre su experiencia y la manera en que ha cambiado su práctica.

3. Evaluación. Dar una hoja a los participantes para responder a preguntas abiertas a varias interpretaciones. Por ejemplo:
 - Describir brevemente cómo ha cambiado su práctica después de lo aprendido sobre atención orientada al paciente.
 - ¿Qué aspectos de la sesión le han resultado más provechosos?
 - ¿Qué aspectos del curso cambiaría?
 - ¿Qué sugerencias tiene para futuras sesiones?

Anexo A1

Ejemplo de diálogo

La siguiente conversación tiene lugar en una unidad de diálisis de atención ambulatoria. Las observaciones críticas de la enfermera, indicadas en las notas a pie de página numeradas, se incluyen después de la transcripción de la conversación. Las sugerencias de los formadores aparecen en cursiva y entre corchetes, y la información restante se incluye al final.

Enfermera: *Hola John, ¿Qué tal se encuentra?*

John: Muy bien, creo yo.

Enfermera: *¿Se está preparando para Florida?¹*

John: Estamos en ello. Dorothy está organizando las cosas. Ya la conoces.

Enfermera: *El Dr. S ha dicho que le vería hoy aquí. Mientras esperamos, puedo sacarle sangre aquí.*

John: Claro. ¿Un café, tal vez?

Enfermera: *Por supuesto, John. Deje que yo se lo sirva. Con poca leche, ¿verdad?*

John: ¿Tienes el pulso firme? (mientras le saco sangre)

Enfermera: *Pues claro, John. ¿Ha tenido algún problema con la diálisis en casa?²*

John: Ninguno.

Enfermera: *¿Se encuentra bien? ¿Algo de hipotensión?*

John: Me siento bien. No estoy mal.

Enfermera: *Explíquese, John.*

John: Bueno, solo los típicos achaques y dolencias de los veinteañeros (J. tiene 75 años).

Enfermera: *¿Seguro que es eso? [Alternativa: Hábleme al respecto].*

John: Sí, sí (se marcha con el Dr. S a la consulta médica).

Al volver John a nuestra oficina, el Dr. S pidió "inmediatamente" una ergometría con ECG. John parecía triste.

Enfermera: *John, ¿ocurre algo?*

John: Hace algunas semanas que vengo sintiendo un poco de presión en el pecho y malestar. No estoy seguro de qué pueda tratarse, pero he pensado que debería mencionarlo antes de ir a Florida.

- Enfermera:* Por supuesto, John, estoy de acuerdo³ ¿Y qué piensa al respecto?
- John:* Lo que tenga que ser, será.
- Enfermera:* John, ¿ha hablado con Dorothy sobre ese malestar en el pecho?³
- John:* No, no lo he hecho. No estaba seguro de qué podía ser y no quise preocuparla.
- Enfermera:* ¿Puedo ayudarle en eso, John?⁵ [Alternativa: ¿Qué quiere decir?
- O bien:* ¿Qué ocurre cuando Dorothy se preocupa?].
- John:* Bueno, supongo que podrías llamar a Dorothy y comentarle que no iré a comer a casa y el motivo. Así que tendremos que comer aquí.
- John pasó las dos siguientes horas en nuestra oficina comiendo y esperando el resultado de su prueba. Al volver...
- Enfermera:* Hola, John. ¿Qué tal se encuentra?
- John:* No muy bien. No han tardado mucho en decirme que la prueba da positivo, sea lo que sea lo que eso signifique.
- Enfermera:* John, acérquese y tome asiento. Dígame, ¿cómo puedo ayudarle?
- [Alternativa: ¿Qué cree que significa esto? O bien: ¿Qué va a ocurrir ahora?].
- John:* Bueno, significa que tengo algún problema de corazón. Necesito ver a un cardiólogo. El Dr. S. me va a derivar al especialista.
- Enfermera:* ¿Y cómo se siente, John?
- John:* Bueno, no estoy seguro. Hace algunos años le hubiera dado mil vueltas a la cabeza, pero con el tiempo he aprendido a tomarme las cosas tal como vienen.
- Enfermera:* Ya veo que está preocupado, ¿qué puedo hacer por usted?⁶
- [Alternativa: ¿Qué quiere decir? O bien: Continúe, John].
- John:* Bueno, veamos lo que dice el cardiólogo.
- Enfermera:* John, si puedo serle útil, no dude en decírmelo. Iré a la consulta del Dr. M. para ver cuándo tiene hueco para una cita. Recuerde que debe llamar o ir a urgencias si nota cualquier malestar en el pecho.
- John:* Sí, sí. Ve a por esa cita.
- (La enfermera se va y luego vuelve).
- Enfermera:* Aquí tiene su cita con el Dr. M. dentro de dos días, el jueves a las 13.30h. Aquí tiene la tarjeta con el número y el teléfono de la habitación.
- John:* Muchas gracias, B (le da un abrazo). Nos veremos en jueves.

Valoraciones críticas

En mi opinión, supone todo un reto revisar y aportar valoraciones críticas. Al recordar alguna conversación que piensas que salió bien, podrías estar en un error, si se consideran los valores y principios de la atención orientada al paciente. Al realizar una evaluación crítica de esta labor, resultaba evidente dónde se quedó estancada la conversación, y no hice uso de preguntas abiertas a varias interpretaciones. En el (1), debería haber preguntado qué quería decir con "creo yo", para así conocer su punto de vista sobre cómo lo estaba haciendo. En el (2), la cuestión debería haber sido formulada así: "¿Qué tal va todo en casa?" Si empezamos preguntado por los problemas, estamos dando por hecho que hay problemas. (3) Probablemente podría haber bloqueado la conversación por un momento, pues estaba haciendo una valoración. En este caso, le podría haber preguntado: "¿En tu opinión, cómo es?" Fui capaz de distinguir dónde cambié la dirección que él debería haber seguido, como en el (4). Tendría que haber sacado algo más en claro de su frase "lo que tenga que ser, será".

Podría ver con claridad en qué casos, el uso de preguntas abiertas a varias interpretaciones, ayudaría a John a identificar cuáles son sus inquietudes y prioridades. En la (5), fue capaz de identificar, desde su punto de vista, las cosas importantes, simplemente preguntándole. Al final, en la (6), realicé una valoración en la que indico que está preocupado. Al reflexionar en todo lo anterior, debería haberle preguntado qué es lo que más necesita. En esta conversación, cualquier cambio, al formular mis preguntas, por sutil fuera, podría haber influido en el mensaje de John y ayudarle a ver sus propias posibilidades. Afortunadamente, esta forma de conversación, con la práctica, pasará a ser más bien algo "muy normal".

La aportación del formador

Betty, tu crítica es excelente. Has escogido muy bien las palabras apropiadas para la comunicación.

Dos sugerencias:

- (a) Trata de hacer más hincapié en el entendimiento, en vez de ir directamente a aquello que puede ayudar.
- (b) Inténtalo preguntando qué considera que sería útil, en vez de "¿Cómo puedo ayudar?".

¡Bien hecho!



Anexo A2: Ejemplos de estudios de casos

El hombre que quería una cerveza*

Jo Deck, RN & Jan Linscott, RN, MScN

Tom es un señor de 82 años que fue admitido hace poco en una residencia de ancianos. Un día, Tom me saludó con la mano y preguntó si podía hablar conmigo. Tom me contó lo enfadado que estaba porque el médico no le dejaba tomarse una cerveza. Dijo que todo el mundo achacaba a la cerveza y a los cigarrillos su mal estado de salud. Dijo que odia "a los sabiondos que creen saber qué es lo más le conviene a cada uno".

Me mostró cómo temblaban sus manos y dijo: "Necesito tomarme una cerveza, es lo único que puede ayudarme. Sé que es eso lo que necesito". Me preguntó que si yo podría hablar con el médico, para ver qué se podía hacer.

Cuestiones para debatir

■ *Desde la perspectiva de Tom, ¿qué es lo más importante? (Identificar necesidades e inquietudes).*

■ *Si fuese usted la enfermera de Tom, ¿qué haría?*

En las reuniones interdisciplinarias, los miembros expresaron su inquietud ante la posibilidad de que la cerveza afectase al comportamiento de Tom. Se plantearon una serie de preguntas, como por ejemplo: ¿Se acordaría John de si ha tomado solo una cerveza? ¿Pediría más de una? Con respecto a la dieta para eliminar líquidos que sigue Tom, ¿podría acarrearle algún problema la cerveza? ¿Podría la cerveza interactuar con los medicamentos psicotrópicos que toma? ¿Y cómo se sentiría ante esta situación la familia de Tom? ¿Qué pensarían?

■ *Como enfermera de Tom, ¿qué haría?*

*Utilizado con autorización. Jo Deck y Jan Linscott escribieron este estudio de caso cuando trabajaban en Sunnybrook and Women's College Health Sciences Centre. Toronto, Ontario.



Al día siguiente, Jo, la enfermera de atención primaria, lo consultó con el farmacéutico y el psiquiatra, y ambos coincidieron en que Tom podía tomarse una cerveza. La enfermera de atención primaria llevó la petición de Tom ante el equipo interdisciplinar, y lo presentó como un asunto relacionado con la calidad de vida de Tom. Dijo que, si tuviera que elegir, Tom preferiría tomarse una cerveza a mediodía y otra a las 16 horas. A los tres días, el día del cumpleaños de Tom, se cumplió su deseo de tomarse una cerveza. Varias semanas después, fueron dos las cervezas. Tom sonrió y, alegre, dijo: "¡Esto me alegra el día!". A partir de ese momento, las enfermeras vieron a Tom mucho más contento y comprobaron que estaba deseando levantarse de la cama para tomarse su cerveza de las 12 en punto. La calidad de vida de Tom había mejorado, así como su relación personal con las enfermeras, porque no tenían que contarle, recordarle, ni insistir en todas las razones por las que no podía tomar cerveza. Para Tom, lo que era más importante para su calidad de vida, ahora formaba parte de su vida.

■ *Según los principales procedimientos de la atención orientada al paciente, ¿cómo evalúan las enfermeras los resultados?*

El hombre que no podía vivir sin aspirinas

Ria Spee, RN, MSc

Alfred, un veterano de la guerra de 92 años que oía muy poco y aficionado a tocar la armónica, tenía en la cabeza una vieja herida de guerra para la que se había estado automedicando con aspirinas antes de ingresar. Antes de que lo pasaran al hospital, sufrió una intoxicación por aspirina, y otra antes de ser admitido en nuestra unidad. El equipo de atención sanitaria no sabía qué hacer para mantener a Alfred con vida y sin riesgo de otra posible sobredosis. A pesar de estar recibiendo Tylenol cada 4 horas, Alfred aún sentía la necesidad de salir y conseguir su propio suplemento de aspirinas, que en su opinión eran más efectivas para sus dolores de cabeza. Esta automedicación puso a las enfermeras en el compromiso de tener que buscar entre sus cosas, de vez en cuando, frascos de aspirinas y luego confiscárselas, ya que la normativa del hospital prohíbe que se tengan medicamentos en el cabecero de la cama.

Durante cierto tiempo, el médico pidió un placebo y lo puso en un frasco de aspirinas en el cabecero de la cama. Alfred no tardó en darse cuenta de que no le hacían efecto, y continuó con sus engorrosas y desesperadas jornadas fuera, a la búsqueda otra vez de una dosis fiable de aspirinas. Y las enfermeras continuaron buscando en su cabecero de la cama y quitándole cualquier aspirina que encontrasen cuando Alfred no miraba.

Cuestiones para debatir

- *Usted es la enfermera de Alfred. ¿Cuál es su opinión acerca de todo esto?*
- *¿Cómo actuaría?*

La hija de Alfred realizó varias visitas poco afortunadas, en las que él la amenazaba si no accedía a traerle sus aspirinas. Al final, le pidió desesperadamente al equipo que preguntase si era posible prescribirle su propio suplemento de aspirinas de manera comedida, y que las enfermeras las dejaran en el cabecero de su cama para que él las usase por su cuenta. Tras un largo debate, el médico decidió que Alfred tomaría su propio suplemento de seis aspirinas al día, que cada mañana le serían depositadas en el cabecero de su cama.

Una vez llegados a este acuerdo, la hija de Alfred notó que su padre estaba más contento, y sus visitas eran mucho más cordiales. Si antes temía venir para oírle quejarse de que sus aspirinas "han desaparecido", ahora estaba siempre deseando visitarle, y se iba de allí con buen sabor de boca, consciente de que no se preocupaba constantemente por no saber qué hacer con su dolor de cabeza sin aspirinas.

Cuando oímos al paciente y a la familia, y vemos que toman sus propias decisiones en materia de atención sanitaria sabiendo elegir el buen camino, se mejoran la calidad de vida del paciente y la calidad del trabajo de las enfermeras.

- *¿Podría identificar cómo se han seguido en este caso los principales procedimientos de la atención orientada al paciente?*

*Utilizado con autorización. Ria Spee es una Professional Practice Leader en Sunnybrook and Women's College Health Sciences Centre. Toronto, Ontario.



Anexo B: Lista de Recursos Educativos

Cursos

A continuación, figuran una serie de ejemplos de cursos que se ofrecen en el marco de la atención orientada al paciente. Para informarse sobre los cursos disponibles en su zona, póngase en contacto con su universidad o escuela universitaria local.

Ryerson University

Continuing Education

<http://ce-online.ryerson.ca/ce/>

Quality of Life:

The Client's Perspective (CVNU324)

Prerequisite: College of Nurses of Ontario Certificate of Competence.

Formerly: Patient Focused Care: Creating Organizational Culture.

Este curso se centra en profundizar en los conocimientos y habilidades requeridos para crear una verdadera colaboración con grupos, familias e individuos. Las historias de los pacientes, así como los resultados de la investigación cualitativa sobre calidad de vida, darán a los estudiantes la oportunidad de realizar una reflexión crítica sobre los valores que sirven de guía para la práctica y para la relación entre pacientes y enfermeras. Ser consecuente con las ciencias humanas ayudará a los estudiantes mientras resumen la información sobre calidad de vida y profundizan sobre su participación al colaborar con los pacientes.

York University

[http://www.atkinson.yorku.ca/](http://www.atkinson.yorku.ca/frschnurs.htm)

[frschnurs.htm](http://www.atkinson.yorku.ca/frschnurs.htm)

Client-Centred Care (AK/NURS 3790B)

Se trata de un curso optativo de nivel 3000 en el programa BScN program. En él se aborda el modelo emergente de la atención orientada al paciente, con la perspectiva del modelo bio-médico predominante de atención sanitaria. Los alumnos profundizan en la manera en que las "culturas" de atención sanitaria se ven reflejadas en la práctica con los pacientes (ya sean individuos, familias, grupos o comunidades). La premisa es que las normas, valores y visión del mundo del modelo dominante, así como las relaciones de poder que lo respaldan, son en gran medida responsables de la manera en que las instituciones sanitarias prestan sus servicios y atención. La "cultura" biomédica está profundamente arraigada, pero cada vez está más cuestionada por un modelo emergente de atención orientada al paciente, un modelo en el que los pacientes reciben el debido respeto y reconocimiento y toman sus propias decisiones.

(Este curso está inspirado en uno desarrollado por G.Mitchell, RN, PhD, Chief Nursing Officer, Sunnybrook y Women's College Health Sciences Centre).

Health and Healing III: Living Client-Centred Care (AK/NURS 4130)

Este curso optativo de nivel 4000 se añadirá al York's collaborative BScN program en el semestre del invierno de 2003. El curso continuará siendo optativo en el post-RN program. En él se profundiza y representa el modelo emergente de atención orientada al paciente, en el que se respetan sus decisiones en materia de atención sanitaria. Asimismo, incorpora el punto de vista de las ciencias humanas, algo fundamental para la filosofía de la School of Nursing de cara a la práctica en situaciones complejas. La teoría de la enfermería participa en la construcción e interpretación de los enfoques de la atención orientada al paciente. Los alumnos experimentan y valoran con sentido crítico la manera en que las culturas de la atención sanitaria están reflejadas en la práctica con individuos y familiares. El curso es pionero porque refleja las tendencias sociales y las recomendaciones de las agencias oficiales. Asimismo, hace hincapié en el importante papel de la enfermería en las situaciones complejas de atención sanitaria.

Sunnybrook and Women's College Health Sciences Centre

Sunnybrook Campus, Toronto

Client Centred Care – “Finding the Way”

Este programa incluye un vídeo y un manual concebidos para facilitar los procedimientos de enseñanza y aprendizaje de la atención orientada al paciente.

Contact: Donna Empacher
416-480-6100 ext. 5995

Health Care Design Action Kit

<http://www.healthdesign.org/actionkit.html>

Un conjunto de herramientas que ayuda a los responsables del diseño y de la atención sanitaria a:

- Entender cómo les gustaría a los pacientes que fueran los centros sanitarios.
- Mejorar el proceso de diseño mediante la implicación con el paciente.
- Crear entornos en los que la atención se centre en el paciente.
- Mejorar la calidad del proyecto y la satisfacción del paciente.

Este equipo, iniciado por The Center for Health Design y desarrollado por The Picker Institute, se basa en la investigación e incluye varias herramientas de evaluación. Asimismo, dispone de una estrategia recomendada para ayudar, tanto a los responsables del diseño como a los de la asistencia sanitaria, a incorporar los puntos de vista de familias y pacientes al procedimiento de diseño y construcción del hospital.

El equipo surgió fruto de una extensa investigación con pacientes y familiares, que ayudaron a determinar qué cosas son importantes para ellos en los centros sanitarios y por qué. Las herramientas de la atención orientada al paciente incluyen:

- Un vídeo de 18 minutos: Enhancing the Quality of Health Care with the Built Environment: Through the Patient's Eyes — Acute Care
- Requisitos del entorno de la atención orientada al paciente.
- Encuesta del paciente.
- Manual del grupo de análisis y Guía del moderador.

Proyecciones

“Through the Patient’s Eyes”

The Picker Institute

1295 Boylston Street, Suite 100

Boston, Massachusetts

02215

“Through the Patient’s Eyes” es un vídeo muy valorado y complementario del libro superventas que lleva el mismo nombre. El vídeo se centra en cómo ven los pacientes la atención y el tratamiento que reciben durante su estancia en el hospital. “Through the Patient’s Eyes” ha ayudado a instituciones y profesionales sanitarios a la hora de reinventar su forma de gestionar la atención sanitaria. La serie de vídeos abarca ocho dimensiones de la experiencia de los pacientes: acceso a los servicios sanitarios, respeto por las preferencias de los pacientes, coordinación de la atención sanitaria, información y educación, comodidad física, apoyo emocional, implicación de la familia y amigos y proceso de alta. Este vídeo ganó en 1996 el Telly Award for Medical video.

“Not My Home”

Deveaux-Babin Productions

1 Langley Avenue

Toronto, Ontario

M4K 1B4

Este vídeo premiado de producción canadiense supone una mirada realista sobre la vida dentro de una residencia de ancianos. Las enfermeras y ayudantes debaten,

en entrevistas cargadas de sinceridad, sobre las necesidades de la atención sanitaria en residentes, con horarios ajustados y escaso personal. Los residentes debaten sobre cómo la deshumanización de las residencias de ancianos complica los clásicos problemas del envejecimiento, y los familiares muestran su sentido de la culpabilidad al no ser capaces de responder ante las necesidades de sus mayores.

“Real Stories”

Deveaux-Babin Productions

1 Langley Avenue

Toronto, Ontario

M4K 1B4

En Real Stories se habla sobre el trato que reciben los mayores en el sistema de salud. Entre las cinco historias del vídeo, encontramos a un viudo de Sri Lanka que describe los últimos días de la vida de su mujer en el hospital. Una mujer mayor, con dificultad para hablar, nos cuenta cómo es experimentar una atención domiciliaria en la que los profesionales disponen de muy poco tiempo. Otro señor mayor lucha por que se le permita opinar sobre los factores que afectan a su propia salud. Conforme se va desarrollando cada una de las historias, uno se da cuenta de que los profesionales sanitarios, tan entregados a su trabajo, a menudo ignoran a los mayores y se centran en curar su enfermedad, olvidándose muchas veces de la persona.

“Curtain Call”

Terra Nova Films

9848 South Winchester Avenue

Chicago, Illinois

60643

Este vídeo trata sobre la historia real de un conflicto emocional entre una madre víctima de un accidente cerebrovascular y su hija. Ambas luchan por hallar un equilibrio entre la preocupación de la hija por la seguridad de la madre, y el deseo de la madre de tomar sus propias decisiones y vivir su propia vida. Curtain Call engancha al espectador inmediatamente gracias a preguntas sobre el riesgo y la protección, la autonomía y la independencia, la dinámica familiar y los papeles de los profesionales sanitarios, así como cuestiones más generales sobre el envejecimiento, lo que ello supone, y la lucha por la independencia en la tercera edad.

“The Grief of Miscarriage”

Medical Education Consultants

P.O. Box 315, Station A

Richmond Hill, Ontario

L4C 4Y2

Este vídeo ofrece una visión íntima de una experiencia tan personal como el aborto prematuro, desde un punto de vista individual y familiar. Esta mirada, dirigida hacia el dolor y la crisis sufridos en el seno de la familia, supone una eficaz manera de profundizar en temas relacionados con la atención orientada al paciente.

Películas

Las películas famosas son una herramienta única, y muy a tener en cuenta a la hora de presentar los valores y principios de la atención orientada al paciente. El equipo de desarrollo ha utilizado partes de las películas que figuran a continuación para ilustrar estos valores y principios:

“Girl Interrupted”

drama

“Girl Interrupted” tiene lugar a finales de los años 60, una época de cambios. Es la intensa historia real de una joven que se encuentra en una prestigiosa institución de salud mental para mujeres jóvenes con problemas. En ese lugar, tendrá que elegir entre el mundo de la gente al que pertenece en el interior de la institución, y el mundo real y a menudo difícil del exterior.

“Babe”

drama familiar

“Babe” es una fábula en clave de humor sobre un cerdo que no encaja, y sobre los esfuerzos a los que tiene que someterse un cerdo normal y corriente para ser aceptado. Esta película de ficción relata la historia de Babe, un cerdo que planta cara a su destino y se atreve a ser diferente, se atreve a convertirse, de entre todas las cosas, en un perro pastor.

“A Beautiful Mind”

drama psicológico histórico

John Forbes Nash, Jr., un genio de las matemáticas, realizó un sorprendente descubrimiento en su juventud y estuvo a punto de conseguir reconocimiento internacional. No obstante, su prodigiosa carrera se vio truncada por problemas que habrían hundido a cualquier persona. Afortunadamente, Nash consiguió controlarlo. Dedicó su vida a la búsqueda de una idea original, y nunca dejó de creer en ese sueño. Tras largos años de lucha, logró sobreponerse a la tragedia y consiguió, literalmente, cambiar el mundo. La película está inspirada en la vida de John Forbes Nash, Jr., se basa en parte en la biografía “A Beautiful Mind”, de Sylvia Nasar.

“Nuts”

drama

Una prostituta testaruda y de clase alta comete un asesinato, y su familia y abogado quieren que se declare culpable alegando demencia. Ella insiste en decir que está cuerda, y su abogado debe luchar contra sus propios prejuicios y la postura reacia de ella a descubrir la verdad.



Otros recursos

Documental

“On Our Own Terms: Moyers on Dying”

PBS

Bill Moyers, en “On Our Own Terms: Moyers on Dying”, pasa de su lecho de muerte a la primera línea de un movimiento para mejorar los cuidados paliativos. Esta serie, de cuatro partes, seis horas de duración y dos años de producción, cruza el país por hospitales, residencias y hogares para captar algunas de las historias más íntimas jamás filmadas, y las conversaciones más sinceras jamás retransmitidas por televisión.

Teatro

“Handle with Care”

Este docudrama se compone de una serie de historias en las que los actores, que son pacientes con cáncer de mama con la enfermedad extendida, afrontan la realidad de la vida cotidiana. Una vida de la que ahora también forman parte el cáncer, los tratamientos desagradables y la incertidumbre ante los resultados; además, habrá tristeza, miedo e incomodidad con los amigos y familiares que no sepan cómo comportarse o qué decir.

Anexo C: Lecturas Recomendadas

- Ahmann, E. & Lawrence, J. (1999). Exploring language about families. *Pediatric Nursing*, 25(2), 221-224.
- Baier, S. (1996). The view from bed number ten. *Healthcare Forum Journal*, 39(2), 60 – 71.
- Buresh, B. & Gordon, S. (2000). *What nurses know and must communicate to the public*. Ottawa: Ontario. Canadian Nurses Association.
- Davies, C. (1991). A dilemma called Ellen. *Canadian Nurse*, 87(7), 23-24.
- Gage, M. (1994). The patient-driven interdisciplinary care plan. *Journal of Nursing Administration*, 24(4), 26-35.
- Gary, J. A. (1978). The old have the right to be at risk. *Sunday Times*, London.
- Gerteis, M., Edgman-Levitan, S., Walker, J., Stoke, D., Cleary, P., & Delbanco, T. (1993). What patients really want. *Health Management Quarterly*, 15(3), 2-6.
- Gordon, S. (1994). Inside the patient-driven system. *Critical Care Nurse*, 14(3 Supp), 3-28.
- Hayhoe, B. (1997). I have lived. *Journal of Emergency Nursing*, 23(2), 98.
- Hewison, A. (1995). Power and language in a ward for the care of older people. *Nursing Times*, 91(21), 32-33.
- Kelly, B. (1996). Speaking up: A moral obligation. *Nursing Forum*, 31(2), 31-34.
- Kerfoot, K.M. & LeClair, C. (1991). Building a patient focused unit: The nurse manager's challenge. *Nursing Economics*, 9(6), 441-443.
- Liaschenko, J. (1994). Making a bridge: The moral work with patients we do not like. *Journal of Palliative Care*, 10(3), 83-89.
- Messner, R. L. (1993). What patients really want from their nurses. *American Journal of Nursing*, 93(8), 38-41.
- Mitchell, G. (1992). Parse's theory and the multidisciplinary team: Clarifying scientific values. *Nursing Science Quarterly*, 5(3), 103-106.
- Mitchell, G. (1994). The dignity of risk and the right to failure: One profile of patient focused care. *Perspectives*, 18(3), 10.
- Mitchell, G. (1994). Looking beyond the disease to see the person. *Alzheimer's Alert*, 10(13), 1-2.
- Mitchell, G. (2000). *A personal view of waiting: Opening doors to understanding. A profile for staff and volunteers*. Toronto, Ontario. Sunnybrook & Women's College Health Sciences Centre.
- Mitchell, G., Closson, T., Coulis, N., Flint, F., & Gray, B. (2000). Patient-focused care and human becoming thought: Connecting the right stuff. *Nursing Science Quarterly*, 13(3), 216-224.
- Nichols, M. (1995). *The lost art of listening: How learning to listen can improve relationships*. New York: The Guilford Press.
- Young-Mason, J. (1997). *The patient's voice: Experiences of illness*. Philadelphia: F. A. Davis Company.

Anexo D: Documentación

Gage (1994) ha establecido los siguientes principios para la documentación de la atención orientada al paciente:

- El enfoque del paciente frente al enfoque profesional.
- Interdisciplinariedad frente a multidisciplinaridad.
- La prioridad de los resultados frente a la prioridad del problema.

70

Si se tienen en mente estos principios, la documentación de la atención orientada al paciente debe estructurarse de manera que contemple los siguientes aspectos:

Inquietudes de los pacientes – La evaluación del paciente, durante el contacto inicial con la enfermera, así como de manera continuada, debe incluir sus inquietudes y preferencias.

Resultados deseados por el paciente – Las enfermeras necesitan examinar y documentar las inquietudes de los pacientes, haciendo hincapié en lo que el paciente considera que es el resultado más adecuado. Estos resultados no deben ser informes puntuales y descriptivos, sino más bien una reflexión sobre las palabras del paciente. El registro de resultados es una consecuencia del cambio de modelo que implica basar la asistencia en los objetivos y preferencias del paciente. Es preciso animar a los pacientes a que establezcan un orden de prioridades en lo que respecta a los resultados. De esta manera, podrán asegurarse de que sus objetivos determinarán la asistencia que recibe y el equipo que la presta.

Evaluación – Los resultados han de identificarse para garantizar que la fuente de la que provienen queda clara. Por ejemplo: Los resultados pueden definirlos el paciente o la enfermera, bien de forma individual o negociada. La familia también podrá asumir esta función cuando el paciente no esté en condiciones de hacerlo. La eficacia se valora desde la perspectiva personal del paciente, y no desde la perspectiva del profesional sanitario.

Los sistemas de información deben adaptarse a las características de la población y de los centros sanitarios. El siguiente documento tipo es el ejemplo de cómo una institución incorpora, a su sistema de documentación, el enfoque de la atención orientada al paciente. Esta herramienta forma parte del sistema de documentación centrado en el paciente desarrollado por City of Hamilton Social and Public Health Services Department.

Página: _____

Fecha y hora Firma	Datos de contacto	Escuchar al paciente	Conversar con el paciente	Interactuar con el paciente	Resultados

Anexo E: Descripción de la Herramienta

Herramienta: Implantación de las Guías de práctica clínica

Las Guías de buenas prácticas solo pueden implantarse satisfactoriamente cuando se dan las siguientes condiciones: recursos, planificación y respaldo administrativo e institucional adecuados, así como los medios precisos. Para este propósito, la RNAO (a través de un equipo de enfermeras, investigadores y gestores) ha desarrollado la "Herramienta de implantación de Guías de práctica clínica", sobre la base de las evidencias disponibles, los marcos teóricos y el consenso. Recomendamos el uso de esta herramienta de cara a la implantación, en una institución de atención sanitaria, de cualquier Guía de buenas prácticas clínicas.

72

La "herramienta" orienta paso a paso a los grupos e individuos que trabajan para planificar, coordinar y facilitar la implantación de la Guía. En concreto, la "Herramienta" recomienda que se sigan los siguientes pasos fundamentales:

1. Identificar una Guía de práctica clínica basada en la evidencia y bien desarrollada.
2. Identificación, valoración y compromiso de los colaboradores.
3. Valorar si el entorno es adecuado para la implantación de la Guía.
4. Identificar y planificar estrategias de implantación basadas en la evidencia.
5. Evaluar la planificación y la implantación.
6. Identificar y garantizar los recursos necesarios para la implantación.

Obtener resultados positivos al implantar las Guías en la práctica, y conseguir cambiar la práctica clínica, resulta una tarea extremadamente compleja. La "Herramienta" supone un recurso fundamental para gestionar este proceso.

La "Herramienta" está disponible a través de la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario. El documento está disponible en formato limitado por una tarifa reducida, y también gratuito en la página web de la RNAO. Para más información, para adquirirla o para descargar la "Herramienta", visite la página web de la RNAO: www.rnao.org

Anexo F: Resumen de valores, principios y procedimientos principales

Definición de la atención orientada al paciente

Gracias a la atención orientada los pacientes reciben un trato más cercano. No se trata únicamente de prestar un servicio allí donde esté el paciente. Este tipo de atención también incluye la defensa, el empoderamiento y respeto a su autonomía, la opinión, la capacidad de acción y la participación en la toma de decisiones.

Valores y principios de la atención orientada al paciente:

- Respeto.
- Dignidad.
- Los pacientes son quienes mejor se conocen.
- Los pacientes deciden.
- El paciente, en función de sus objetivos, determina los cuidados del equipo de atención sanitaria.
- La continuidad y la coherencia de la atención prestada y del personal sanitario.
- Puntualidad.
- Disponibilidad y acceso universal a los servicios sanitarios.

Procedimientos fundamentales de la atención orientada al paciente:

1. Identificar inquietudes y necesidades

La enfermera puede identificar inquietudes y necesidades mediante las siguientes preguntas:

- ¿Qué es lo más importante para usted?
- ¿Cuáles son sus inquietudes?

- ¿Cuáles son sus objetivos?

2. Toma de decisiones

El paciente es la persona de referencia a la hora de tomar decisiones en lo que respecta a la planificación de la atención y servicios sanitarios. La enfermera puede plantear las siguientes preguntas:

- ¿Qué es lo más importante para usted?
- ¿Cuáles cree que son sus opciones?
- ¿Qué le ayudaría a (...)?

3. Cuidados y atención

Cuando la provisión de servicios sanitarios tiene en cuenta al paciente de este modo:

- Reconocer su experiencia.
- Crear un clima de confianza.
- Respetar y valorar a los pacientes y sus elecciones.

4. Evaluación de los resultados

La enfermera puede evaluar los resultados mediante las siguientes preguntas:

- ¿Cómo es la atención sanitaria que está recibiendo?
- ¿Qué le ayudaría?
- ¿Qué tal le han atendido hoy?



Marzo de 2006

Guía de buenas prácticas en enfermería

Cómo enfocar el futuro de la enfermería

Miembros del equipo de revisión

Penny Nelligan, RN, BScN, MSN
Team Leader Executive Director Huron
County Health
Clinton, Ontario
Frances Flint, RN, MN
Director Nursing Practice
Sunnybrook & Women's College Health
Sciences Centre
Toronto, Ontario
Doris Grinspun, RN, MSN, PhD O.Ont
Executive Director
Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, Ontario
Nancy Lefebvre, RN, MScN
Chief Clinical Executive, Vice President
Knowledge & Practice
Saint Elizabeth Healthcare
Markham, Ontario
Sheila Lewis, BScN, MHSc
Associate Lecturer
School of Nursing
York University
Toronto, Ontario
Dianne Martin, RPN, RN, BScN
Senior Policy Analyst
Nursing Secretariat
Ministry of Health and Long-Term Care
Toronto, Ontario
Suzanne Payeur-Grenier, RN
Clinical Manager
Niagara Health Systems
Welland, Ontario
Elizabeth Peter, RN, PhD
Associate Professor
Faculty of Nursing
University of Toronto
Toronto, Ontario
Beryl Pilkington, RN, PhD
Associate Professor
School of Nursing
York University
Toronto, Ontario
Kari Van Camp, RN, MScN, CPMHN(C),
CARN-AP
Advanced Practice Nurse
West Park Healthcare Centre
Toronto, Ontario
Barb Van Maris, BSc, MSc
Vice President
NRC+Picker Canada
Markham, Ontario
Tracey Skov, RN, BScN, MSN(c)
Program Coordinator
Nursing Best Practice Guidelines Program
Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, Ontario

Atención orientada al paciente Suplemento

Aplicación del suplemento

Este suplemento de la atención orientada al paciente, dentro de la Guía de buenas prácticas en enfermería, es el resultado de una revisión de carácter trienal prevista para la Guía. Se ha incorporado material adicional a fin de proporcionar al lector la evidencia más actualizada y respaldar la práctica. Al igual que ocurría con la publicación de la Guía original, este documento ha de ser revisado y puesto en práctica en función de las necesidades específicas de la organización o centro, así como de las necesidades y preferencias del paciente. Debe emplearse junto con la Guía como una herramienta útil para la toma de decisiones sobre atención orientada al paciente, y como medio para garantizar que se dispone de las estructuras y recursos adecuados a la hora de prestar el mejor servicio posible.

La Guía de atención orientada al paciente refleja claramente los principios de la atención primaria, tal como lo recoge la Organización Mundial de la Salud en Alma 1978, (WHO, 2005), y se explica a continuación.

Accesibilidad – Fácil acceso a los principales servicios de atención sanitaria, sin barreras geográficas o financieras.

Unatecnología apropiada – La tecnología y los tipos de atención han de basarse en las necesidades de la salud, y adaptarse convenientemente al desarrollo cultural, económico y social de la comunidad.

Participación de la comunidad – Es

preciso animar a que las comunidades, participen en la planificación y la toma de decisiones sobre la salud.

Prevención y promoción de la salud – El sistema sanitario se centra más en el bienestar de los ciudadanos que en el tratamiento de enfermedades.

Colaboración intersectorial – Profesionales de diferentes ámbitos trabajan con los miembros de la comunidad para mejorar la sanidad de dicha comunidad.

Asimismo, la Coalition for Primary Healthcare (coalición para la atención primaria) presenta doce principios para la reforma que están reflejados en la Guía de atención orientada al paciente. Los principios son los siguientes: garantizar una amplia cartera de servicios integrales, prestar atención primaria 24 horas al día, siete días a la semana, establecer prácticas interdisciplinarias de grupo, un servicio en función de las necesidades de la comunidad, una atención primaria ajena a fines lucrativos, consejos comunitarios, implicación, financiación, sistemas de información, coordinación de la atención sanitaria, derechos, responsabilidades y transparencia financiera, y educación (RNAO, 2005).

Proceso de Revisión

La RNAO se ha comprometido a garantizar que esta Guía se basa en la mejor evidencia disponible. Para cumplir con este compromiso, se ha establecido un proceso de seguimiento y revisión para cada Guía de carácter trienal. Los miembros del equipo de revisión (expertos procedentes de diversos centros sanitarios) están encargados de revisar la Guía, con especial hincapié en las recomendaciones y en su objetivo inicial.

Nueva Evidencia

Búsqueda bibliográfica
601 resúmenes obtenidos
26 artículos recuperados para revisión
Revisión crítica de los artículos
Desarrollar el cuadro sinóptico de evidencia
Revisiones basadas en nueva evidencia
Suplemento publicado



Difusión

Definiciones:

Las siguientes definiciones son nuevas o revisadas, y han de añadirse a las que figuran en la sección "Definiciones", a partir de la página 12 de la Guía.

Atención orientada al paciente

Un enfoque en el que los pacientes reciben un trato más cercano. No se trata simplemente de prestar un servicio allí donde se encuentra el paciente. La atención orientada al paciente incluye defensa, empoderamiento y respeto a su autonomía, opinión, capacidad de acción y participación en la toma de decisiones.

Atención dirigida al paciente

Comparada con la atención orientada al paciente, la atención dirigida al paciente constituye un enfoque diferente: los pacientes son los verdaderos protagonistas de la atención sanitaria, y se les atiende según sus preferencias

Competencias clínicas e interpersonales (conocimientos y aptitudes)

Este enfoque de la atención sanitaria combina las aptitudes, conocimientos y habilidades de todos los miembros del equipo (incluidos la familia y el paciente). Se sirve de la observación e interacción directas, y da a todos la posibilidad de compartir e influir entre ellos durante el desarrollo de la atención orientada al paciente.

Conocimientos clínicos

Se trata de conocimientos sobre el estado de salud o enfermedad de una comunidad, usuario o paciente, y de los modos de mantener o mejorar la salud o el bienestar. Este tipo de conocimientos sistemáticos se basan en la evidencia y se adquieren y desarrollan mediante la formación profesional, la experiencia y la investigación (Grispun, 2004).

Preparación para la toma de decisiones

Un formador profesional se encarga de preparar para la toma de decisiones. Su función es de apoyo, pero neutral a la hora de decidir. Esta preparación se puede ofrecer de manera directa (individualmente o en grupo), o bien mediante tecnologías de la comunicación (teléfono, Internet). La preparación para la toma de decisiones se aplica sola o en combinación con la ayuda para la toma de decisiones del paciente. Las estrategias deben contemplar:

- Supervisar el conflicto derivado de la toma de decisiones (incertidumbre en la línea de actuación y en los consiguientes déficits modificables en lo que respecta a los conocimientos, la claridad de valores y el respaldo).
- Adaptar el apoyo a las decisiones en función de las necesidades (p. ej.: facilitar el acceso a la información basada en la evidencia, verificar que se entiende, esclarecer los valores, desarrollar aptitudes para la deliberación, comunicar y acceder a los mecanismos de apoyo).
- Supervisar la toma de decisiones y la calidad de las mismas.

El objetivo es ayudar a que los pacientes mejoren en la de toma de decisiones y mejore también la calidad de dichas decisiones. (Greenfield, Kaplan & Ware, 1985; Kennedy et al., 2002; O'Connor, Jacobsen & Stacey., 2002; Stacey, Murray, Dunn & O'Connor, in press).

Calidad de las decisiones

La medida en la que la opción escogida se adapta mejor a los valores de los pacientes en lo tocante a beneficios, riesgos e incertidumbres científicas. (O'Connor et al., 2005; Sepucha, Fowler & Mulley, 2004).

Atención orientada a la familia

En general, hace referencia a un tipo de atención sanitaria en el que se considera a la familia como una unidad de atención en sí misma, y no solo como acompañantes del paciente. Este enfoque es coherente con la atención orientada cuando se respeta el significado de "familia" de cada persona, y se considera a las familias una unidad.

Interacción de los conocimientos

Se trata de conocimientos que abordan los modos de relacionarse con un individuo, grupo o comunidad. Aquí se incluyen las interacciones verbales o no verbales (es decir, miradas, posturas, tono de voz y conducta), las que son constructivas y tienen un propósito específico, las que muestran un deseo sincero de conectar o comprometerse con los demás y, al cabo, aquellas cuya intención es que los demás puedan decidir por sí mismos (Grinspun, 2004).

Ayuda al paciente en la toma de decisiones

Estas ayudas al paciente en la toma de decisiones son herramientas basadas en la evidencia, y están concebidas para que los pacientes puedan elegir a su manera entre las distintas opciones de la atención sanitaria, independientemente de que se trate de decisiones individuales o negociadas. Las ayudas al paciente en la toma de decisiones sirven para complementar (pero no sustituir) el consejo de los profesionales sobre las diferentes opciones. Estas herramientas ayudan de diferentes maneras en la toma de decisiones:

- Proporcionan información basada en la evidencia sobre el estado de salud, opciones, beneficios asociados, riesgos, probabilidades e incertidumbres científicas.
- Ayudan a los pacientes a reconocer la importancia de una decisión, así como a esclarecer el valor que dan a los beneficios, a los daños y a las incertidumbres científicas. Las estrategias contemplan: describir detalladamente las opciones para que los pacientes puedan hacerse una idea de los efectos físicos, emocionales y sociales, y guiarlos a la hora de reflexionar sobre cuáles son los beneficios y daños más relevantes.
- Guían de manera estructurada para dar los pasos que requieren la toma de decisiones y la comunicación de los valores propios a las demás personas implicadas en la toma de decisiones (p. ej.: el médico, la familia, los amigos).

El objetivo final de la ayuda al paciente en la toma de decisiones consiste en mejorar el procedimiento de toma de decisiones y la calidad de estas (O'Connor et al., 2005; O'Connor, Llewelyn-Thomas & Flood, 2004).

Calidad del procedimiento de la toma de decisiones

La calidad de este procedimiento puede juzgarse mediante diferentes criterios. Existe evidencia de que se ayuda al paciente

- Reconocer que es preciso tomar una decisión.
- Conocer las opciones posibles y los correspondientes procedimientos, beneficios, daños, probabilidades e incertidumbres científicas.
- Entender que los valores influyen en la decisión.
- Tener claro qué factores son más relevantes (p. ej.: beneficios, daños, probabilidades e incertidumbres científicas).
- Debatir sobre los principios con los profesionales correspondientes.
- Por último, involucrarse en la toma de decisiones de la manera deseada (O'Connor et al., 2005; O'Connor et al., 2002).

Resumen de evidencias

La siguiente información refleja los cambios realizados a la publicación original (2002), consensuados por el equipo de revisión.

- modificado
- no modificado
- + información adicional

Recomendación • 1

Las enfermeras adoptan los siguientes valores y principios: respeto, dignidad, el paciente es quien mejor se conoce, el paciente también decide, el paciente, en función de sus preferencias, coordina los cuidados del equipo de atención sanitaria, continuidad y coherencia de la atención prestada y del profesional sanitario, puntualidad, disponibilidad y, por último, acceso universal a los servicios sanitarios. Estos valores y principios han de incorporarse y hacerse patentes en todos los aspectos de los servicios de atención al paciente.

-

<p>La redacción de estas recomendaciones se ha revisado con el objetivo de que sea clara y concisa. Los párrafos siguientes se añadirán en la página 22, en el apartado 2e):</p> <p>f) Ayudar en la toma de decisiones.</p> <p>Las enfermeras juegan un importante papel a la hora de colaborar con los pacientes en la toma de decisiones que afectan a su salud. Colaborar de manera personalizada supone que las enfermeras respeten e intercedan por los pacientes (por ser quienes mejor se conocen) en su papel líderes del equipo de atención sanitaria. Asimismo, las enfermeras, como expertas profesionales, desempeñan una destacada labor al ofrecer y compartir con los pacientes su experiencia clínica. De esta manera, los ayudan a tomar decisiones en campos en los que necesitan o desean información adicional. Este tipo de colaboración persigue reforzar la capacidad de los pacientes para, con la debida información, alcanzar las decisiones que más les convengan (Grinspun, 2004).</p> <p>La siguiente información está sacada del trabajo de Stacey, Murray, Dunn & O'Connor (In press).</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Involucrar a los pacientes en la toma de decisiones de la manera que ellos prefieran. La mayoría de los canadienses quieren involucrarse en las decisiones relacionadas con la salud (Magee, 2003; Martin, 2002; O'Connor et al., 2003). Si el nivel de participación se ajusta de forma individualizada a cada caso, se mejoran los resultados (Gaston & Mitchell, 2005). ■ Ofrecer a los pacientes un apoyo estructurado en la toma de decisiones utilizando las ayudas y la preparación del paciente para tomar dichas decisiones. El siguiente procedimiento se basa en el Ottawa Decision Support Framework (marco de apoyo para la toma de decisiones de Ottawa), y se ha sometido a evaluación en numerosas ocasiones (Murray, Miller, Fiset, O'Connor & Jacobsen, 2004; O'Connor et al., 1999; O'Connor et al., 2002; Stacey, O'Connor, Graham & Pomey, in press). <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar las decisiones y el conflicto que se genera en torno a estas. <ol style="list-style-type: none"> i. Decisión: Hábleme acerca de la decisión a la que se enfrenta. ii. Situación: ¿Cuánto suele tardar en tomar una decisión? iii. Certeza: ¿Sabe con certeza cuál es para usted la mejor opción? iv. Conocimientos: ¿Es consciente de las opciones de las que dispone? ¿Conoce los riesgos y beneficios de cada opción? v. Valores: ¿Tiene claro cuáles son los riesgos y beneficios que más le afectan? vi. Respaldo: ¿Qué papel prefiere desempeñar a la hora de tomar una decisión? ¿Tiene el apoyo y consejo necesarios para tomar sus decisiones? ¿Tiene algún tipo de presión externa que influya en sus decisiones? ¿Qué otras personas hay implicadas? • Adaptar el apoyo en función de las necesidades: <ol style="list-style-type: none"> i. Falta de información: reforzar un conocimiento preciso, esclarecer las ideas equivocadas, dar ejemplos concretos, reorganizar las expectativas. ii. Valores inciertos: esclarecer qué es lo que más importa al paciente, y animarlo a que comparta sus valores con otras personas implicadas en la toma de decisiones. iii. Falta de apoyo: fomentar la confianza y las capacidades para: tomar decisiones, gestionar, expresar necesidades, acceder a los recursos y ayudas, superar la presión, implantar cambios. • Evaluar: <ol style="list-style-type: none"> i. Calidad de la decisión (información suficiente, expectativas realistas, que la opción elegida esté consonancia con los valores y prioridades) (O'Connor & Stacey, 2005; Ratliff et al., 1999; Sepucha et al., 2004). 	<p style="text-align: center;">+</p>
---	--------------------------------------

<p>Bibliografía adicional</p> <p>Anthony & Hudson-Barr, 2004; Cott, 2004; Ford, Schofield & Hope, 2003; Gaston & Mitchell, 2005; Grinspun, 2004; Joff, Manocchia, Weeks & Cleary, 2003; Lewin, Skea, Entwistle, Zwarenstein & Dick, 2005; Magee, 2003; Martin, 2002; Murray, Miller, Fiset, O'Connor & Jacobsen, 2004; O'Connor et al., 1999; O'Connor et al., 2002; O'Connor et al., 2003; O'Connor & Stacey, 2005; Ponte et al., 2003; Ratliff et al., 1999; Stacey, Murray, Dunn & O'Connor, 2006; Stacey, O'Connor, Graham & Pomey, in press ; Sepucha et al., 2004; Sumsion, 2005</p>	
<p>Recomendación • 2</p> <p>*Esta recomendación ha sido borrada e incorporada como viñeta en la recomendación 5.</p>	<p>•</p>
<p>Recomendación • 3</p> <p>Los principios de la atención orientada al paciente han de incluirse en el plan de estudios de las enfermeras, estar disponibles como formación continuada, ofrecerse en programas de orientación y ser apoyados por la institución mediante oportunidades de desarrollo profesional. Las organizaciones han de implicar a todos los miembros del equipo de atención sanitaria en este proceso de formación continuada.</p> <p>Bibliografía adicional</p> <p>Bauman, Fardy & Harris, 2003; Cott, 2004; Lewin et al., 2005; Parley, 2001.</p>	<p>•</p>
<p>Recomendación • 4</p> <p>Para fomentar con determinación la atención orientada al paciente a través de una institución, los servicios de atención sanitaria han de garantizar que todos los profesionales sanitarios, independientemente de sus aptitudes personales, apliquen adecuadamente esta práctica. Esto permite adquirir los conocimientos y capacidades necesarios para que la implicación con los pacientes sea mayor y prevalezca su punto de vista. Asimismo, gracias a los modelos organizativos para la prestación de atención sanitaria, las enfermeras y pacientes pueden establecer una relación continuada y provechosa.</p> <p>Bibliografía adicional</p> <p>Bauman, Fardy & Harris, 2003; Cott, 2004; Jonas & Chez, 2004; Lewin et al., 2005; Parley, 2001.</p>	<p>•</p>
<p>Recomendación • 5</p> <p>Las Guías de buenas prácticas en enfermería únicamente podrán implantarse con éxito si existen unos recursos, planificación y respaldo administrativo e institucional adecuados, así como los medios precisos. Es posible que las instituciones quieran desarrollar un plan de implantación que incluya:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Apoyo y comprensión por parte de la cúpula directiva. ■ Evaluación de los requisitos institucionales y de los obstáculos para la formación. ■ Participación de la comunidad (ya sea su respaldo directo o indirecto), que contribuirá al proceso de implantación. ■ Oportunidades continuadas de debate y formación para reforzar la importancia de las buenas prácticas. ■ La oportunidad de reflexionar acerca de la propia experiencia en la implantación de las Guías, desde un punto de vista personal e institucional. ■ Respaldo financiero inicial y continuado. ■ Miembros del público. <p>Para este propósito, la RNAO, a través de un equipo de enfermeras, investigadores y gestores, ha desarrollado la "Herramienta: Implantación de las Guías de práctica clínica", basada en las evidencias disponibles, las perspectivas teóricas y el consenso. Recomendamos el uso de esta herramienta para orientarse en la implantación de la Guía de la RNAO sobre atención orientada al paciente.</p>	<p>•</p>

La redacción de esta recomendación se ha revisado para incorporar como viñeta la recomendación 2 borrada, y así disponer de más información sobre recursos clave y áreas de planificación.

+

Bibliografía adicional

Cott, 2004; Chin, 2004; Kuokkanen & Katajisto, 2003; McCormack, 2003; Nelligan, Grinspun, Jonas-Simpson, McConnell, Peter, Pilkington et al., 2002; Ponte et al., 2003.

Estrategias de implantación

La evidencia continúa respaldando las recomendaciones establecidas, además de alguna nueva forma de entender los éxitos y desafíos que se presentan durante la implantación. Tras la prueba piloto inicial que se hizo de la Guía en cinco instituciones, se reafirmó la importancia de adoptar todas las recomendaciones. Para que la atención orientada al paciente dé buen resultado, no solo se trata de que las enfermeras adopten los correspondientes valores y principios. Es preciso que además lo hagan conjuntamente con otros miembros del equipo profesional, así como con el apoyo institucional de los correspondientes procedimientos y políticas.

Requisitos de la atención orientada al paciente

- Un cambio en el enfoque institucional para poder eliminar las barreras del "poder".
- Incluir estructuras prácticas que permitan compartir ese poder.
- Defender al paciente dentro de las estructuras de poder existentes.
- La ubicación que el paciente y su familia necesitan por su condición de protagonistas de todo el equipo de atención sanitaria y del propio sistema de atención sanitaria.

Es fundamental una formación continuada y adecuada, y unos recursos para apoyar la adopción de prácticas de atención orientada al paciente (véase figura A). La estructura rígida del hospital, la falta de sistemas de información que sirvan de apoyo, o bien no dedicar el tiempo necesario al cuidado y la formación propios, puede obstaculizar que la implantación se realice con éxito (véase figura B). Los procedimientos anteriores han de cuestionarse y evaluarse, y contrastarse con las recomendaciones de buenas prácticas de este tipo de atención. Un tipo de atención que es responsabilidad de cada enfermera, de otros profesionales sanitarios y, además, de la institución en la que estos profesionales trabajan.

Bibliografía adicional

Chin, 2004; ; Kuokkanen & Katajisto, 2003; Spence Laschinger, Finegan, Shamian & Piotr, 2001; Worthley, 1997

Problemas de la falta de evidencia

Al volver sobre las evidencias en la revisión de esta Guía, se identificaron varias lagunas en materia de investigación:

- Evaluar el impacto que tiene este tipo de atención orientada al paciente sobre la disminución de las complicaciones, los reingresos y la asistencia en la preparación para el alta médica.
- Evaluar el impacto que puede tener en los resultados del paciente que la institución apoye la atención orientada.
- Evaluar la contribución de los pacientes en la prestación de atención, y sus efectos sobre la calidad de la atención.

Aparte de los consejos mencionados anteriormente, la RNAO ha publicado recursos de implantación que se encuentran disponibles en su página web. Si se utiliza adecuadamente, una Herramienta para la implantación de las Guías puede resultar de gran utilidad. Puede descargarse gratuitamente en www.rnao.org/bestpractices.

Ilustración A

Elementos positivos de la atención orientada al paciente

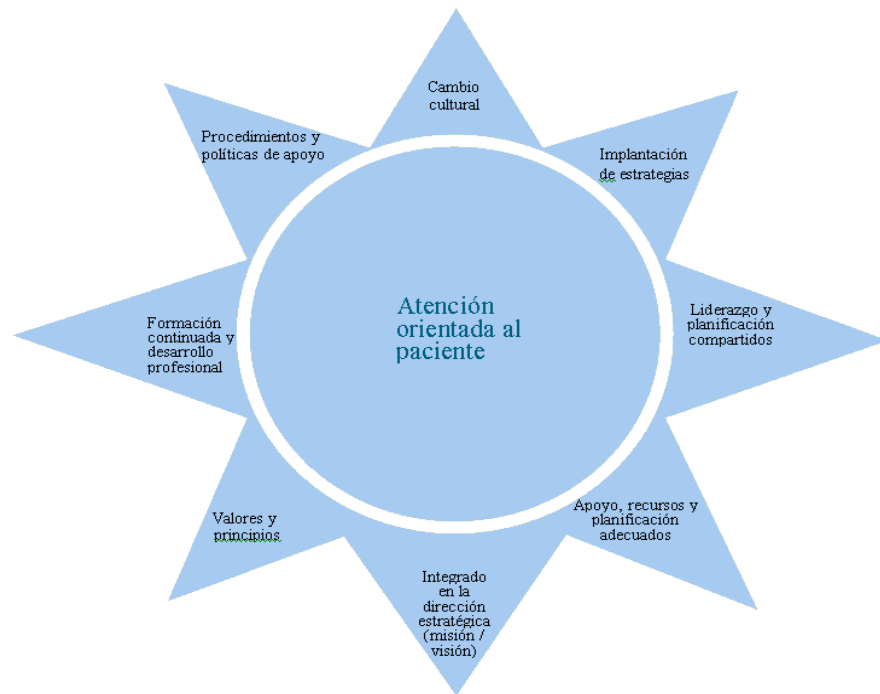
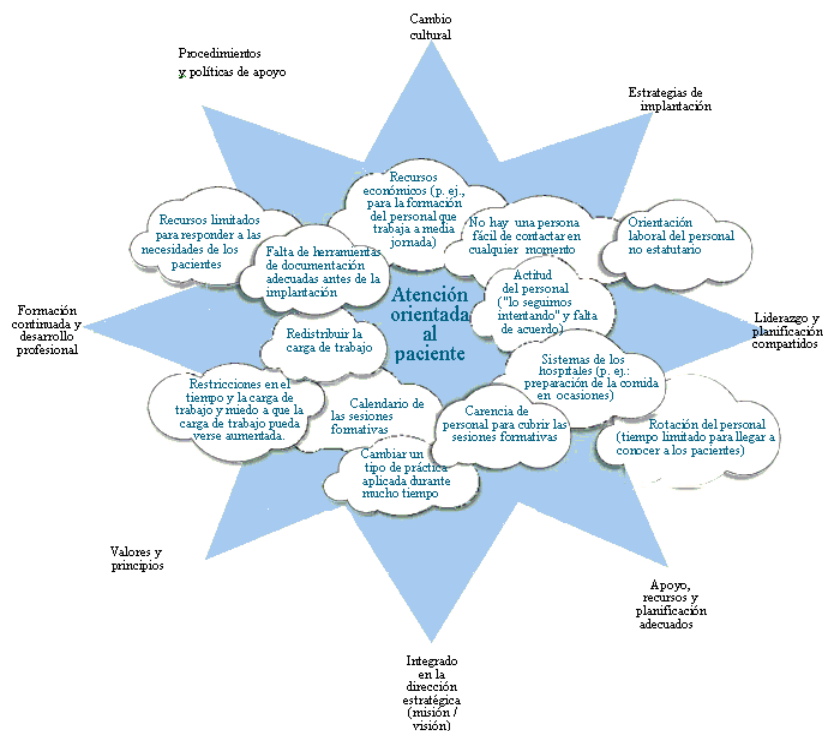


Ilustración B

Desafíos y obstáculos de la atención orientada al paciente



Estudio de caso – Situación 1 (York University, Toronto, Ontario: NURS 4130 6.0- Living Client Centred Care in Complex Care)

Tony es un adolescente al que recientemente se le diagnosticó esquizofrenia. Su médico le ha dicho que necesitará tomar medicamentos neurolépticos durante toda su vida. Le han ingresado en el hospital dos veces en los últimos seis meses. A Tony le gustaría, en la medida de lo posible, disminuir la cantidad de medicación que toma, ya que los efectos secundarios interfieren en su vida cotidiana. Le dice a la enfermera que le hacen sentirse como si estuviera perdido. Sus padres insisten en que debe continuar con la medicación, y también se muestran inflexibles sobre la necesidad de que siga un tratamiento psicológico continuado. Un día, en el vestíbulo, el padre de Tony le dijo a la enfermera que espera que algún día se cure. Ese mismo día, más tarde, Tony le dijo a la enfermera que sentía que sus sueños y esperanzas estaban frustrados. Durante esta hospitalización, Tony empezó a aislarse de los demás, y también se negaba a acudir a todas sus actividades de grupo. Muchos de sus amigos de la escuela que con frecuencia lo visitaron durante su primera hospitalización, habían dejado de venir a verlo.

Le ha sido asignado ser la enfermera de atención primaria de Tony. Describa su labor como enfermera. En concreto, ¿cómo representaría los valores y principios más importantes y los principales procedimientos de la atención orientada al paciente con Tony y su familia? Exponga los motivos de su enfoque y sus acciones.

Otras lecturas relacionadas:

Ahmann, E., & Lawrence, J. (1999). Exploring language about families. *Pediatric Nursing*, 25(2), 221-224.

Deegan, P. E. (1993). Recovering our sense of value after being labeled. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 31(4), 7-11.

Estudio de caso – Situación 2 (York University, Toronto, Ontario: NURS 4130 6.0- Living Client Centred Care in Complex Care)

Se ha encargado usted de la atención del señor C. (de 60 años) en la unidad de cuidados intensivos desde que ingresó hace dos semanas. Sufrió una lesión en la cabeza con múltiples fracturas al caer desde la segunda planta de su casa. Durante este tiempo, ha tenido tiempo de conocer a fondo a la señora C. Le ha contado que se siente culpable porque le pidió a su marido que limpiase las hojas del tejado, y fue entonces cuando sufrió la caída. Los médicos acaban hablar con la familia de la señora C. acerca de la interrupción del soporte vital, dada la gravedad de su pronóstico. Usted se encuentra en la habitación del señor C., con la señora C., su hijo Robert y Sam, compañero de trabajo desde hace mucho. De repente, la señora C. comienza a gritarle a su marido que se levante. Robert, furioso, le dice que ella es la culpable de todo lo que ha pasado. Sam le dice que la deje sola. Añade que no cree que los médicos hayan hecho todo lo posible por el señor C., y que no deberían estar de acuerdo en querer quitarle el soporte vital.

Debatir cómo las lecturas sobre familias, junto con la Guía de buenas prácticas de la RNAO sobre atención orientada al paciente, pueden ayudarle a reflexionar acerca de esta situación. Asimismo, describa y fundamente cómo sería su respuesta.

Otras lecturas relacionadas:

Ahmann, E., & Lawrence, J. (1999) Exploring language about families. *Pediatric Nursing*, 25(2), 221-224.

Cody, W. (2000). Parse's human becoming school of thought and families. *Nursing Science Quarterly*, 13(4), 281-284.

Referencias bibliográficas

- Ahmann, E. & Lawrence, J. (1999). Exploring language about families. *Pediatric Nursing*, 25(2), 221-224.
- Anthony, M. & Hudson-Barr, D. (2004). A patient-centred model of care for hospital discharge. *Clinical Nursing Research*, 13(2), 117-136.
- Bauman, A., Fardy, J., & Harris, P. (2003). Getting it right: Why bother with patient-centered care? *MJA*, 179, 253-256.
- Chin, P. (2004). *Peace and Power* (6th Edition). Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers.
- Cody, W. (2000). Parse's human becoming school of thought and families. *Nursing Science Quarterly*, 13(4), 281-284.
- Cott, C. (2004). Client-centred rehabilitation: Client perspectives. *Disability and Rehabilitation*, 26(24), 1411-1422.
- Deegan, P. E. (1993). Recovering our sense of value after being labelled. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 31(4), 7-11.
- Ford, S., Schofield, T., & Hope, T. (2003). What are the ingredients for a successful evidence-based patient choice consultation?: A qualitative study. *Social Science & Medicine*, 56, 589-602.
- Gaston, C. M. & Mitchell, G. (2005). Information giving and decision-making in patients with advanced cancer: A systematic review. *Social Science & Medicine*, 61, 2252-2264.
- Greenfield, S., Kaplan, S., Ware, J. (1985). Expanding patient involvement in care. Effects on patients outcomes. *Annals of Internal Medicine*, 102(4), 520-528.
- Grinspun (2004). The social construction of caring in nursing. Draft doctoral dissertation, Department of Sociology, York University, Toronto.
- Joffe, S., Manocchia, M., Weeks, J., & Cleary, P. (2003). What do patients value in their hospital care? An empirical perspective on autonomy centred bioethics. *Journal of Medical Ethics*, 29, 103-108.
- Jonas, W. & Chez, R. (2004). Towards optimal healing environments in health care. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 10(1), S1-S6.
- Kennedy, A., Sculpher, M. J., Coulter, A., Dwyer, N., Rees, M., Abrams, K. R. et al. (2002). Effects of decision aids for menorrhagia on treatment choices, health outcomes, and costs: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 288, 2701-2708.
- Kuokkanen, L. & Katajisto, J. (2003). Promoting or impeding empowerment. *Journal of Nursing Administration*, 33(4), 209-215.
- Lewin, S., Skea, Z., Entwistle, V., Zwarenstein, M., & Dick, J. (2005). Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations (Review). The Cochrane Collaboration.

- Magee, M. (2003). Relationship-based health care in the United States, United Kingdom, Canada, Germany, South Africa, and Japan. A comparative study of patient and physician perceptions worldwide. In World Medical Association Patient Safety in Care and Research.
- Martin, S. (2002). 'Shared responsibility' becoming the new medical buzz phrase. *Canadian Medical Association Journal*, 167(3), 295.
- McCormack, B. (2003). Researching nursing practice: Does person-centredness matter? *Nursing Philosophy*, 4, 179-188.
- Murray, M. A., Miller, T., Fiset, V., O'Connor, A., & Jacobsen, M. J. (2004). Decision support: Helping patients and families to find a balance at the end of life. *International Journal of Palliative Nursing*, 10, 272-277.
- Nelligan, P., Grinspun, D., Jonas-Simpson, C., McConnell, H., Peter, E., Pilkington, B. et al. (2002). Client-centred care: Making the ideal real. *Hospital Quarterly*, 70-74.
- O'Connor, A., Elwyn, G., Barratt, A., Barry, M., Coulter, A., Holmes-Rovner, M. et al. (2005). IPDAS-2005: International patient decision aid standards collaboration. In 3rd International Shared Decision Making Conference Ottawa.
- O'Connor, A. M., Drake, E., Fiset, V., Graham, I., Laupacis, A., & Tugwell, P. (1999). The Ottawa patient Decision Aids. *Effective Clinical Practice*, 2, 163-170.
- O'Connor, A. M., Llewellyn-Thomas, H. A., & Flood, A. B. (October 7, 2004). Modifying unwarranted variations in health care: shared decision making using patient decision aids. *Health Affairs Web Exclusive*.
- O'Connor, A. M., Jacobsen, M. J., & Stacey, D. (2002). An evidence-based approach to managing women's decisional conflict. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 31(5), 570-581.
- O'Connor, A. M., Drake, E. R., Wells, G. A., Tugwell, P., Laupacis, A., & Elmslie, T. (2003). A survey of the decision-making needs of Canadians faced with complex health decisions. *Health Expectations*, 6, 97-109.
- O'Connor, A. M. & Stacey, D. (2005). Should patient decision aids (PtDAs) be introduced in the healthcare system? *Health Evidence Network*, World Health Organization Regional Office for Europe.
- Parley, F. (2001). Person-centred outcomes. *Journal of Learning Disabilities*, 5(4), 299-308.
- Ponte, P., Genevieve, C., Conway, J., Grant, S., Medeiros, C., Niew, J. et al. (2003). Making patient-centred care come alive: Achieving full integration of the patient's perspective. *Journal of Nursing Administration*, 23(2), 82-90.
- Ratliff, A., Angell, M., Dow, R., Kupperman, M., Nease, R., & Fisher, R. (1999). What is a good decision? *Effective Clinical Practice*. *Effective Clinical Practice*, 2, 185-197.
- Registered Nurses Association of Ontario (2005). Principles of Primary Healthcare. Available: www.rnao.org/html/policy/coalitions_principles.asp.

Sepucha, K. R., Fowley, F. J., & Mulley, A. G. (October 7, 2004). Policy support for patient-centered care: The need for measurable improvements in decision quality. Health Affairs Web Exclusive.

Spence Laschinger, H., Finegan, J., Shamian, J., & Piotr, W. (2001). Impact of structural and psychological empowerment on job strain in nursing work settings: Expanding Kanter's model. *Journal of Nursing Administration*, 31(5), 260-272.

Stacey, D., Murray, M., Dunn, S., & O'Connor, A. (2006). Recommendation about nurses providing decision support when clients experience decisional conflict. Unpublished Work

Stacey, D., O'Connor, A. M., Graham, I., & Pomey, M. P. (In press). Randomized controlled trial of the effectiveness of an intervention to implement evidence- based patient decision support into a nursing call centre. *Journal of Telemedicine and Telecare*.

Sumsion, T. (2005). Facilitating client-centred practice: Insights from clients. *The Canadian Journal of Occupational Therapy*, 72(1), 13-20.

World Health Organization (2005). Declaration of Alma Ata: International Conference on Primary Healthcare, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978.

Available: http://www.who.int/chronic_conditions/primary_health_care/en/almaata_declaration.pdf

Worthley, J. (1997). *Power and the healthcare professional: The bad things that we good people do*. Chicago, IL: Health Administration Press.

Referencia:

Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (2006). *Atención orientada al paciente*. (suplemento revisado) Toronto, Canada: Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario.

Julio 2002

Guía de buenas prácticas en enfermería

Atención orientada al paciente



*Este proyecto está financiado por el Ontario
Ministry of Health and Long-Term Care*

ISBN 0-920166-43-1



RNAO

Registered Nurses
Association
of Ontario

Association des infirmières
et infirmiers autorisés de
l'Ontario