

marcando unas líneas claras de investigación y favoreciendo su evaluación, difusión y aplicación

- Conseguir la transferencia de resultados de la investigación en cuidados y su aplicación en la práctica de enfermería.
 - Participar de forma conjunta con el resto del equipo asistencial en proyectos coordinados y multidisciplinarios.
- d. *Gestión y Organización*: Las funciones de gestión y organización deben contemplarse en el marco del trabajo en equipo, dado que las actividades de cualquiera de los profesionales influyen y condicionan la actividad del resto. Para abordar estas funciones se constituirá un grupo de trabajo que, entre otros aspectos, debe incluir cuestiones como:
- Planificación y organización del trabajo conjunto de los profesionales sanitarios.
 - Gestión de agendas compartidas y coordinadas.
 - Sistema de información y registro.
 - Evaluación y mejora de los resultados de los cuidados de la población.

Al margen de estas funciones la disciplina de enfermería participa en la prestación en una amplia cartelera de servicios. Entendemos por Servicios de Enfermería la atención prestada a los ciudadanos con el objeto de potenciar su autocuidado o de solucionar las necesidades derivadas de una alteración del mismo, en el que la enfermera actúa como profesional de referencia. Dicha atención, se expresa a través de la promoción de las capacidades de cuidado de los ciudadanos o en la ayuda a los mismos en la búsqueda o resolución de un problema de salud, pudiendo estar incluidos o no dentro de la Cartera de Servicios vigente.

Estos servicios de enfermería se desarrollaran a través de intervenciones enfermeras, éstas a su vez incluirán una serie de actividades, en función de la existencia de un juicio clínico (diagnóstico médico o de enfermería), o en la búsqueda del mismo.

A continuación agrupamos la oferta de servicios según esta clasificación, aclarando que ésta no es exclusiva y cerrada, sino dinámica y abierta, y que no pretende ser un catálogo de prestaciones, dado que tiene como objetivo dar una perspectiva de los campos de trabajo de las enfermeras dentro del equipo de atención primaria.

- Conductas generadoras de salud/ Actividades de Prevención.
- Situaciones de déficit de autocuidados.
- Situaciones relacionadas con el afrontamiento y adaptación
- Procedimientos Diagnósticos y Terapéuticos

Hasta aquí la explicación sobre la función y organización asistencial en atención primaria. Espero que os haya sido de gran utilidad esta ponencia. Si presentan cualquier duda o consulta pueden comentárnosla. Gracias por vuestra atención.

2. La construcción del conocimiento enfermero desde una perspectiva histórica: la transición enfermera

Inmaculada Gonzalez Funes
Graduada en Enfermería. Sevilla

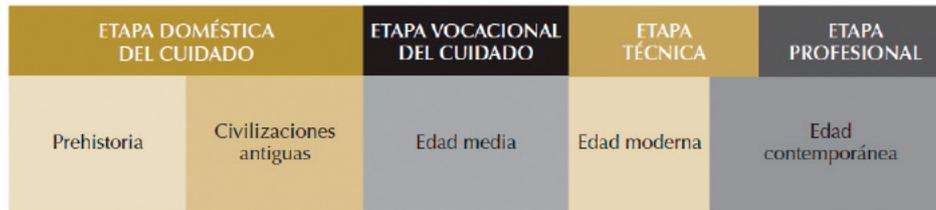
Buenos días. Me llamo Inmaculada soy graduada en Enfermería por la universidad de Sevilla y técnica en anatomía patológica y citología. Actualmente trabajo en el departamento de tutorías y contenidos online de Formación Alcala. En esta ponencia voy a hablar sobre la construcción del conocimiento enfermero desde una perspectiva histórica.

A lo largo de nuestra historia, los cuidados han evolucionado desde una perspectiva técnica a una visión más amplia, integral y holística, también han cambiado desde un enfoque basado en la tradición a uno basado en la evidencia.

El papel de la enfermería a lo largo de la historia ha sido relevante en dicha evolución y ha experimentado grandes cambios.

La evolución del cuidado enfermero está estrechamente ligada a la consideración del concepto de salud-enfermedad que ha caracterizado a cada momento histórico. Para analizar los distintos estilos de cuidar desde el inicio de la civilización hasta nuestros días nos vamos a guiar de las 4 etapas que propone Collière en su libro *Promover la vida, de la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería*.

La primera de estas etapas, denominada «*etapa doméstica del cuidado*» por ser la mujer en cada hogar la encargada del mantenimiento de la vida frente a las condiciones adversas del medio, se desarrolla en el período histórico que comprende desde las primeras civilizaciones a la caída del Imperio Romano. La «*etapa vocacional del cuidado*», segunda etapa de la evolución del cuidado enfermero, se encuadra en la historia desde el origen del pensamiento cristiano, momento en que el concepto de salud-enfermedad adquiere un valor religioso, hasta el final de la Edad Moderna. La tercera etapa, «*etapa técnica del cuidado*», que se desarrolla a lo largo del siglo XIX y gran parte del XX, surge como resultado del tipo de atención a la salud predominante en la época, centrada en la lucha contra la enfermedad, en la que el saber médico se enfoca a la persona como enfermo y las personas encargadas de prestar cuidados adquieren un papel de auxiliar del médico. Finalmente, la «*etapa profesional del cuidado*», en la que la enfermería se consolida como disciplina y como profesión con una responsabilidad definida en el cuidado de la salud de la población, es la cuarta etapa en la evolución del cuidado enfermero y desde un punto de vista cronológico comprende las últimas décadas del siglo xx hasta nuestros días.



A continuación vamos a relatar más detenidamente su evolución.

EDAD ANTIGUA

La edad antigua abarca desde el 3500 a.c. hasta el 476 d.c. En esta época se creía que las enfermedades estaban producidas por espíritus malignos que habitaban en la naturaleza y poseían a los habitantes, por lo que los líderes religiosos eran los encargados de su curación. En esta etapa los sacerdotes eran los médicos y al margen surgen los médicos no seglares que se van a dedicar a la cirugía y a la trauma. De esta etapa en relación con el cuidado apenas se conoce, si existen evidencias de civilizaciones que cargaban el cuidado a las mujeres esclavas o sirvientas, mientras, en otras civilizaciones, comenzaba a participación de una mujer en el momento del parto.

EDAD MEDIA

El periodo histórico de la edad media abarca desde el año 476 d.c. hasta mediados del siglo XV cuando cae el imperio romano. En esta época las creencias sobre las causas de la enfermedad no varían respecto a la etapa anterior, se pensaban que la enfermedad era enviada por Dios, un castigo divino, cuya curación pasaba directamente por la cura divina. En la Edad media surgieron grandes epidemias y brotes de peste por lo que se comienzan a constatar algunos hechos de la prestación de cuidados. El cuidado de los enfermos era importante para el médico de la época, dado que cuanto mejor cuidado se prestara mejor era la evolución de la enfermedad y mayor éxito el del médico. Los médicos combinaban para la curación remedios naturales y consejos morales para combatir la impureza y el pecado. En esta época el cuidado de los enfermos era casi exclusivo de las órdenes religiosas y del sexo masculino. Los barberos colocaban emplastos y realizaban curas y también practicaban sangrías y flebotomías mientras que el maestro sangrador aplicaba ventosas, daba masajes, reducía dislocaciones y supervisaba el trabajo del barbero.

En esta época además apareció la figura femenina a raíz de las nodrizas y las comadronas, estas tendían el momento del parto salvo si había algún problema donde intervendrían los barberos o los cirujanos. Las viudas también estaban autorizadas para asistir partos al igual que las esclavas, que además de realizar las tareas domésticas, cuidaban a los enfermos y heridos.

EDAD MODERNA

Esta época está caracterizada por grandes revoluciones y movimientos importantes como el renacimiento y la refor-

ma protestante. Al margen se inicia el método científico y la experimentación clínica a raíz de la cual se descubren nuevas enfermedades.

En esta época aparece la primera línea enfermera de las manos de San Vicente de Paul quien se considera el precursor de la enfermería moderna. A raíz de su seguimiento, las hermanas de San Vicente de Paul, también conocidas como las Hijas de la Caridad, comenzaron a dedicar en cuerpo y alma al cuidado de los enfermos, estas no tenían disponían de ningún tipo de preparación específica pero no eran tan mal consideradas como las mujeres no religiosas que se dedicaban a esto como las mujeres de mala vida. En esta época la acción de cuidar se llevaba a cabo a través de las juntas de la beneficencia y por las juntas de caridad.

EDAD CONTEMPORÁNEA

La edad contemporánea se inicia en el siglo XVII y comprende hasta nuestros días. En esta época las revoluciones y el movimiento de la ilustración influyen directamente sobre la salud de la población y es cuando las personas empiezan a preocuparse más por sus condiciones de vida, higiene personal, se comienza a hablar del derecho a la salud y de que la asistencia sanitaria debería ser pública y gratuita para los trabajadores y sus familiares.

La reforma en enfermería se inicia en Alemania con los esposos Theodor y Friederike Flidner. Este era un pastor protestante que comenzó a viajar para recaudar dinero y poder construir un centro para ancianos que fundaron en 1833 en el jardín de su casa y la primera escuela de diaconisas de Kaiserwert en 1836. Como estaba mal visto ser enfermera, Flidner cambio el nombre a diaconisas. Esta escuela sirvió de modelo para otras escuelas que se abrieron en Alemania y otros países. La formación enfermera de las diaconisas consistía en la realización de un programa teórico práctico que les preparaba para el cuidado de los enfermos en los hospitales y los domicilios. Una de las personas que visitó esta escuela fue Florence Nightingale.

F. Nightingale nació el 12 de mayo de 1820. Florence desarrolló una gran inquietud por los problemas sociales y aunque tenía su familia en contra, ya que pertenecía a una clase social alta en la que estaba mal visto que una mujer instruida se dedicase al cuidado de los enfermos, ella siguió visitando hospitales y recopiló datos para iniciar un informe que reflejase la situación real de las enfermeras, con el objetivo de crear una escuela donde formar un mayor número de enfermeras.

Estos planes no se pueden llevar a cabo ya que en 1854 es enviada a Turquía por las autoridades inglesas, acompa-

ñaban 38 enfermeras (religiosas y laicas) para atender a los heridos ingleses de la guerra de Crimea. Allí se encargaba de la organización del hospital, que carecía de los mínimos requisitos para atender a los soldados heridos. Con su perseverancia y sus dotes organizativas consiguió dos cosas, que el soldado fuese tratado dignamente y que la enfermera adquiriese un rango profesional del que hasta entonces carecía.

Miss Nightingale demostró sus dotes como administradora, pero encontró serias resistencias por las autoridades militares (ella era mujer y, además, civil). También encontró dificultades con las enfermeras, incluso más que con los médicos.

Sobreponiéndose a estos obstáculos y obteniendo el material de primera necesidad,

Florence transformó un lugar de horror en un refugio donde los pacientes podían recuperarse realmente. Creó cinco cocinas dietéticas, una lavandería, salas de café con música y recreo, salas de lectura y clases. Por las noches, después de que se hubieran retirado las demás enfermeras, hacía rondas en solitario, con su famosa lámpara (era conocida como la "Dama de la lámpara").

Florence Nightingale desarrolló el primer programa organizado de formación para enfermeras así en 1860, se inauguró la *Nightingale Training School for Nurses* como institución educativa independiente financiada por la Fundación Nightingale y se eligió el Hospital de santo Tomas para las prácticas. Los alumnos de la escuela de F. Nightingale eran alumnos entre los 25 y 35 años que sabían leer y escribir, estaban un mes de prueba, en régimen de internado y con una gran disciplina. Su formación era de un curso básico (examen), 2-3 años y realizaban un pago de 30 libras anuales. La filosofía Nightingale era expandir su modelo: poner al ser humano en las mejores condiciones: alimentación, higiene, aire, sol... para que la naturaleza pueda actuar sobre él.

En 1860, las primeras 15 alumnas empezaron su formación reglada. La enseñanza era de un año de teoría y luego dos de formación en un hospital. De esta manera la sociedad valoró esta profesión no solo como un arte, sino también como una técnica.

Florence Nightingale vivió 90 años, que dedicó al perfeccionamiento de la profesión creando numerosas escuelas y escribiendo unas 200 publicaciones entre libros, informes y folletos. Fue la primera enfermera que lucha contra la infección hospitalaria. Presentó un modelo para recoger datos de los hospitales. Su estructura sigue siendo referencia para la enfermería de hoy en día.

La enfermería como profesión existe desde que Florence Nightingale, a mediados del siglo XIX, expresó la firme convicción de que la enfermería requería un conocimiento diferente al conocimiento médico. En su "teoría del entorno" describió lo que para ella era la función propia de enfermería: poner al paciente en las mejores condiciones para que la Naturaleza actúe sobre él; definió los conceptos de salud y enfermedad en relación con la enfermería, el objetivo de los cuidados de enfermería y su praxis.

Es a partir de la década de los años 50 del siglo XX cuando los profesionales de enfermería comienzan a desarrollar las

teorías y los modelos conceptuales que en su evolución han llegado hasta nuestros días. Algunas de las autoras son: *Hildegard Peplau, Ida Jean Orlando, Virginia Henderson, Martha Rogers, Dorothea Orem y Sister Callista Roy*, entre otras. Cada una de estas propone diferentes visiones de la enfermería, entendiendo además que cada una fue creada bajo la influencia de algún acontecimiento socio-cultural que condicionó su desarrollo, así mismo mantienen una tendencia repetitiva en conceptos como: ciencia, diagnóstico, respuestas humanas, cuidado y holismo y también tienen todas cuatro conceptos metaparadigmáticos que constituyen el pensamiento de enfermería que son: salud, entorno, persona y cuidado.

El "modelo de relaciones interpersonales" (1952) de Peplau tiene como esencia la relación humana entre un individuo enfermo y una enfermera educada especialmente para reconocer y responder a las necesidades de ayuda. Este modelo describe cuatro fases en la relación entre enfermera y paciente: orientación, identificación, exploración y resolución.

Martha Rogers defiende el "modelo de los procesos vitales" (1970). El objetivo de la enfermera es ayudar a los individuos para que puedan alcanzar su máximo bienestar. Para ello, la enfermera debe tratar de fomentar la interacción armónica entre el hombre y su entorno.

Henderson (1964) desarrolla sus ideas motivada por sus preocupaciones sobre las funciones de las enfermeras y su situación jurídica. Conceptualizó la función propia de la enfermería, que consistía en atender a la persona sana y enferma en sus actividades, para contribuir a su salud o recuperación, y las que realiza, si tienen fuerza, voluntad y conocimientos necesarios. Declaró que la actuación de enfermería depende del médico y que los seres humanos tienen necesidades básicas que deben satisfacer y normalmente son cubiertas por el individuo sano.

También denominó como necesidades básicas a las actividades que las enfermeras realizan para suplir o ayudar al paciente.

Roy definió su "modelo de adaptación" en 1964, que se basa en la concepción del ser humano como individuo biopsicosocial en constante interacción con su entorno cambiante, y del que recibe estímulos que se deben adaptar para conservar la salud.

La teoría enfermera de Orlando, Teoría del Proceso de Enfermería, hace especial hincapié en la relación entre el paciente y la enfermera. Afirmo que lo que otros dicen y hacen afectan a la enfermera y al paciente. Orlando consideraba que la enfermería era una profesión distinta e independiente a la medicina. Creía que las órdenes de los médicos se dirigían a los pacientes, no a las enfermeras.

La Teoría General de la Enfermería de Dorothea Orem (1971), está compuesta por tres teorías relacionadas entre sí: Teoría del Autocuidado, Teoría del Déficit de Autocuidado y Teoría de los Sistemas de Enfermería. Esta define la salud como "el estado de la persona que se caracteriza por la firmeza o totalidad del desarrollo de las estructuras humanas y de la función física y mental", por lo que la salud es un concepto inseparable de factores físicos, psico-

lógicos, interpersonales y sociales. Incluye la promoción y el mantenimiento de la salud, el tratamiento de la enfermedad y la prevención de complicaciones. Para ella, enfermería es sinónimo de cuidado. El objetivo de la disciplina, es “ayudar a las personas a cubrir las demandas de autocuidado terapéutico”.

En un principio, el ejercicio de la enfermería abarcaba numerosos papeles. El profesional de enfermería se centraba en las medidas de consuelo y en el mantenimiento de un entorno higiénico, desempeñar los papeles del farmacéutico, dietista, fisioterapeuta y asistente social formaban parte de la práctica de la enfermería. Además de realizar actividades médico delegadas.

El proceso de atención de enfermería aparece en los escritos de enfermería a mediados de 1955, cuando Lidia Hall describía a la enfermería como un proceso; sin embargo su descripción tardó varios años en tener aceptación como parte del cuidado integral de enfermería. Posteriormente en 1967, Yura y Walsh crearon un primer texto que describía un proceso con cuatro fases: valoración, planeación, ejecución y evaluación. Blodi en 1974 y Roy en 1975 añadieron la fase de diagnóstico, dando lugar a un proceso de cinco fases. Éste como instrumento, herramienta o método para la práctica, ha sido el modelo predominante en la clínica en enfermería desde hace años y es uno de los temas por considerar en el análisis de teorías y modelos teóricos de enfermería.

Actualmente, el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) constituye una aplicación del método científico en la práctica asistencial que nos permite a los profesionales prestar los cuidados que demandan el paciente, la familia y la comunidad de una forma estructurada, homogénea, lógica y sistemática. Para su realización, se utilizan los planes de cuidado, al objeto de unificar los criterios de Atención y procurar el máximo de calidad de la misma, cuya estructura consta de las 5 fases ya mencionadas.

- Valoración de las necesidades del paciente en la que se incluye la recogida de datos, valoración, organización y registro de dichos datos.
- Diagnóstico de las necesidades humanas que la enfermería puede asistir.
- Planificación del cuidado del paciente donde se fijan objetivos y prioridades
- Ejecución del cuidado que incluye la intervención y actividades.
- Evaluación donde se refleja el éxito del cuidado implementado y la retroalimentación para procesos futuros.

En España la enfermería no existía como profesión encontrando relacionado con la misma las actividades que ejercía el barbero sangrador y el cirujano menor, que se formaban en los hospitales y órdenes religiosas. Dado que la situación sanitaria en España era mala, los gobiernos comenzaron a pensar que tenían que reformar y regular las profesiones sanitarias. El papel de la enfermera no queda incluido dentro de las profesiones sanitarias, es más bien, reconocido como un oficio.

Los tipos de enfermeros que confluyen o se dan son:

- Cuidadores-enfermeros.
- Religiosos.
- Seglares.
- Parteras y matronas.

La enfermería española durante el movimiento reformista del siglo XIX tuvo su máximo exponente en Concepción Arenal, ésta denunció la necesidad de suplir las carencias existentes en el personal y servicios de enfermería, que hasta ese momento eran desempeñados por criadas con escasos recursos económicos y limitados conocimientos culturales, sirvientas sin conocimientos técnicos, y en la mayoría de los casos sin saber leer ni escribir.

En el año 1827 se da la unificación de médicos y cirujanos en una carrera universitaria y una sola titulación: licenciado en medicina y cirugía.

En septiembre de 1857 sale en España la Ley de Base para la Instrucción Pública, denominada “Ley Moyano” y que regula todas las profesiones sanitarias en España y en base a lo que dice, en noviembre de 1861 se publica el reglamento para las enseñanzas de practicantes y matronas, no la de enfermero. El practicante será el que sustituya al cirujano menor y al barbero sangrador. La matrona la encargada de asistir al parto, dar los primeros y urgentes auxilios al recién nacido, así como administrar la ayuda de socorro.

Las enfermeras fueron las que mayores dificultades encontraron para alcanzar el reconocimiento profesional, no instituyéndose el “Titulo de Enfermera” hasta 1915, momento a partir del cual, la profesión auxiliar sanitaria se clasifica en: practicantes, matronas y enfermeras. Clasificación fundamentada principalmente en la división sexual del trabajo y constituían tres tipos de profesionales y tres planes de estudios diferentes.

En 1917, se crean las primeras Escuelas Oficiales de Enfermeras reconocidas por el Estado. La Cruz Roja Española (CRE) inició la formación de enfermeras profesionales en España en el año 1918, la formación constaba de dos cursos. Este proyecto contó con el apoyo de la Reina Victoria Eugenia que insistió en adquirir un hospital donde impartir una enseñanza científica y crear a parte del Cuerpo de Damas de la Cruz Roja, el Cuerpo de Enfermeras Profesionales o retribuidas. Con este fin se creó el Hospital de San José y Santa Adela en Madrid. El cargo de jefa suprema lo ostentaba la misma reina.

En 1924, se crea la Escuela Nacional de Sanidad, con la función de instruir a los médicos y formar un cuerpo de enfermeras sanitarias y preparar al personal subalterno auxiliar. El paso siguiente fue la unificación de estudios, mediante el Decreto 27-VI-1952, se refunden los planes de estudios de practicantes, enfermeras y matronas; había nacido el *Ayudante Técnico Sanitario* (ATS). Iniciándose paulatinamente la profesionalización de la enfermería en España y la integración de las Escuelas de Enfermería en la Universidad.

Con la llegada de la democracia y la incorporación de la enfermería a la Universidad, la Orden Ministerial de 1977 da origen al proceso de unificación, adoptándose el nombre de "enfermería" para todos los profesionales. La carrera de Enfermería pasa a constituirse en diplomatura universitaria, otorgándose ahora el título de *Diplomado Universitario en Enfermería* (DUE) cuya duración de los estudios se fijó en tres cursos académicos.

La nueva concepción de la Enfermería española, simbolizada en la figura del Diplomado en Enfermería, supuso, en definitiva, romper con la imagen de un personal exclusivamente técnico, subordinado a otros profesionales del campo de la salud. El diplomado en Enfermería dispone de un campo de actuación propio en donde desarrollar su labor profesional. Al mismo tiempo, comparte con otros profesionales, caso de la Medicina, Psicología o Trabajo Social, una serie de tareas y funciones, todo ello encaminado al bienestar del usuario de los servicios de salud.

Según un acuerdo internacional en materia de educación el "Espacio Europeo de Educación Superior", firmado en la ciudad italiana de Bolonia el 16 de junio de 1999, se decidió reorganizar los estudios universitarios, con el objetivo de que todos los países miembros de la Unión Europea tuviesen un mismo referente en este campo y no hubiese problema alguno para que un profesional pudiese ejercer su profesión en el país que decida.

Este Espacio Europeo de Educación Superior estructura los estudios universitarios en dos grandes niveles: *GRADO* y *POSTGRADO*, desapareciendo los ciclos universitarios de Diplomatura y Licenciatura. Por ello, gracias a este acuerdo europeo se ha creado el Título de Grado de Enfermería, de cuatro Cursos Académicos, desapareciendo el hasta ahora vigente de Diplomado en Enfermería, de tres Cursos.

La consecución del nuevo título de Enfermería ha sido una de las metas más deseadas en nuestro país, pues la carga docente de la carrera enfermera, entre otros aspectos, era muy superior al grado académico que se le reconocía. Así, por ejemplo, se daba la paradoja de que determinadas titulaciones reconocidas con el grado universitario de Licenciatura tenían una carga crediticia inferior al de la Diplomatura de Enfermería. Por ello, la nueva titulación no viene más que hacer justicia reconociendo el nivel superior académico que le corresponde a la profesión enfermera.

Hemos de destacar, igualmente, la aparición de las Especialidades de Enfermería en la década de los noventa, concretamente en junio de 1992 aparece el correspondiente decreto que regula la de Enfermero especialista interno (EIR) en Asistencia Obstétrico-ginecológica (Matrona) y unos años más tarde la de Salud Mental.

Finalmente en mayo de 2005 se publica el R. D. 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería.

La aprobación definitiva se realizó en el Consejo de Ministros con la consiguiente publicación en el Boletín Oficial del Estado del real decreto por el que se desarrollan las nuevas especialidades de enfermería, lo que supone un reconocimiento a la consolidación progresiva de la enfermería den-

tro del sistema sanitario Las Especialidades de Enfermería son las siguientes:

Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona), Enfermería de Salud Mental, Enfermería Geriátrica, Enfermería del Trabajo, Enfermería de Cuidados Médico-Quirúrgicos, Enfermería Familiar y Comunitaria y Enfermería Pediátrica. A través del Real Decreto de Especialidades, la enfermería tendrá la posibilidad de formarse mediante la figura discente del EIR (enfermero interno residente).

Hasta aquí la explicación muy resumida de los acontecimientos más relevantes de la transición enfermera y la repercusión de a lo largo de la historia. Espero que os haya sido de gran utilidad esta ponencia. Si presentan cualquier duda o consulta pueden comentárnosla. Gracias por vuestra atención.

+ Publicación Tesina

(Incluido en el precio)



1.375 €
ON-LINE

750
HORAS

30
ECTS

Experto universitario en urgencias en salud mental

Edición: 11ª. TÍTULO PROPIO.

Evaluación. 100 Preguntas tipo test, 20 Supuestos y Tesina de investigación



Universidad Europea
Miguel de Cervantes

3. Función asistencial en atención especializada

Esther López Palomino

Graduada en Enfermería. Linares (Jaén)

La estructura de un hospital está especialmente diseñada para cumplir las funciones de prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades.

FUNCIÓN ASISTENCIAL EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA

La atención especializada incluye las actividades asistenciales, diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación y cuidados, así como aquellas de prevención.

La Atención Especializada comprende:

- Asistencia especializada en consultas.
- Asistencia especializada en hospital de día médico o quirúrgico.
- Hospitalización en régimen de internamiento.
- Hospitalización domiciliaria
- Procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA

Las actividades del enfermero responsable de cuidados generales comprenden los cuidados a niños, adolescentes, adultos y ancianos relacionados con problemas de salud agudos o crónicos, de naturaleza somática o psíquica en el medio hospitalario.

Un enfermero responsable de cuidados generales debe ser capaz de proteger, mantener, restablecer y promover la salud de las personas y la autonomía de sus funciones vitales físicas o psíquicas, teniendo en cuenta la personalidad humana en su faceta psicológica, social, económica y cultural, así entre nuestras actividades están las de:

1. Elaborar y aplicar medidas para mejorar la salud y prevenir la aparición de problemas de salud en los individuos familias y comunidades.
2. Adoptar y asumir responsabilidades en el ejercicio de su profesión.
3. Participar en exámenes y tratamientos y, llevarlos a cabo siempre que formen parte de nuestras competencias.
4. Informar y educar a los pacientes, a los estudiantes así como a su entorno.
5. Mantenerse al día de los trabajos de investigación, participar en los mismos y utilizar sus resultados, así como garantizar la calidad de los cuidados de Enfermería.

6. Planificar el trabajo, trabajar en grupo, supervisar equipos y colaborar con el resto de profesionales obteniendo, un enfoque pluridisciplinar e interprofesional de los problemas de salud.

El enunciado de las competencias no puede perder de vista que las intervenciones de Enfermería están basadas en principios científicos, humanísticos y éticos, fundamentados en el respeto a la vida y a la dignidad humana.

El cuidado de las personas es el objeto de conocimiento de la Enfermería y el criterio fundamental que la distingue de otras disciplinas.

La enfermería incluye diferentes funciones como: cuidado directo, cuidado médico delegado, coordinación de servicios, educación e investigación.

Estas funciones se concretan en el cuidado directo o asistencial, el cual está mediado por la relación intersubjetiva y por la comunicación. El *cuidado directo* busca reducir las molestias que afectan a los pacientes y ayudar a alcanzar el bienestar al individuo y los colectivos desde su integridad personal, social y emocional; las *funciones delegadas del médico*, consisten en las acciones de colaboración, y en los procesos curativos de la atención.

La *coordinación de los servicios* se relaciona con la planificación, ejecución y evaluación del proceso de trabajo personal y colectivo de los servicios. El profesional de enfermería comparte sus conocimientos, no sólo con su equipo de trabajo, sino también trabajando para el bienestar de los pacientes, y de sus familias. Finalmente la *función de investigación*, en la cual la enfermera identifica situaciones problemáticas y áreas críticas, y busca y propone estrategias de solución.

El equipo de enfermería, junto con el de auxiliares de enfermería, son las encargadas o encargados de realizar el control continuo de todos los pacientes ingresados en la unidad. Desde que entran al comienzo del turno hasta que salen al final de la jornada son las responsables de todos y cada uno de los cuidados que necesita cada uno de los enfermos que tienen a su cargo.

De manera genérica las actividades que se llevan a cabo en las plantas de hospitalización serían:

- Recibir el cambio de turno o "relevo" por parte de la enfermera o enfermero del turno anterior, se indican las incidencias, intervenciones programadas para ese turno, nuevos ingresos, traslados/altas, se revisa paciente por paciente y dependiendo de la unidad se indicará nombre y patología de cada paciente.
- Se prepara la medicación que corresponda administrar en su turno tanto oral como intravenosa además de parches, inhaladores, aerosoles...
- Tomaremos las constantes vitales: tensión arterial, frecuencia cardiaca y temperatura, en general, en pacientes diabéticos se harán controles de glucemia así como de insulina administrada. El equipo de auxiliares también registrará diuresis y número de deposiciones.