

# **UNIVERSIDAD DE ALMERÍA**

**Facultad de Ciencias de la Educación, Enfermería y Fisioterapia**  
**División de Enfermería y Fisioterapia**



## **GRADO EN ENFERMERÍA**

**Curso Académico: 2012/2013**

**Trabajo Fin de Grado**

**COMPETENCIAS DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS**

**- Autor/a: Luz María Guillén Salvador**

**- Tutor/a: José María Moreno López**

## ÍNDICE

<b>1. Resumen</b>	<b>Pág. 2</b>
<b>2. Introducción</b>	<b>Pág. 2</b>
<b>3. Metodología</b>	<b>Pág. 3</b>
<b>4. Desarrollo de las competencias</b>	<b>Pág. 3</b>
<b>5. Discusión</b>	<b>Pág. 22</b>
<b>6. Conclusiones</b>	<b>Pág. 23</b>
<b>7. Bibliografía</b>	<b>Pág. 24</b>
<b>8. Anexos</b>	<b>Pág. 31</b>

## **1. RESUMEN**

El objetivo de mi trabajo es identificar y describir las competencias o conocimientos que requieren los enfermeros para poder desempeñarse en la Unidad de Cuidados Intensivos. Para ello me he basado en el documento publicado por la Junta de Andalucía de las distintas competencias, las cuales yo las he ido describiendo brevemente basándome en ejemplos o información hallada mediante búsqueda bibliográfica.

El resultado es una explicación y razonamiento de aquellas competencias que la enfermera de la U.C.I debe poseer para desempeñar su función con efectividad. Las conclusiones que podemos sacar de este trabajo es que el profesional de enfermería de esta unidad debe estar muy bien preparado profesionalmente en cuanto a conocimientos, actitudes y aptitudes. Los conocimientos teóricos son sin duda esenciales, pero también son importantes otras habilidades que han de desarrollarse de forma personal.

## **2. INTRODUCCIÓN**

Las competencias profesionales son el conjunto de conocimientos y capacidades para desempeñar una función según las exigencias del empleo. Estas competencias son medibles y evaluables. En el sistema sanitario la competencia se define como “la aptitud del profesional sanitario para integrar y aplicar los conocimientos, habilidades y actitudes asociados a las "Buenas Prácticas" de su profesión para resolver las situaciones que se le plantean.” (Ley de Cohesión y Calidad del SNS, Art.42)

La Gestión por competencias es tomada como marco conceptual y modelo metodológico para el Programa de Acreditación. La acreditación es un proceso que permite identificar si la atención que prestan los profesionales coincide con el modelo de calidad del Sistema Sanitario Andaluz. Este programa permite reconocer de esta manera los logros alcanzados por los profesionales en su trabajo diario promoviendo el desarrollo profesional y personal continuo. De esta manera podemos decir que la acreditación es un proceso continuo, dinámico, que nos permite obtener un desarrollo progresivo en nuestra carrera profesional. El conjunto de comportamientos observables en los profesionales en el desempeño de su función, que hacen posible verificar la existencia de las competencias correspondientes, se denomina “Buena Práctica”. Para que el profesional desarrolle la Buena Práctica es necesario la presencia de los cinco

componentes de la competencia: saber (conocimientos), saber hacer (habilidades), saber estar (actitud), querer hacer (motivación), poder hacer (medios más aptitud). (*Anexo 1*)

Según la zona o el área en la que el profesional desempeñe su trabajo (según el trabajo que realice), se les exigirán unas competencias determinadas. El conjunto de todas estas competencias que debe tener el profesional para trabajar en esa área constituye el “Mapa de Competencias”. En este incluyen tanto las competencias como las Buenas Prácticas. La evaluación se basa en lo que el “profesional hace”, en el comportamiento que tiene ante situaciones reales. Dicha evaluación se realiza comparando estas acciones o comportamientos con las competencias descritas de la unidad en la que trabaje. Este trabajo en concreto, se basa en las competencias de enfermería en la Unidad de Cuidados Críticos. El “Mapa de Competencias” se presenta como una lista específica con una breve descripción. En ocasiones esta descripción no es suficiente para aclarar todo lo que te exigen dichas competencias, así que me ha parecido interesante desarrollar, explicar o ejemplificar cada una de ellas para así describir todos los conocimientos necesarios para trabajar en esta unidad.

### **3. METODOLOGÍA**

Para realizar este estudio o trabajo he optado por el método de revisión bibliográfica. Basándome en el “Mapa de Competencias de enfermería en la U.C.I.”, he realizado una búsqueda de documentos e información acerca de las distintas competencias exigidas en esta unidad. Se han incluido estudios experimentales y cualitativos, documentos oficiales, libros y temario sobre el tema en cuestión, además de trabajos o estudios publicados. Al tratarse de varios subtemas a describir o desarrollar (competencias), para realizar la búsqueda se han empleado distintas palabras claves, pero todas ellas relacionadas con el campo de la enfermería y las ciencias de la salud.

### **4. DESARROLLO DE LAS COMPETENCIAS**

#### **4. 1 Organización y legislación sanitaria (conocer la organización sanitaria de España y Andalucía, prestaciones del SNS y específicas de Andalucía, así como la cartera de servicios del SSPA) (*Anexo 2*)**

El conjunto de servicios que el Sistema Nacional de Salud ofrece a los ciudadanos incluye actividades preventivas, diagnósticas, terapéuticas, rehabilitadoras y de promoción y mantenimiento de la salud.

Las prestaciones del SNS comunes a todas las comunidades son:

- Salud pública: orientadas a políticas de salud y al ciudadano.
- Atención primaria: promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, rehabilitación y trabajo social.
- Atención especializada: En base a las características de las necesidades de los pacientes y su proceso. Se realizan en el hospital, hospital de día, consultas externas.
- Atención de urgencia: En centros sanitarios como fuera de estos. Es necesaria la atención del paciente de manera inmediata.
- -Prestación farmacéutica: Comprenden los productos y los fármacos encaminados a que los pacientes los reciban según sus necesidades.
- Transporte sanitario: Transporte de enfermos que no se pueden desplazar por otro medio y que necesitan ser atendidos.
- Servicios de información y documentación sanitaria: información sobre derechos y deberes de los pacientes y familiares, sobre todas las pruebas o actuaciones que se le vayan a practicar, etc.

#### **4. 2 Derechos y deberes de los usuarios**

El profesional sanitario debe conocer los derechos y deberes de los pacientes o usuarios, así como también debe proporcionarle dicha información a este. La consejería de salud ha elaborado una carta con los derechos y deberes de los usuarios, la cual la podemos encontrar expuesta a la vista de todos en distintos espacios de los centros sanitarios. Dos ejemplos de derechos:

- “Recibir atención sanitaria en condiciones de igualdad, sin que pueda ser objeto de discriminación por razón alguna, respetando su personalidad, dignidad humana e intimidad.”
- “Recibir información de los servicios y prestaciones sanitarias a las que puede acceder y de los requisitos necesarios para su uso.”

Dos de los seis deberes que recoge son:

- “Cumplir las prescripciones generales en materia de salud comunes a toda la población, así como las de los servicios sanitarios, conforme a lo establecido.”
- “Cumplir las normas y requisitos administrativos de uso y acceso a las prestaciones sanitarias.”

#### **4.3 Formación básica en prevención de riesgos laborales**

Todo profesional sanitario debe tener unos conocimientos básicos sobre cuáles son los riesgos laborales y cómo prevenirlos. Como ejemplo de estos accidentes citare el contagio de enfermedades, las lesiones músculo esqueléticas y patologías psicosociales. Algunas medidas de prevención que recoge una publicación del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo son las siguientes:

- Informar o saber sobre los riesgos que conllevan las actividades que realizamos en dicho trabajo y cuáles son las medidas de prevención (manejo de las agujas, de materiales, como deshacerse de materiales en contacto con personas aisladas, etc.).
- Usar guantes para entrar en contacto con el paciente, lavado de manos correcto y en el momento apropiado, uso de la mascarilla en procesos donde puedan haber salpicaduras o contagio respiratorio...
- Seguir las pautas de vacunaciones y además seguir los protocolos de actuación de la planta o servicio.

#### **4.4 Promoción de la Salud (Educación para la salud, consejos sanitarios)**

“La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla.” (Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, OMS, Ginebra, 1986).

La Organización Mundial de la Salud define la Educación para la Salud como “el proceso educativo dirigido a dotar a las personas y a la comunidad de la capacidad de aumentar su control sobre los factores que tienen influencia sobre su salud”

Como profesionales sanitarios tenemos el deber de inculcar a las personas estos hábitos saludables ya sean de manera general (como puede ser en el tema de alimentación, etc.) o específico según su patología propia (consejos de salud para personas que sufrieron una ACV, personas a las que se le han realizado un cateterismo, operaciones concretas, etc.).

#### **4. 5 Soporte Vital Avanzado Cardiológico (Anexo3)**

#### **4. 6 Metodología de cuidados (Procedimientos, protocolos, guías de práctica clínica, planificación de alta y continuidad de cuidados) (Anexo 4)**

Para realizar unos buenos cuidados es imprescindible garantizar la seguridad del paciente. Para ello existen una serie de protocolos, guías y mapas de cuidados generalizados y específicos para cada situación. A continuación citare algunos de ellos:

-Guía de práctica segura, manejo de la medicación de alto riesgo: “medicación de alto riesgo se refiere a aquella que cuando se utiliza de manera incorrecta tiene un alto riesgo de producir daños graves o incluso mortales. El número de medicamentos de este tipo es limitado. Los principios básicos de seguridad son: Reducir o eliminar la posibilidad de que los errores ocurran (utilizar jeringas de diferente color para la medicación oral, etiquetas de colores, limitar el número de este tipo de medicamentos en los botiquines...), hacer visible los errores cuando ocurren para actuar antes de que alcancen al paciente o comience a hacerle efecto, minimizar las consecuencias de los errores (detección precoz, concentraciones más bajas de estos medicamentos...).

-Gestión de incidencias de seguridad: El objetivo de un sistema de notificación es aprender de la experiencia. De acuerdo con la Estrategia para la Seguridad del Paciente, el sistema de notificación, alojado en el Observatorio, estará dirigido a la mejora de la seguridad del paciente, abarcando todos los niveles y áreas de prestación, con carácter voluntario, anónimo, confidencial, no punitivo y abierto para el paciente y las personas cuidadoras.

En este servicio las características de los pacientes son diferentes al resto de las áreas y unidades, es por ello que la enfermera debe tener ciertos conocimientos específicos de aquellos cuidados, que de forma mayoritaria, se hacen en esta Unidad:

- Manejo de la ventilación mecánica, cuidado del TOT o traqueotomía,
- Manejo en el acceso venoso central, catéter arterial y catéter Swan Ganz.

Se realizarán también ciertos procedimientos en los que la enfermera deberá colaborar y tener conocimientos específicos como:

- Colocación de un marcapasos temporal.
- Contrapulsación aórtica.
- Angioplastia, cardioversión eléctrica.
- Procedimientos relacionados con diferentes punciones (paracentesis, toracocentesis, punción lumbar, catéter epidural, pericardiocentesis).

Una vez recuperado el paciente o cuando este ya ha salido del estado crítico por el cual ha sido ingresado en la UCI, los enfermeros deben realizar una planificación del alta para asegurarse que cuando este salga de la U.C.I. reciba o continúe con los cuidados apropiados.

#### **4.7 Metodología en gestión de procesos**

La gestión por procesos está encaminada a conseguir los objetivos de Calidad, es decir, asegurar el abordaje de los problemas de salud desde una visión centrada tanto en el paciente, como en las personas que prestan los servicios y en el proceso asistencial.

La metodología del diseño de procesos asistenciales presenta como objetivo: *“Establecer el modelo teórico deseable en el que se ha de basar el desarrollo de cada proceso asistencial integrado, en el marco del Sistema Sanitario Público de Andalucía.”* Para ello tendremos en cuenta los siguientes puntos:

Centrarse en el ciudadano (incorporar las expectativas de los usuarios), garantizar la continuidad asistencial, incluir sólo aquellas actividades que sí aportan valor añadido, procurar la participación de todos los profesionales asegurando

implicación y satisfacción, ser flexible para adaptarse a nuevos requerimientos e incorporar mejoras. Las líneas estratégicas que propone la sanidad andaluza para conseguir los objetivos mencionados anteriormente son: Calidad y procesos asistenciales; Desarrollo de profesionales; Evaluación y prospectiva; Investigación; Sistemas y tecnologías de investigación; Financiación; Comunicación.

#### **4.8 Conocimientos Básicos de Calidad (Indicadores, estándares, documentación clínica, acreditación, Guías de práctica clínica, )**

Todo profesional debe poseer ciertos conocimientos básicos de la unidad en la que trabaja. Para trabajar en la U.C.I se deben tener ciertos conocimientos básicos sobre los problemas diagnósticos más habituales, el tratamiento de estos diagnósticos y las técnicas que se realizan en dicha unidad.

- La acreditación: proceso por el que una organización se somete de forma voluntaria a un sistema de verificación externa que evalúa y mide, mediante un conjunto de estándares, el nivel en que se sitúa dicha organización con relación a un conjunto de referentes previamente establecidos, consensuados con los expertos y adaptados al territorio.” Andalucía es una de las cuatro comunidades autónomas que dispone de normativa y programas oficiales de acreditación.
- Guías de práctica clínica: El MSPS y las comunidades autónomas elaboran guías de práctica clínica con el objetivo de elaborar estándares y recomendaciones (sin tener carácter normativo) a la hora de realizar algún procedimiento u abordar algún problema de salud.

El NQF ha publicado recientemente una actualización de las prácticas seguras para una mejor asistencia sanitaria. Algunas de ellas son:

- Prevención de la infección asociada a catéter central (Proyecto Bacteriemia Zero).
- Adoptar medidas para prevenir las complicaciones asociadas a pacientes ventilados mecánicamente: concretamente, neumonía asociada a la ventilación mecánica (Proyecto Neumonía Zero), trombo embolismo venoso, úlcera péptica, complicaciones dentales, y úlceras por presión
- Prevención de la úlcera por presión.
- Información sobre la asistencia al paciente. Debe asegurarse que la información sobre la asistencia es transmitida y documentada de forma oportuna y claramente

comprensible al paciente y a todo proveedor de asistencia que precise la información para garantizar su continuidad, dentro y entre servicios sanitarios.

#### **4. 9 Metodología de la investigación nivel básico (Elaboración de protocolos; recogida, tratamiento y análisis de datos; escritura científica, búsquedas bibliográficas, normas de publicación)**

El objetivo de la investigación es resolver problemas, por ello se crean los protocolos, las guías de práctica clínica... basadas en la evidencia, en la investigación. Un nivel básico en la investigación o de formación en la evidencia, nos permite buscar y realizar estudios con base científica. Para la realización de cualquier protocolo se debe realizar una investigación (recogida, procesamiento, y análisis de datos). Para realizar una búsqueda bibliográfica debemos saber emplear el vocabulario correcto, los marcadores etc. El diseño de la estrategia de búsqueda es el siguiente:

1. Definición de la consulta inicial (la pregunta inicial debe contener las palabras claves que introduciremos en los buscadores).
2. Definición de los criterios de búsqueda (en función al nivel de información que deseamos, tipo de documento, tiempo o fecha de los mismos, idioma).
3. Definición de la estrategia de búsqueda (identificar las palabras claves y sus sinónimos para ampliar el campo de búsqueda, bases de datos).

#### **4. 10 Conocimientos Básicos de Gestión Recursos (Planificación, programación de actividad asistencial, indicadores de eficiencia, control del gasto...)**

“La administración es una forma de organizar o actuar consciente y ordenada utilizando unos recursos de manera eficiente y eficaz para conseguir unas metas que produzcan beneficio a todos.” Sus etapas son: preparatoria (planificación, organización) y de ejecución (dirección, evaluación).

Para poder alcanzar los objetivos planteados debemos realizar una planificación que nos permite tener una visión de futuro, determinar material empleado, tiempo de acción, etc. Las etapas de la planificación son: 1. Análisis y diagnóstico de la situación. (Técnica que se utiliza en cualquier concepto) 2. Establecimiento de prioridades 3. Elección y determinación de alternativas 4. Elaboración de objetivos 5. Formulación de un plan: programación.

Con una buena planificación a parte de realizar una buena actividad asistencial podemos tener una mejor gestión de los recursos disponibles.

\*Eficiencia. Obtener los mejores resultados con los recursos disponibles.

#### **4. 11 Dirección de equipos de trabajo. Gestión de personas**

La gestión de personas significa garantizar el número de profesionales necesarios correctamente cualificados en cada servicio y en cada momento. De esta manera podremos conseguir los objetivos que nos habremos marcado anteriormente.

Cuando la situación lo requiere, la enfermera “a cargo de un equipo” debe ser capaz de modificar o fomentar ciertas conductas en los miembros de su equipo. La cualidades para un buen liderazgo o dirección son; Motivador, amable, buen comunicador, sociable, capacidad de enseñar a los demás, estar capacitado, disciplinado, organizado, veracidad (manifiesta las cosas tal y como son), responsabilidad, servir de modelo...

#### **4. 12 Conocimientos sobre procedimientos internos (normas de funcionamiento interno) (Anexo 5)**

Es conveniente que cada profesional o miembro de la plantilla de la UCI tenga conocimiento sobre objetivos del servicio, la plantilla, líneas de responsabilidad, protocolos, directrices éticas...

#### **4. 13 Definición de objetivos y resultados: DPO**

El objetivo principal de la Unidad de Cuidados Intensivos es proporcionar un cuidado integral a aquellas personas en condiciones críticas de salud.

“El proceso de atención de enfermería es la aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera. Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.”

Está compuesto de cinco etapas: 1. Valoración (recogida de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes), 2. Diagnóstico (según los problemas de salud, se enuncia el problema real o potencial del paciente), 3. Planificación (se establece el plan de cuidados orientado a eliminar, reducir o prevenir los problemas detectados), 4. Ejecución (se ponen en prácticas las actividades planificadas en el plan

de cuidado), 5. Evaluación (se comparan los resultados obtenidos con los objetivos o resultados que esperábamos descritos en la planificación).

Es importante que el profesional trabaje con este sistema ya que es un proceso científico, sistemático y continuo que tiene como objetivo atender todas las necesidades de salud del paciente y que busca la autonomía y el bienestar.

#### **4. 14 Conocimientos básicos sobre gestión de residuos sanitarios. (Anexo 6)**

Los centros sanitarios, y por tanto los trabajadores de éstos tenemos la obligación de identificar y clasificar los residuos sanitarios para así garantizar su adecuada retirada y eliminación.

1. Generación de residuos sanitarios. En esta parte intentaremos minimizar dentro de lo posible la cantidad de residuos generados (no malgastar, reciclar, etc.).

2. Identificación y separación de residuos sanitarios.

3. Envasado de residuos sanitarios. Cada producto o residuo, según la clase a la que pertenece se desechará de manera y en envases específicos.

Los residuos de los grupos I y II se recogerán en recipientes con las siguientes características: Opacidad, resistente a las roturas, asepsia total en su interior, ausencia en su interior de elementos cortantes y punzantes, volumen inferior a 70 litros.

Los residuos del grupo III irán en contenedores especiales rígidos o semirrígidos de color amarillo o negros con el símbolo de riesgo biológico.

#### **4. 15 Metodología de calidad**

En la U.C.I, por el tipo de pacientes que se ingresan en esta unidad, se realizan ciertas técnicas y tratamientos que requieren de conocimientos específicos como son: desfibrilación, control de la presión arterial y venosa central, perfusión de fármacos cardiacos y vaso activos, drenaje torácico... En el manual de procedimientos de la U.C.I se recogen algunas normas o acciones que se deben realizar de las cuales nombraré:

- Vía aérea: los filtros bacterianos y filtros humidificadores del paciente se cambiarán todas las mañanas.

- Vía venosa: se mantendrán las imprescindibles, el drum tendrá un mantenimiento máximo de 15 días, y las vías periféricas de 5 días.
- Se realizará una Valoración Inicial enfermera dentro de las 24 horas del ingreso del paciente.
- Registro y cumplimiento de gráficas: a fin de unificar criterios en todas las gráficas aparecerá cierta información determinada del paciente.

#### **4. 16 Sistemas de clasificación de pacientes y medición del producto sanitario (CMBDA, GRD)**

Para identificar el producto hospitalario se elabora el Conjunto Mínimo Básico de Datos que recoge información sobre las patologías atendidas en el centro sanitario así como información sobre el paciente (identificación del enfermo, fecha de nacimiento, sexo, residencia, fecha de alta...)

Los Grupos de Diagnóstico Relacionados (GDR) tienen como objetivo clasificar a los enfermos en grupos compatibles según su diagnóstico o patología, con estancias medias hospitalarias y consumo de recursos similares, de modo que los costes de tratamiento de un mismo grupo deben ser similares.

Los dos criterios básicos de inclusión en la UCI son: que necesiten un elevado nivel de cuidados y que sean recuperables. Para categorizar los niveles de cuidados seguimos la clasificación del “Department of Health” del Reino Unido. Se definen así los niveles 3 y 2 de cuidados críticos:

- Nivel 2: Pacientes que necesitan observación frecuente o intervención, que requiere cuidados postoperatorios, o necesita niveles más altos de cuidados.
- Nivel 3: Pacientes que requieren soporte respiratorio básico o avanzado junto con soporte a dos sistemas orgánicos al menos. Se incluyen a pacientes que requieren soporte por fallo multiorgánico.

#### **4. 17 Gestión de documentos clínicos**

La gestión de documentos clínicos consiste en gestionar toda la información clínica generada por el paciente, independientemente del centro sanitario en el que se le atienda. Los objetivos de la gestión de documentos clínicos son: Existencia de historias

clínicas únicas del paciente, integración de la información del proceso asistencial en un mismo documento, facilitar la localización y el manejo de la información, seguir la política hospitalaria sobre gestión de documentos y de historias clínicas, impulsar el empleo de las nuevas tecnologías para la recogida de datos clínicos, su transferencia y recuperación, mejorar la disponibilidad de la información y favorecer la comunicación interprofesional.

*Diraya* es el sistema de información que el sistema sanitario público andaluz utiliza como soporte de la información y gestión de la atención sanitaria en su red regional de salud. Gracias a este sistema los profesionales sanitarios que asisten a un mismo paciente, tienen acceso a la información clínica en cualquier centro sanitario de la geografía andaluza, siempre que el usuario lo autorice. La tarjeta sanitaria del ciudadano es la "llave" que permite acceder a los datos de la historia clínica única. Este sistema cumple con todos los objetivos de la gestión de documentos descritos anteriormente. Este sistema tiene la peculiaridad de facilitar la accesibilidad a los servicios y prestaciones del sistema sanitario, permite controlar el flujo de pacientes, la incorporación de sistemas expertos de ayuda al diagnóstico.

#### **4. 18. Conocimientos en técnicas de comunicación interpersonal.**

Una de las habilidades clínicas del profesional de enfermería es la comunicación. Esta es un componente clave en la relación con el paciente (relación de ayuda), y define la calidad de los cuidados de enfermería. La comunicación en enfermería es un proceso complejo que precisa de unas habilidades que se pueden aprender, practicar y mejorar. La habilidad más efectiva para la comunicación interpersonal es la escucha activa. Escuchar es un proceso psicológico que se realiza de manera intencionada. Un buen "escuchador" ayudará a que la otra persona exponga su situación y detectar e interpretar al mismo tiempo "la comunicación no verbal" (tono de voz, timbre, nerviosismo, gestos, brillo de ojos...).

Los beneficios de la escucha activa son muy variados: da seguridad al paciente, se siente comprendido, evita malos entendidos, reduce la tensión, estimula la confianza, cooperar ambas partes, ayuda a tomar decisiones... Las habilidades de la escucha activa son:

- No verbales: postura adecuada, mantener contacto ocular, escuchar todo de voz y tono emocional, expresión facial.
- Verbales: no interrumpir, sintetizar información o puntos clave, repetir la idea principal, no manifestar juicios sin comprensión, saber aguantar los silencios.

#### **4. 19 Capacidad de trabajo en equipo**

“Es la capacidad de participar activamente en la ejecución de una meta colectiva común, subordinando los intereses personales a los objetivos del equipo, complementando las competencias y la información con el resto del equipo, sumando voluntades en un marco de responsabilidad y compromiso compartido.”

Cada miembro del grupo tiene con respeto al objetivo común una opinión, preferencias y estilos diferentes que pueden hacer que surjan desacuerdos. Esta diversidad de puntos de vista por una parte da valor al equipo y por otra dificulta su funcionamiento. Se trata entonces de abordar estos desacuerdos para llegar finalmente a un consenso común sobre soluciones acertadas. Para poder trabajar en equipo se requieren de ciertas habilidades intelectuales (pensar y decidir colectivamente) y sociales (comunicar, escuchar, apoyar, buscar el consenso...).

#### **4. 20 Individualización de cuidados**

Según la patología o enfermedad del paciente existen protocolos específicos de cuidados o estandarizados para los problemas ya existentes o previsibles según el diagnóstico clínico. Los planes de cuidados estandarizados se crearon con el objetivo de homogeneizar y unificar criterios, pero estos planes debemos de adaptarlos a la situación concreta y a las necesidades específicas del paciente, ya que estas pueden variar con respecto a las de otra persona con el mismo diagnóstico. Los objetivos de cualquier P.C. Estandarizado son: Realizar un cuidado integral del paciente, registrar todas las actividades de enfermería, educar e implicar al paciente y familia sobre el proceso de su enfermedad y en los cuidados básicos, contribuir a la elaboración de una Guía de Cuidados al alta para paciente/familia, en vías de conseguir la máxima autonomía en las actividades de la vida diaria. Tras el diagnóstico, toda patología tiene unas complicaciones o problemas comunes, los P.C. Estandarizados recogen estos diagnósticos y proponen actividades y objetivos que se le pueden realizar a estos

pacientes. Son las enfermeras quienes valoran si son adecuados o no estos diagnósticos propuestos.

#### **4. 21 Comunicación oral y escrita**

La comunicación consiste en dar y recibir información a través del habla, la escritura, gestos... El objetivo principal de una buena comunicación es favorecer una buena relación interpersonal que ayude a la mejor recuperación del enfermo.

Además de ser necesaria la comunicación con el paciente para dar y recibir información así como para una mejor relación con este, también es importante a la hora de dar los relevos de enfermería. Es importante comunicarnos correctamente entre las enfermeras ya que estamos dando información a cerca de la situación y de lo relacionado con el paciente. La comunicación oral tiene las características de ahorrar tiempo a la hora de transmitir la información, evita la duplicación de información, proporciona a la enfermera la continuidad de los cuidados. La comunicación escrita es permanente, no se emiten juicios de valor u opiniones, son anotaciones objetivas.

#### **4. 22 Capacidad para tomar de decisiones.**

La enfermera tiene funciones específicas (proporcionar cuidados, control del paciente, administración de medicamentos...) que hacen que sea importante la capacidad de tomar decisiones.

La toma de decisiones es un proceso reflexivo que incluye identificar un problema, buscar unas soluciones o alternativas, y seleccionar la más adecuada a la situación. La capacidad para solucionar problemas es una habilidad que puede aprenderse y mejorarse, por tanto es imprescindible para cualquier enfermera desarrollar dicha capacidad, para así poder responder adecuadamente a los problemas de cuidados de los pacientes.

#### **4. 23 Capacidad de Relación interpersonal ( Asertividad, empatía, sensibilidad interpersonal, capacidad de construir relaciones)**

En enfermería, y generalmente en la rama sanitaria, es de gran importancia el dominio de las habilidades sociales para llevar a cabo una práctica humanizada. Las habilidades para la comunicación o relación interpersonal son:

- **Empatía:** necesaria para la comunicación tanto con el paciente como con los familiares. Supone poder comprender o experimentar pensamientos o acontecimientos desde la posición del otro.
- **Asertividad:** significa desempeñar los derechos y deberes como enfermeros y su esencia radica en la habilidad para transmitir y recibir información de manera respetuosa, honesta, directa y en el momento apropiado.
- **Sensibilidad interpersonal:** es imprescindible para que los profesionales enfermeros se acerquen a las personas, a sus pacientes. La sensibilidad en las relaciones interpersonales nos permite captar mensajes que no son expresados verbalmente de forma directa.
- **Capacidad de construir relaciones:** La relación con el paciente constituye el eje de los cuidados. Es el medio para conocer al paciente y su situación a la vez que tiene también poder terapéutico para este.

#### **4. 24 Capacidad de promover y adaptarse al cambio**

La enfermería debe ser capaz de adaptarse a un entorno o situaciones que están en continuo cambio. Debemos adaptarnos a la realización de diferentes tareas, tratamientos, diagnósticos, nuevas responsabilidades...

En lo que se refiere a la salud de los pacientes, la capacidad de promover el cambio dentro de la enfermería es importante, ya que esta profesión, mediante la promoción de la salud y otras actividades tienen como objetivo cambiar hábitos de vida, o conductas inapropiadas para aumentar o mejorar la salud de la población. Las enfermeras deben ser agentes de cambio, deben revisar sus actitudes y adquirir nuevas competencias, conocimientos y habilidades para dar una mejor resolución a los problemas de salud de la población.

#### **4. 25 Adecuada utilización de los recursos disponibles**

Una adecuada utilización de los recursos disponibles supone que los enfermeros sean capaces a lo largo de su actividad asistencial diaria de tener capacidad de resolución, de administrar de manera adecuada los recursos materiales o equipo disponible, además de administrar adecuadamente los recursos económicos y presupuestarios del servicio en el que trabaja. Esta competencia hace referencia a que el

personal de enfermería consiga la resolución del mayor número de problemas teniendo en cuenta y administrando adecuadamente los recursos disponibles (recursos que debemos de conocer y optimizar).

#### **4. 26 Capacidad docente**

En lo que se refiere a la enfermera en la UCI, en ocasiones se puede encontrar con que debe desempeñar una función docente con compañeros nuevos en esta área, con alumnos de enfermería o familiares. Para ello se debe: Identificar las necesidades educativas, colaborar con la enseñanza de alumnos de enfermería, dar formación cuando se introduzcan novedades, participar en congresos, cursos, etc de la especialidad, ser capaces de ejercer la docencia dentro del mismo hospital para los demás compañeros y en lo que se refiere a los familiares del paciente educar y orientar para asegurar la continuidad de los cuidados y la prevención.

#### **4. 27 Visión continuada e integral de los procesos**

El enfermar es un proceso complejo, ligado a la persona, a sus circunstancias, sus condiciones, etc. Los profesionales de enfermería no debemos fijarnos o centrarnos solamente en la enfermedad en concreto, si no en la persona de manera integral para detectar otros problemas que puedan afectar a esta. La visión continuada e integral nos permitirá ver la evolución del paciente a lo largo del tiempo y todos los factores o datos relacionados con este que han hecho evolucionar el proceso de enfermedad.

Modelo conceptual: *“La persona es un ser integral, con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí y tienden al máximo desarrollo de su potencial”.*

#### **4. 28 Aplicación de técnicas básicas de investigación**

Es necesaria que todo enfermero sea capaz de utilizar los instrumentos que le acerquen a la información con objeto de aumentar sus conocimientos tanto desde la perspectiva científica como para el ejercicio profesional. Para llegar a una buena investigación se deben seguir ciertos pasos; definir un problema susceptible de estudio, analizar su contexto, seleccionar los instrumentos apropiados, buscar y analizar la información. Una vez definido el problema es cuando se deben elegir las técnicas de

investigación que emplearemos. Por ejemplo, las técnicas básicas de investigación se pueden clasificar en: documentos, entrevistas, observaciones y cuestionarios.

#### **4. 29 Afrontamiento del stress. (Anexo 7).**

El stress está influido por condiciones económicas, sociales, del trabajo, ambientales y personales. En el desempeño de la enfermería habitualmente nos podemos encontrar con alguna o varias de estas condiciones juntas que nos hacen tener más o menos grado de stress. En el día a día puede haber momentos estresantes como son el manejo de los familiares, la presión del trabajo, el tema de los salarios, conflictos con los compañeros, carga de trabajo, etc., por ellos se considera necesario tener conocimientos de técnicas de afrontamiento del stress.

Afrontamiento del stress: *"los esfuerzos, tanto cognitivos como conductuales que realiza el individuo para hacer frente al estrés"*.

#### **4. 30 Capacidad de asumir riesgos y vivir en entornos de incertidumbre**

En la UCI, los trabajadores están expuestos a diferentes riesgos (psicológicos, químicos, biológicos, físicos, ergonómicos).

La continuidad de cuidados requerida por el tipo de pacientes de la UCI puede generar incertidumbre. En el trabajo diario de la enfermera en la UCI pueden representarse (por parte de los pacientes) o incluso suceder (afectando de manera directa al enfermero) situaciones inesperadas, de gran magnitud de daño, con pérdidas, recuerdos previos a este hecho, recuerdo de vivencias o relatos pasados, sensación de amenaza, riesgo o temor que producen entornos de incertidumbre, a los cuales el profesional debe intentar adaptarse o adquirir la capacidad de vivir en ellos.

#### **4. 31 Capacidad de ilusionar, incorporar adeptos y estimular el compromiso, Capacidad de motivar.**

*"El/la profesional establece mecanismos de relación interpersonal que inducen estímulos positivos en sus colaboradores. Estos manifiestan interés en trabajar en los proyectos presentados por dicho profesional, confianza en su trabajo e ilusión por los resultados."*

Esta competencia es importante para la enfermería, ya que es el trabajador sanitario quizás más cercano al paciente. Para llevarla a cabo depende en gran parte de la capacidad de relacionarse y de comunicación. En muchos casos es necesario motivar al paciente, darle un sentido a su vida y darle ánimos. También se pretende modificar o cambiar ciertas ideas en relación a su salud y conseguir un compromiso de mejora por parte del paciente. Con la educación sanitaria conseguiremos mejorar el estilo de vida de las personas en relación a su situación, pero para conseguir que dicha educación sea efectiva debemos ser capaces de implicarnos para conseguir la motivación e ilusión necesarias por parte del paciente.

#### **4. 32 Técnicas de comunicación, presentación y exposición audiovisual**

*“El profesional utiliza de forma adecuada herramientas de presentación audiovisual”*

La presentación audiovisual es el mejor método para transmitir información logrando también la atención del público... Una regla fundamental es preparar un esquema básico (título, introducción, cuerpo y conclusiones) a la hora de comunicar la información. Es recomendable antes de realizar la exposición hacer un ensayo general, para cronometrar el tiempo, forma de exposición oral...

Recomendaciones para un buen uso diapositivas (para la comunicación audiovisual):

Invertir el tiempo necesario en su preparación; la palabra y la imagen deben ser complementarias evitando repeticiones y contradicciones. Se pretenden reflejar aquellos aspectos de mayor dificultad de comprensión. No es necesario ilustrar toda la información a expresar; Deben ser simples y claras; No repetir datos; Si se proponen hipótesis o recomendaciones deben quedar claramente definidas como tales.

#### **4. 33 Habilidad negociadora y diplomática**

*El/la profesional utiliza de forma adecuada métodos de gestión positiva de conflictos.*

La enfermería, en la mayoría de los casos trabaja en equipo, con otras enfermeras y otros profesionales. Para el buen funcionamiento de la empresa de salud y del equipo tiene que haber unas buenas relaciones interpersonales. Los estilos de afrontamiento asertivo y cooperador contribuyen a reducir la incidencia de conflictos.

Para llegar a una buena negociación se tiene que poner énfasis en los intereses, no en las posiciones. El profesional debe ser capaz de ofrecer algo, de estar dispuesto al igual que la otra persona de “ganar o perder algo”, para conseguir de esta manera un acuerdo satisfactorio donde las dos partes ganen algo (mutuo beneficio).

#### **4. 34 Resolución de problemas**

*El profesional es capaz de lograr resoluciones, incluso en situaciones no predefinidas ni protocolizadas.*

Normas en la resolución de problemas: Requiere una actividad mental, un pensamiento directivo; la meta está relacionada con los objetivos establecidos; información sobre distintas soluciones y alternativas, y aplicación de estrategias de solución; en ocasiones es necesario el cambio en función de los resultados obtenidos en la progresión.

En ocasiones se nos plantean problemas cuya resolución o actuación no está estandarizada, por lo que debemos analizar la situación, determinar las distintas alternativas y saber elegir la mejor para la resolución del problema.

#### **4. 35 Capacidad de priorización.**

Es habitual que nos encontremos con un conjunto de problemas que resolver o actividades que realizar. En estas situaciones debemos decidir qué hacer en primer lugar.

Decidir si existe un problema que amenace la vida o integridad de la persona, determinar en conjunto con el afectado los problemas o actividades que se merecen una prioridad, considerar el estado de salud general, las limitaciones, el tiempo y los recursos.

#### **4. 36. Orientación a resultados**

*El/la profesional manifiesta una clara orientación al logro de los objetivos, no conformándose con hacer bien las cosas.*

Éste no “hace por hacer”, si no para conseguir unos resultados u objetivos en beneficio del paciente, en base a una valoración y plan de cuidados con objetivos individualizados.

Los rasgos característicos de una persona que posee esta competencia son: Se preocupa por saber cuáles son los resultados de su trabajo, analiza los resultados, intenta que dichos resultados ayuden a mejorar la salud del paciente, realiza actividades apropiadas para conseguir una mejora continua.

#### **4. 37 Generar valor añadido a su trabajo**

*El/la profesional aporta algo más en lo que hace, no le satisface la tarea por la tarea, sino que busca la mejora.*

La enfermera en la uci tiene muchas actuaciones que realiza por protocolo o por modo de trabajo en la sección, pero dichas actuaciones no las realiza porque “ese es su trabajo” si no porque tiene un afán de mejora, están orientadas a conseguir la mejora de la salud del paciente, los objetivos que nos planteamos. Son tareas realizadas y orientadas al beneficio.

#### **4. 38 Juicio crítico**

Para cuidar a una persona con problemas de salud como los que nos encontramos en la UCI, los profesionales enfermeros necesitan una base de conocimientos específicos y sólidos a demás de pensamiento crítico. El juicio crítico nos permite analizar la información, decidir sobre las acciones a realizar y solucionar problemas. En el pensamiento o juicio crítico se incluyen los conocimientos de base, aquellos que se obtienen con la experiencia, el método científico y el razonamiento para emitir juicios fundamentados.

Pensamiento crítico: “Un compuesto de desarrollo de habilidades, conocimientos del tema y actitudes de la persona que lo práctica” (Watson y Glaser, 1964). El pensamiento crítico permite emitir juicios basados en la evidencia, se basa en la ciencia.

#### **4. 39. Autocontrol, autoestima, autoimagen**

*El/la profesional manifiesta una adecuada concepción de sí mismo lo que le potencia en su trabajo.*

Para trabajar en la UCI, es imprescindible tener un buen nivel de autoestima, ya que esta da energía, anima, da fuerzas, motiva, impulsa a conseguir los objetivos planteados y permite sentir satisfacción por los logros alcanzados. La autoestima, por

otra parte, da la capacidad al profesional de tomar decisiones importantes, hace que se sienta seguro y útil, y hace que se tolere mejor la ansiedad, la tensión y el estrés.

Según algunos estudios, el autocontrol influye en las actitudes hacia el trabajo y en el rendimiento, y está relacionado con el éxito laboral. En la atención individualizada al paciente, el profesional debe saber controlar sus propias emociones, para poder así actuar correctamente ante este.

#### **4. 40 Creatividad**

*El/la profesional intuitivamente, o con técnicas, es capaz de hacer planteamientos no habituales, se adapta bien a los cambios y mantiene la apertura mental necesaria para incorporar cosas nuevas sin trauma ni resistencia.*

En la actualidad, nos podemos encontrar con situaciones cada vez más complejas que requieran de cuidados o planteamientos no habituales, estandarizados, o innovadores. Los cuidados además según la persona requieren cambios de lo habitual. Es por todo ello que la enfermera debe tener la capacidad de ser creativa, de adaptarse al cambio para poder mejorar y avanzar en su profesión (ir más allá del abordaje tradicional de los cuidados).

#### **5. DISCUSIÓN**

La responsabilidad de cuidar a un paciente que ingresa en la U.C.I requiere por parte de los profesionales de enfermería desarrollar unas competencias y habilidades específicas para ajustarse a las demandas y necesidades de este tipo de pacientes.

Además, vivimos en una sociedad cambiante, en continuo desarrollo, y es por esto que una de las competencias específicas que más se nombra en los estudios encontrados es la “capacidad de adaptarse al cambio”. En otros estudios realizados sobre el tema se observa la repetición de ciertas competencias determinadas, de las cuales podemos afirmar que:

La capacidad de trabajar en equipo es clave para la correcta recuperación del paciente, buscando todos los miembros del equipo multidisciplinar salvar la vida del mismo (68). La capacidad de priorizar está relacionada directamente con la gravedad del paciente y la urgencia de realizar determinadas acciones. Por tanto el profesional de enfermería será capaz de programar sus actividades priorizando las acciones más urgentes. La visión integral del paciente en esta unidad toma gran importancia, teniendo

en cuenta los aspectos biológicos, psicológicos y sociales relacionados con el paciente para realizar un cuidado integral empleando el “proceso de enfermería” como método científico. Por último, debido a las características del tipo de paciente que ingresan en esta unidad, considero importante la “capacidad de asumir riesgos y vivir en entornos de incertidumbre”. En esta competencia va incluida la capacidad de enfrentarse al duelo, tanto desde la perspectiva personal como la de los familiares, intentando atenderlos en las necesidades que requieran en ese momento.

Al realizar una búsqueda sobre este tema en cuestión he encontrado estudios de investigación cualitativos sobre las competencias enfermeras más relevantes, basándose la mayoría de ellos en la opinión de los profesionales y en la observación de las actividades realizadas en casos reales. Por el contrario, no he encontrado ninguna publicación similar a este trabajo realizado, tratándose este de una recopilación de información (búsqueda bibliográfica) para la elaboración de una guía más extensa o explicativa de las competencias enfermeras en la U.C.I. publicadas por la Junta de Andalucía.

## **6. CONCLUSIONES**

Al desarrollar las competencias enfermeras en esta unidad podemos observar que el profesional desempeña cuatro funciones: asistencial, gestión, investigación y docente. La mayoría de las competencias descritas están relacionadas con la función asistencial y de gestión, debido a que la labor principal y en esta unidad es realizar los cuidados apropiados al paciente, ya que se encuentran en situaciones de salud complejas.

Para realizar la función educativa se suele emplear las habilidades de comunicación, sobre todo a la hora de educar en salud a pacientes dados de alta en la unidad y a familiares. La función de investigación se intenta promover entre los profesionales de enfermería, aunque considero que de las cuatro es la menos desarrollada.

Finalmente podemos decir que estas competencias descritas pueden aplicarse también a otras unidades enfocándolas algunas de ellas al trabajo que desempeña el profesional enfermero en estas. Como ya hemos visto la enfermera de la U.C.I. debe estar muy bien preparada en cuanto a conocimientos, habilidades y actitudes. Debido a las características de la unidad, es preciso un desarrollo continuo de dichas

características de los profesionales de enfermería para poder adaptarse a las exigencias de dicha unidad.

*“Somos lo que hacemos día a día. De modo que la excelencia no es un acto, sino un hábito.”*

*Aristóteles (384-322 A.C.)*

## **7. BIBLIOGRAFÍA**

1. Ministerio de Sanidad y política social. Sistema Nacional de Salud España 2010. Madrid: Ministerio de Sanidad y política social; 2010.
2. Organigrama de la Estructura de Apoyo del Servicio Andaluz de Salud [en línea]. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud; 2012 [updated 2012 Dic 04; cited 2012 May 02]. Disponible en [http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina=gr\\_conocerSAS\\_direcc\\_corporat](http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina=gr_conocerSAS_direcc_corporat)
3. Derechos y deberes de la ciudadanía [en línea]. Sevilla: Servicio Sanitario Público de Andalucía [updated 2012 Oct 18; cited 2012 May 02]. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/index.html>
4. Juan Guasch. Redacción, Rosa Banchs, Pilar González, Jaume Llacuna. Riesgos laborales del personal sanitario [en línea]. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo [acceso 7 May 2013]. Disponible en: [http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/TextosOnline/ErgaFP/2007/ErFP56\\_07.pdf](http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/TextosOnline/ErgaFP/2007/ErFP56_07.pdf)
5. Ministerio de Sanidad y Consumo, Organización Mundial de la Salud. Promoción de la Salud Glosario [en línea]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en: <http://www.msps.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>
6. Educar para la salud, Educar para la vida [en línea]. Asturias: Consejería de educación, cultura y deporte del Gobierno del Principado de Asturias: [updated 14 May 2007; cited 8 May 2013]. Disponible en <http://www.educastur.es>.

7. Navarro Arnedo JM, Haro Marín S, Orgiler Uranga PE. Evaluación del informe de enfermería de alta de la unidad de cuidados intensivos como instrumento para garantizar la continuidad de la asistencia. *Enferm Clin* 2004; 14(2):61-9
8. Huber D. Liderazgo y administración en enfermería. McGraw-Hill Interamericana. México: 1996; 2-5
9. Mompart GM, Durán EM. Administración y gestión. DAE. Segunda edición 2004. España: 265-274.
10. Hernández Cortina A, Wigodski Sirebrenik J, Caballero Muñoz E. Informática en enfermería: un desafío a la formación actual. *Medwave* [en línea] 2012 Feb; 12(2) [acceso 01 May 2013] Disponible en <http://www.mednet.cl/link.cgi/Medwave/Perspectivas/Opinion/5307>
11. Paneque Sosa P. Gestión por Procesos en el Sistema Sanitario Público de Andalucía [en línea] Huercal-Overa (Almería): Consejería de Salud Junta de Andalucía; 2002. Disponible en: [http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/gestion\\_procesos.pdf](http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/gestion_procesos.pdf)
12. Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de Cuidados Intensivos, Estándares y Recomendaciones [en línea] Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UCI.pdf>
13. Arriaga Sanz JM. Manual de buenas prácticas ambientales en el sector servicios sanitarios. Sevilla: Junta de Andalucía; 2004.
14. Unidad de Prevención de Riesgos Laborales. Gestión de Residuos Sanitarios. Zaragoza: Universidad de Zaragoza; 2008
15. Ricart Conesa A, Abizanda Campos R. Libro Electrónico de Medicina Intensiva [Monografía en internet]. Uninet; 2009 [acceso 06 May 2013]. Disponible en: <http://intensivos.uninet.edu/04/0408.html>
16. Instituto Nacional de Salud. Guía de Gestión de los Servicios de Admisión y Documentación Clínica [en línea]. Madrid: INSALUD; 2000. Disponible en: [http://sedom.es/wp-content/themes/sedom/documentos/guia\\_sadc\\_definitiva.pdf](http://sedom.es/wp-content/themes/sedom/documentos/guia_sadc_definitiva.pdf)
17. FSI formación. Técnicas de Comunicación [en línea]. Disponible en: [http://www.fsiformacion.com/Archivos/Generico/Tecnicas\\_Comunicacion.pdf](http://www.fsiformacion.com/Archivos/Generico/Tecnicas_Comunicacion.pdf)
18. Bautista Martín E, Devesa Pradells A, Guitart Aparicio M, Palma Bocanegra MA, Pérez Hinarejos M. Enfermería: ¿Trabaja en equipo? [En línea]. Escuela Universitaria

de Enfermería Santa Madrona 2008. Disponible en:

[http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/21603/1/2008\\_2.pdf](http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/21603/1/2008_2.pdf)

**19.** Méndez A, Manrique E, Molleda C. Análisis y Síntesis [En línea]. Universidad Politécnica de Madrid. [Acceso 2 May 2013]. p. 1–9. Disponible en:

<http://innovacioneducativa.upm.es/competencias-genericas/mas-informacion>

**20.** Ruiz Limón R. Análisis y Síntesis. Historia y evolución del pensamiento científico [en línea]. Málaga: Biblioteca Virtual de Derecho, Economía y Ciencias Sociales; 2007. p. 1–3. Disponible en: <http://www.eumed.net/libros-gratis/2007b/283/45.htm>

**21.** Agencia Valenciana de Salud, Hospital Verge dels Liris. Guía del proceso de elaboración y validación teórica y clínica de los planes de cuidados estandarizados de enfermería [en línea]. Valencia: Consellería de Sanitat de la Generalitat Valenciana; 2010. Disponible en:

[http://www.a14.san.gva.es/cas/hospital/enfermeria/infprof/cuid\\_estand/GUIA%20DE%20VALIDACION%20DE%20PLANES%20DE%20CUIDADOS%20-%202010.pdf](http://www.a14.san.gva.es/cas/hospital/enfermeria/infprof/cuid_estand/GUIA%20DE%20VALIDACION%20DE%20PLANES%20DE%20CUIDADOS%20-%202010.pdf)

**22.** Consejería de Salud y Bienestar Social. Estructura y Metodología del Plan de Cuidados estandarizado [en línea]. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud [actualización 30 Oct 2012; acceso 4 May 2013] Disponible en:

[http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/index.php?id=estructura\\_plan\\_cuidados](http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/index.php?id=estructura_plan_cuidados)

**23.** Guerrero Castillo JJ. Registros de Enfermería: la Historia del Paciente [en línea] 2004; 13(44-45). Disponible en:

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962004000100017](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000100017)

**24.** Estefo Agüero S, Paravic Klijn T. Enfermería en el rol de gestora de los cuidados [en línea] 2010; 16(3). Disponible en [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532010000300005&script=sci_arttext)

[95532010000300005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532010000300005&script=sci_arttext)

**25.** García Jiménez MA, Monroy Rojas A, Verde Flota EE. La Asertividad, habilidad de la enfermera dinámica. Revista Mexicana Enfermería Cardíaca [en línea] 2005; 13 (1-2): 67-70. Disponible en: [http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2005/en051\\_2n.pdf](http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2005/en051_2n.pdf)

**26.** Ramón García R, Segura Sánchez MP, Palanca Cruz MM, Román López P. Habilidades sociales en enfermería. El papel de la comunicación centrado en el familiar. Rev Esp Comun Salud [en línea] 2012; 3(1): 49-61 Disponible en:

[http://www.aecs.es/3\\_1\\_6.pdf](http://www.aecs.es/3_1_6.pdf)

27. Oliveira ME., Fenili RM., Zampieri, MF., Martins CR. Un ensayo sobre la comunicación en los cuidados de enfermería utilizando los sentidos. *Enfermería Global* [en línea] 2006; 8: 7. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal>
28. Zamuner M. Relaciones interpersonales en el ámbito del cuidado, el rol distintivo de la enfermería [en línea]. En: *Quinta Jornada de Bioética*. Argentina: 2003. Disponible en: <http://familia.org.ar/>
29. Williams JK. Sortear las dificultades que conlleva la delegación de tareas. *Nursing* [en línea] 2005; agosto-septiembre [acceso 5 May 2013] Disponible en: <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/20/20v23n07a13079412pdf001.pdf>
30. Milos P, Larrain AI, Simonetti M. Categorización de servicios de enfermería: propuesta para asegurar una atención de calidad en tiempos de escasez de enfermeras. *Cienc. Enferm* [en línea]. 2009; 15(1): 17-24. Disponible en [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532009000100003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532009000100003&script=sci_arttext)
31. Hidalgo Gutiérrez F. Adecuada utilización de los recursos disponibles: Una competencia imprescindible [en línea]. *Inquietudes* 2011; 45: 2 Disponible en: <http://www.index-f.com/inquietudes/45pdf/4502.pdf>
32. Montero Cuadrado MJ. *Manual de Competencias de la/del Enfermera/o de Atención Hospitalaria: Atención Ambulatoria* [en línea]. Sevilla: Agencia de calidad sanitaria de Andalucía; 2011. Disponible en: [www.juntadeandalucia.es](http://www.juntadeandalucia.es)
33. Cuñado Barrio A, Sánchez Vicario F, Muñoz Lobo MJ, Rodríguez Gonzalo A, Gómez García I. Valoración de los estudiantes de enfermería sobre las prácticas clínicas hospitalarias. *Nure Investigación* [en línea] 2011; (52): 12 Disponible en [http://www.fuden.es/FICHEROS\\_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/NURE52\\_original\\_valoracestu.pdf](http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/NURE52_original_valoracestu.pdf)
34. Dirección enfermería hospital Obispo Polanco. Presentación unidad de enfermería de la UCI. Dirección enfermería hospital Obispo Polanco. Disponible en: <http://www.opolanco.es/documentos/enfermeria/unidad-de-enfermeria-de-UCI.pdf>
35. Ciuffolini MB, Jure H. Estrategias de comprensión integral del proceso salud-enfermedad: aportes desde la perspectiva de vivienda saludable [en línea]. Centro de

- estudios avanzados Universidad Nacional de Córdoba 2006; (3): 13 Disponible en <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd65/ciuffolini-jure.pdf>
- 36.** Jiménez Peneque R. Metodología de la investigación. Elementos básicos para la investigación 1ªed [en línea]. La Habana: Ciencias Médicas; 1998 [acceso 10 May 2013] Disponible en [http://newpsi.bvs-psi.org.br/ebooks2010/en/Acervo\\_files/MetodologiaInvestigacion.pdf](http://newpsi.bvs-psi.org.br/ebooks2010/en/Acervo_files/MetodologiaInvestigacion.pdf)
- 37.** Hernández Mendoza E, Cerezo Reséndiz S, López Sandoval MG. Estrategias de afrontamiento ante el estrés laboral en enfermeras. Rev Enferm Inst Mex Seguro Social [en línea] 2007; 15 (3): 161-166 Disponible en <http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/>
- 38.** Ángela Noemí Magdalena Aimar. El cuidado de la incertidumbre en la vida cotidiana de las personas. Index. Enferm [en línea] 2009; 18 (2). Disponible en [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962009000200009&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962009000200009&script=sci_arttext)
- 39.** Montero Ruiz E. La comunicación oral en medicina. Med Clin [en línea] 1998; 111 (13). Disponible en: <http://www.elsevier.es/es/revistas/medicina-clinica-2/la-comunicacion-oral-medicina-2580-articulos-especiales-1998>
- 40.** Piorno Hernández M. Estilos de afrontamiento al conflicto para la eficacia organizativa en equipos de enfermería de atención primaria [en línea]. Universidad de Barcelona; 2011 Disponible en <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/32202/1/estilos.pdf>
- 41.** Arias Jiménez M. Factores del clima organizacional influyentes en la satisfacción laboral de enfermería, concerniente a los cuidados intensivos neonatales del Hospital Nacional de Niños. Enfermería en Costa Rica [en línea] 2007; 28 (1): 12-19. Disponible en <http://www.binasss.sa.cr/revistas/enfermeria/v28n1/art3.pdf>
- 42.** Martínez Venegas N. Fundamentos de enfermería [en línea]. Oaxaca; 2009. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/19942753/113/PRINCIPIOS-EN-LA-RESOLUCION-DE-PROBLEMAS>
- 43.** Blanco Fraile C, Sarabia Lavín R, Lázaro Otero MM. Metodología de la enfermería [en línea] Cantabria: Universidad de Cantabria [consulta 9 May 2013] Disponible en [http://www.intec.edu.do/downloads/pdf/biblioteca/012-biblioteca\\_formato\\_vancouver.pdf](http://www.intec.edu.do/downloads/pdf/biblioteca/012-biblioteca_formato_vancouver.pdf)
- 44.** Dauga D. La gestión de camas hospitalarias y la importancia del "antes de entrar dejen salir" [en línea]. España: Sociedad española de directivos de la salud [consulta 17 May 2013] Disponible en [http://sedisasigloxxi.es/IMG/article\\_PDF/article\\_a89.pdf](http://sedisasigloxxi.es/IMG/article_PDF/article_a89.pdf)

- 45.** Ayuso D, Royuela C, Fernández JC, Martín v, Hormigos A, Sánchez F. Experiencia en la gestión de camas desde la dirección de enfermería. Rev Calidad Asistencial [en línea] 2002; 17(1):17-21. Disponible en <http://www.elsevier.es/en/node/2016045>
- 46.** Morales Asencio JM. Investigación de resultados en enfermería, el camino hacia la efectividad de los cuidados. Index Enferm [en línea] 2004; 13 (44-45). Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962004000100008](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000100008)
- 47.** Carranza Gámez MA. Orientación a la Prueba de Competencias OPE 2007 SAS. Granada: Federación de Sanidad y Sectores Sociosanitarios de CCOO de Andalucía [en línea]; 2008. Disponible en: <http://www2.sanidad.ccoo.es/andalucia/descargas/OPE%2007%20ENFERMERA.pdf>
- 48.** Epistemología del cuidado [editorial]. El pensamiento crítico en enfermería [en línea]. Colombia: Murillas ML; 2010. Disponible en: <http://epistemologiadelcuidado.blogspot.com.es/2010/03/el-pensamiento-critico-en-enfermeria.html>
- 49.** Marcuello García AA. Autoestima y auto superación: técnicas para su mejora [en línea]. La Coruña: psicología online; 2013 Disponible en <http://www.psicologia-online.com/autoayuda/autoestima/autosuperacion.shtml>
- 50.** Fundichely Quiala M, Zaldívar Rodríguez I. Autoestima en el personal de enfermería. Rev Cubana Enfermer [en línea] 1999; 15 (3): 184-9. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol15\\_3\\_99/enf09399.pdf](http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol15_3_99/enf09399.pdf)
- 51.** Díaz Coello P. Autoestima en el personal de enfermería. Rev. Cubana Enferm [en línea] 1999; 15(3):184-9 Disponible en [http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol15\\_3\\_99/enf09399.pdf](http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol15_3_99/enf09399.pdf)
- 52.** Berrios Martos MP, Augusto Landa JM, Aguilar Luzón MC. Inteligencia emocional percibida y satisfacción laboral en contextos hospitalarios. Index Enferm [en línea] 2006; 15 (54). Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962006000200006&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962006000200006&script=sci_arttext)
- 53.** Almansa Martínez P, López Martínez O. Importancia de la creatividad como competencia transversal en enfermería. Enfermería global [en línea] 2007; (11). Disponible en: <http://revistas.um.es/index.php/eglobal/article/viewFile/426/397>
- 54.** Almansa Martínez P, López Martínez O. Enfermeras creativas y cuidados creativos. Educare21 [en línea] 2007; 34 [acceso 17 May 2013] Disponible en

[http://www.enfermeria21.com/pfw\\_files/cma/revistas/Educare21/2007/34/ensenando3.pdf](http://www.enfermeria21.com/pfw_files/cma/revistas/Educare21/2007/34/ensenando3.pdf)

**55.** Estévez A. Principios de bioética e investigación. ARS Médica [en línea]; 9 (9).

Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/publ/arsmedica/arsmedica9/Ars7.html>

**56.** Reyes R. Guía de práctica segura: manejo de la medicación de alto riesgo [en línea].

Observatorio para la seguridad del paciente, Junta de Andalucía. Disponible en

<http://emssolutionsint.blogspot.com.es/2012/09/guia-de-practica-segura-manejo-de-la.html>

**57.** Junta de Andalucía. Sistema de Gestión de Incidentes de Seguridad. Observatorio para la seguridad del paciente. Disponible en

<http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/incidentesseguridad/>

**58.** Hospital Infanta Helena. Proceso enfermero [en línea]. Huelva: Servicio Andaluz de Salud. Disponible en

<http://www.hospital-infantaelena.com/area-asistencial/area-de-enfermeria/planificacion-de-cuidados/proceso-enfermero>

**59.** Junta de Andalucía. DIRAYA, Sistema Integrado de Gestión e Información para la Atención Sanitaria [en línea]. Servicio Andaluz de Salud. Disponible en

<http://www.indracompany.com/sectores/sanidad/proyectos/180/diraya-estrella-del-sistema-sanitario-publico-andaluz>

**60.** Haro Marín S, Orgiler Uranga PE, Navarro Arnedo JM. Valoración de los profesionales enfermeros del informe de alta de cuidados intensivos. Metas de enfermería [en línea] 2004; 7 (4): 6-10 [acceso 9 May 2013]. Disponible en:

<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=860743>

**61.** Williams SM, RN, MSN. Decisiones en enfermería de cuidados críticos. Barcelona: Doyma; 1992.

**62.** Lao Barón FJ. Guía de acogida para profesionales de nueva incorporación. Almería: Hospital Torrecárdenas, SAS; 2013.

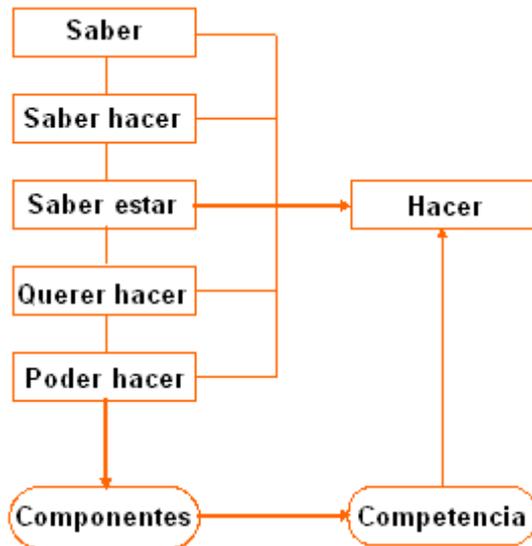
**63.** Benner P, Lee P, Stannard D. Clinical wisdom in critical care: a thinking-in-action approach. Saunders; 1999.

**64.** Evelyn Palominos L, Ilse López B. Competencias del profesional de Enfermería de Cuidados Intensivos Pediátricos: Reflexiones desde la mirada experta. Rev Educ Cienc Salud 2011; 8 (1): 19-24

65. Henríquez Camelo SH. Competencias profesionales de los enfermeros para trabajar en Unidades de Cuidados Intensivos: una revisión integradora. Rev. Latino-Am. Enfermagem [en línea] 2012; 20(1): 9 Disponible en [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae)

**8. ANEXOS**

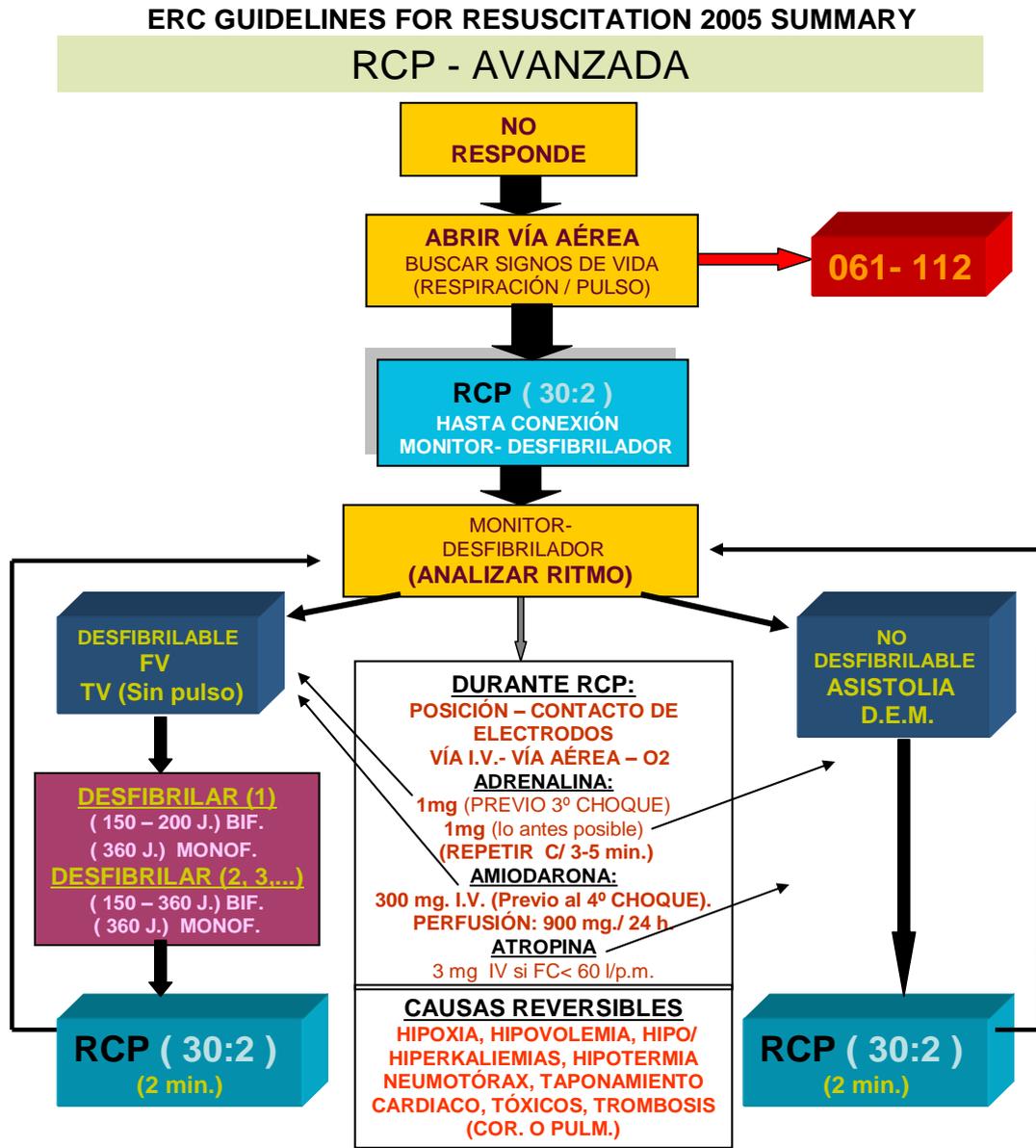
**- Anexo 1:**



**- Anexo 2: ORGANIGRAMA SSAP:**



- Anexo 3: RCP AVANZADA



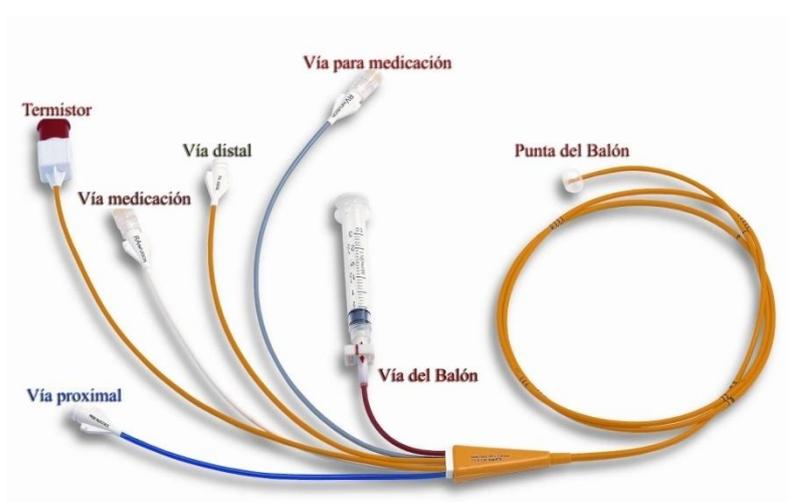
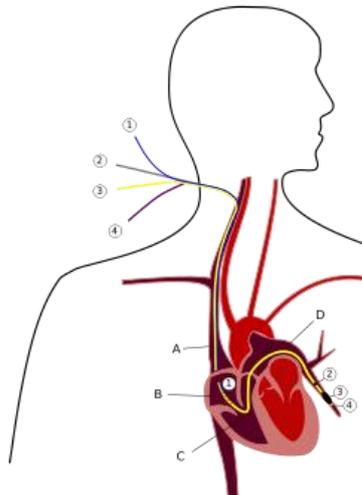
**TRAS INTUBACIÓN** : 100 Compresiones: 10 Ventilaciones / min.

**SUSPENDER:** contraindicación / asistolia > 20 min.(OJO HIPOTERMIA)/ decisión médica.

**Anexo 4: Procedimientos y Técnicas en U.C.I.**

<b>PROCEDIMIENTO/ TECNICA</b>	<b>CUIDADOS/ CONSIDERACIONES</b>
<b>Intubación Endotraqueal</b>	Aspiración de secreciones, limpieza y fijación del TOT, cuidados de la boca, comprobar presión del balón.
<b>Ventilación Mecánica</b>	Control de parámetros de ventilación (FiO <sub>2</sub> , Volumen Minuto, PEEP, Flujo Respiratorio, Volumen Total, Respiraciones Minuto...). Saber interpretar dichos parámetros y controlar las alarmas del respirador. Cambiar el filtro cada 48h.
<b>Traqueotomía percutánea</b>	Cura cada 24h y cuando precise, aspiración de secreciones, cambio de cánula.
<b>Catéter arterial</b>	Igual que para el venoso periférico. Interpretar la onda arterial en el monitor.
<b>Catéter Swan Ganz</b>	permite obtener datos hemodinámicos de la presión de aurícula derecha (PVC), del ventrículo derecho (PVD), de la arteria pulmonar (PAP), la capilar enclavada (PCP) y permite medir también el gasto cardiaco (GC), extraer muestras de sangre para analítica y gases venosos mixtos y medir la temperatura central. El objetivo es valorar la adecuada perfusión y oxigenación tisular.

**IMÁGENES CATÉTER SWAN GANZ**



**Anexo 5: Objetivos del personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Críticos para el 2013.**

Financiera

13 % - 13,00 %				CAPITULO I	
703 Cumplimiento del presupuesto asignado en Capítulo I					13,00
TIPO	CUALITATIVO	FUENTE	COANH	METODOLOGÍA	análisis de datos
REFERENCIA		10.370.170,53 €	FÓRMULA		
PERIODICIDAD	ANUAL				PESO
LÍMITES	INF	SUP			
3 % - 3,00 %				CAPITULO II (EXCEPTO CONSUMO)	

<p><b>1058 Ningun informe de responsabilidad patrimonial con mas de 10 dias naturales de demora desde la recepción de la solicitud por el responsable de la UGC</b></p> <p>TIPO CUALITATIVO FUENTE Archivo Responsabilidad Patrimonial METODOLOGÍA seguimiento de tiempos de respuesta de los Informes solicitados, mediante la comprobación</p> <p>REFERENCIA FÓRMULA no precisa</p> <p>PERIODICIDAD ANUAL</p> <p>LÍMITES INF SUP</p>	<p><b>1,00</b></p> <p><b>PESO</b></p>
<p><b>1059 No superar el num de reclamaciones patrimoniales respecto 2012</b></p> <p>TIPO CUALITATIVO FUENTE archivo reclamaciones patrimoniales METODOLOGÍA nº de reclamaciones patrimoniales 2013</p> <p>REFERENCIA FÓRMULA reclamaciones patrimoniales 2013 - RP 2012 == 0</p> <p>PERIODICIDAD ANUAL</p> <p>LÍMITES INF SUP</p>	<p><b>1,00</b></p> <p><b>PESO</b></p>
<p><b>1074 Cobros a terceros: Notificación de procesos asistenciales susceptibles de ser facturados (Acc. Tráfico, Acc. Laboral, Enf. Profesional, Privados...)</b></p> <p>TIPO CUALITATIVO FUENTE base de datos de gestión de cobros METODOLOGÍA Notificación a Unidad de Admisión Central</p> <p>REFERENCIA FÓRMULA &gt; 5% frente a 2012 el nº de notificaciones de procesos susceptibles de de ser facturados</p> <p>PERIODICIDAD ANUAL</p> <p>LÍMITES INF SUP</p>	<p><b>1,00</b></p> <p><b>PESO</b></p>

### Delegacion

<p><b>7 % - 7,00 %</b></p>	<p><b>GESTIÓN CLÍNICA</b></p>
<p><b>1017 Reuniones de Coord. del Equipo de Dirección de la Unidad: min. 10 al año y reuniones con resto de integrantes de la Unidad: min. 3 al año.</b></p> <p>TIPO CUALITATIVO FUENTE METODOLOGÍA Actas Reuniones</p> <p>REFERENCIA FÓRMULA</p> <p>PERIODICIDAD ANUAL</p> <p>LÍMITES INF SUP</p>	<p><b>3,00</b></p> <p><b>PESO</b></p>
<p><b>1225 El Director de la UGC asistirá al menos al 90 % de las reuniones del Comité Asesor para la mejora continua y participará activamente en las mismas</b></p> <p>TIPO CUALITATIVO FUENTE Actas de Comité Asesor de la UGCs METODOLOGÍA Análisis de Actas de asistencia</p> <p>REFERENCIA FÓRMULA</p> <p>PERIODICIDAD ANUAL</p> <p>LÍMITES INF SUP</p>	<p><b>1,00</b></p> <p><b>PESO</b></p>
<p><b>1226 La UGC firmará con otras UGCs pacto de objetivos en los que se incluya definición, fórmula, fuentes y observaciones según documento Anexo</b></p> <p>TIPO CUALITATIVO FUENTE Anexo I y Actas de seguimiento de o METODOLOGÍA Análisis de documento</p> <p>REFERENCIA RX,BIOT,NEUM,NEUR FÓRMULA</p> <p>PERIODICIDAD ANUAL</p> <p>LÍMITES INF PLU,OFT,ON SUP</p>	<p><b>3,00</b></p> <p><b>PESO</b></p>

## Formación y Crecimiento

16 % - 16,00 %		DOCENCIA E INVESTIGACIÓN			
705	<b>Acreditación del 100% de actividades y programas de formación continuada del personal sanitario (organizar al menos una actividad)</b>	3,00			
TIPO	CUALITATIVO	FUENTE	ACSA/UIFC	METODOLOGÍA	Análisis de datos
REFERENCIA			FÓRMULA	INFORME	
PERIODICIDAD	ANUAL				
LÍMITES	INF	SUP			
					PESO
715	<b>Desarrollo de 1 patente, 1 registro de la propiedad intelectual ó 2 innovaciones de carácter tecnológico ,tipo prácticas innovadoras, certificadas éstas últimas a través de Salud Innova (BPI).</b>	2,00			
TIPO	CUALITATIVO	FUENTE	FIBAO/ Banco prácticas innovadoras	METODOLOGÍA	Análisis de datos
REFERENCIA			FÓRMULA	INFORME	
PERIODICIDAD	ANUAL				
LÍMITES	INF	SUP			
					PESO
1025	<b>Las UGC contarán con al menos dos publicaciones indexadas en el JCR con carácter anual</b>	3,00			
TIPO	CUALITATIVO	FUENTE	Science Citation Index/Biblioteca Virt	METODOLOGÍA	Análisis de datos
REFERENCIA			FÓRMULA	INFORME	
PERIODICIDAD	ANUAL				
LÍMITES	INF	SUP			
					PESO
1169	<b>La Unidad Docente dispondrá de los Planes Individualizados de Formación de los Especialistas en Formación</b>	2,00			
TIPO	CUALITATIVO	FUENTE	Responsable UGC/Tutores/Comisión	METODOLOGÍA	INFORME
REFERENCIA			FÓRMULA	N° de Residentes con PIF X 100 /N° total de Residentes	
PERIODICIDAD	ANUAL				
LÍMITES	INF	SUP			
					PESO
1198	<b>Presentar la Memoria Científica Anual del/os proyecto/s en proceso de desarrollo en la UGC de la/s Línea/s de Investigación a las que la UGC esté adscrita.</b>	3,00			
TIPO	CUALITATIVO	FUENTE	Responsable UGC/UNAIT	METODOLOGÍA	Informe
REFERENCIA			FÓRMULA		
PERIODICIDAD	ANUAL				
LÍMITES	INF	SUP			
					PESO
1268	<b>La UGC identificará al menos una Guía de Práctica Clínica (GPC) y la evaluará con la metodología AGREE</b>	3,00			
TIPO	CUALITATIVO	FUENTE	Responsable de la UGC/U Investigac	METODOLOGÍA	Análisis de datos
REFERENCIA			FÓRMULA		
PERIODICIDAD	ANUAL				
LÍMITES	INF	SUP			
					PESO

Cliente

9 % - 9,00 %						ACCESIBILIDAD
<b>947 Tiempo máximo de resolución del paciente en urgencias en el área de consultas &lt; 8 horas</b>						2,00
TIPO	CUANTITATIVO	FUENTE	Diraya de Urgencias	METODOLOGÍA	Análisis de datos	PESO
REFERENCIA			FÓRMULA	urg resueltos en cons en <8 horas/ total pac resueltos en cons urgencias (excluidas pediátricas y toxicológicas)x100		
PERIODICIDAD	ANUAL					
LÍMITES	INF	90	SUP	100		
<b>955 Porcentaje de pacientes con nivel de prioridad IV y tiempo de espera para 1ª consulta facultativa &lt;= 120 minutos</b>						2,00
TIPO	CUANTITATIVO	FUENTE	diraya urgencias	METODOLOGÍA	análisis de datos	PESO
REFERENCIA			FÓRMULA	pac con prioridad IV y t de espera hasta la 1ª consulta facultativa <= 120min/total de pac con prioridad IVx100		
PERIODICIDAD	ANUAL					
LÍMITES	INF	95	SUP	97		
<b>1022 % pac. Con prioridad 2 y tiempo de espera para primera consulta facultativa según PAUE (15 minutos)</b>						2,00
TIPO	CUANTITATIVO	FUENTE	diraya	METODOLOGÍA	Análisis de datos	PESO
REFERENCIA			FÓRMULA			
PERIODICIDAD	ANUAL					
LÍMITES	INF	45	SUP	55		
<b>1159 % de pacientes con prioridad III y tiempo de espera para primera consulta facultativ según PAUE (30 minutos)</b>						2,00
TIPO	CUANTITATIVO	FUENTE	DIRAYA	METODOLOGÍA	Análisis de datos	PESO
REFERENCIA			FÓRMULA	Pacientes con rrioridad III atendidos ajustados a plazo PAUE/Total pacientes con prioridad III x 100		
PERIODICIDAD	MENTSUAL					
LÍMITES	INF	45	SUP	55		
<b>1245 IMPLEMENTACION Y EVALUACIÓN de Plan de gestión de incidencias en sala de espera que contemple rediseño de circuitos para una respuesta más ágil y eficiente de demoras</b>						1,00
TIPO	CUALITATIVO	FUENTE	Plan e informe del dir de UGC + anal	METODOLOGÍA	Análisis de datos	PESO
REFERENCIA			FÓRMULA			
PERIODICIDAD	ANUAL					
LÍMITES	INF		SUP			
8 % - 8,00 %						USUARIOS
<b>815 Ausencia de reclamaciones por trato inadecuado</b>						1,00
TIPO	CUALITATIVO	FUENTE	Reclamaclones	METODOLOGÍA	Análisis de reclamaciones	PESO
REFERENCIA			FÓRMULA			
PERIODICIDAD	ANUAL					
LÍMITES	INF		SUP			

1063	Garantizar atención preferente según Dr. 137/2002 a portadoras y pacientes de tarjeta +Cuidados	1,00			
TIPO	CUALITATIVO	FUENTE	programa de reclamaciones	METODOLOGÍA	ausencia de reclamaciones por retraso en la atención a portadores y/o pacientes de tarjeta +
REFERENCIA		FÓRMULA			
PERIODICIDAD	TRIMESTRAL				
LÍMITES	INF	SUP			
					PESO
1152	Tasa de reclamaciones por 1000 pacientes atendidos en urgencias	2,00			
TIPO	CUALITATIVO	FUENTE	Módulo de Reclamaciones	METODOLOGÍA	Análisis datos
REFERENCIA	2,2/1000	FÓRMULA	Nº reclamaciones / nº pacientes atendidos en urgencias * 1000		
PERIODICIDAD	ANUAL				
LÍMITES	INF	SUP			
					PESO
1228	La UGC garantizará la participación ciudadana mediante Plan de Participación y Comisión de Participación de la UGC	1,00			
TIPO	CUALITATIVO	FUENTE	Plan de participación y actas de la C	METODOLOGÍA	Análisis de datos
REFERENCIA		FÓRMULA			
PERIODICIDAD	ANUAL				
LÍMITES	INF	SUP			
					PESO
1229	La UGC garantizará el acompañamiento de personas vulnerables: situación terminal, grandes discapacitados, agitados, ttorms percepción sensorial, niños, etc, durante todo el proceso asistencial	1,00			
TIPO	CUALITATIVO	FUENTE	Análisis de reclamaciones	METODOLOGÍA	Análisis de reclamaciones (ausencia de la mismas) por no garantizar acompañamiento de
REFERENCIA		FÓRMULA			
PERIODICIDAD	ANUAL				
LÍMITES	INF	SUP			
					PESO
1305	La unidad elaborara e implantara un plan de informacion a familiares de pacientes	2,00			
TIPO	CUALITATIVO	FUENTE	Informe SAC y Unidad	METODOLOGÍA	Análisis del plan y reclamaciones por este motivo
REFERENCIA		FÓRMULA			
PERIODICIDAD	ANUAL				
LÍMITES	INF	SUP			
					PESO
<b>11 % - 11,00 % ACTIVIDAD ASISTENCIAL</b>					
948	% de urgencias no ingresadas ajustadas al estandar del 89%	3,00			
TIPO	CUANTITATIVO	FUENTE	DIRAYA-GESIPAC	METODOLOGÍA	Análisis de datos
REFERENCIA		FÓRMULA	nº pac urg adultos que ingresan / total de urg adultos atendidas(excluidas pediátricas y tecnoginecológicas) x 100		
PERIODICIDAD	ANUAL				
LÍMITES	INF	85	SUP	89	
					PESO
949	Adecuación del número de estancias evitables en UCI a la media de los hospitales de su grupo en los tres GRDs más frecuentes en UCI	3,00			
TIPO	CUALITATIVO	FUENTE	CMSD	METODOLOGÍA	Análisis de datos
REFERENCIA	808, 810, 122	FÓRMULA			
PERIODICIDAD	ANUAL				
LÍMITES	INF	SUP			
					PESO
1178	Ajustar el peso medio del case mix al rango de referencia de su unidad	3,00			
TIPO	CUALITATIVO	FUENTE	CMSD	METODOLOGÍA	
REFERENCIA	4,73	FÓRMULA			
PERIODICIDAD	ANUAL				
LÍMITES	INF	4,73	SUP	5,03	
					PESO
1188	Desarrollo e implementacion de procedimiento específico de registro de ordenes medicas y de enfermeria relacionadas con la aplicación de medidas de soporte vital basadas en deseos y pref del paciente	1,00			
TIPO	CUALITATIVO	FUENTE	Historia clinica	METODOLOGÍA	Auditoria de historias clinicas
REFERENCIA	100	FÓRMULA	nº hospitalizados en 2012 con registro explícito de practica o no practica de LET en H Clin/total ingresos en 2012 x100		
PERIODICIDAD	ANUAL				
LÍMITES	INF	SUP			
					PESO

1301	Participación activa en actividades del PROA para el cumplimiento de los objetivos del centro					1,00
TIPO	CUALITATIVO	FUENTE	Informe PROA	METODOLOGÍA	Análisis de datos	PESO
REFERENCIA			FÓRMULA			
PERIODICIDAD	ANUAL					
LÍMITES	INF		SUP			

**5 % - 5,00 % SALUD PÚBLICA**

756	PIAC: Procedimiento específico Código Trauma Grave y memoria de actividad					1,00
TIPO	CUALITATIVO	FUENTE	Comité local/U Calidad	METODOLOGÍA	Análisis de datos	PESO
REFERENCIA			FÓRMULA	INFORME DEL COMITE		
PERIODICIDAD	ANUAL					
LÍMITES	INF		SUP			

1087	PICA: Plan Reperusión Precoz: Implantación de un protocolo a seguir en caso de SCAEST, medido a través del Registro de Fibrinólisis y Angioplastia primaria en ARIAM					1,00
TIPO	CUALITATIVO	FUENTE	ARIAM-Andalucía/CMBD/U Calidad	METODOLOGÍA	Análisis de datos	PESO
REFERENCIA			FÓRMULA	Nº casos SCACEST con tto Fibrinólisis o Angiopl Primaria incluidos en ARIAM x 100 /Total casos SCACEST atendidos		
PERIODICIDAD	SEMESTRAL					
LÍMITES	INF	50	SUP	80		

1262	PAAD: La UGC se incorporará a la iniciativa Centros contra el dolor mediante la autoevaluación del 100 % de recomendaciones de nivel 1 para la modalidad del distintivo más en consonancia (ACSA)					1,00
TIPO	CUALITATIVO	FUENTE	Responsable UGC/ACSA	METODOLOGÍA	Análisis de datos	PESO
REFERENCIA			FÓRMULA			
PERIODICIDAD	ANUAL					
LÍMITES	INF		SUP			

1271	La UGC realizará al menos una actividad formativa en Enfermedades Raras en coordinación con la Unidad de Formación (incluyendo a profesionales médicos, de enfermería, matronas y trabajo social)					1,00
TIPO	CUALITATIVO	FUENTE	Responsable UGC/UIF	METODOLOGÍA	Análisis de datos	PESO
REFERENCIA			FÓRMULA			
PERIODICIDAD	ANUAL					
LÍMITES	INF		SUP			

1277	La UGC garantizará la formación de sus profesionales en violencia de género, participando en al menos cuatro sesiones de sensibilización y un curso básico					1,00
TIPO	CUALITATIVO	FUENTE	Responsable UGC/UIF/Red FORMM	METODOLOGÍA	Análisis de datos	PESO
REFERENCIA			FÓRMULA			
PERIODICIDAD	ANUAL					
LÍMITES	INF		SUP			

**9 % - 9,00 % SEGURIDAD PAC. Y GARANTÍA**

725	<b>Cumplimentación de estándares de calidad específicos del distintivo Manos Seguras</b>	2,00			
TIPO	CUALITATIVO	FUENTE	Responsable UGC/Ucalidad	METODOLOGÍA	Análisis de datos
REFERENCIA		FÓRMULA	Informe seguimiento		
PERIODICIDAD	SEMESTRAL				
LÍMITES	INF		SUP		
					PESO
1042	<b>Seguimiento del Protocolo de Identificación Inequivoca de pacientes</b>	1,00			
TIPO	CUALITATIVO	FUENTE	Responsable UGC/Unidad Calidad	METODOLOGÍA	Análisis de Datos
REFERENCIA		FÓRMULA	Informe Protocolo y seguimiento		
PERIODICIDAD	ANUAL				
LÍMITES	INF		SUP		
					PESO
1181	<b>Notificación y análisis de Eventos Adversos (incluye EA en general, caídas y por medicamentos)</b>	1,00			
TIPO	CUALITATIVO	FUENTE	Responsable UGC/U Calidad/Observ	METODOLOGÍA	Análisis de datos
REFERENCIA		FÓRMULA	Informe seguimiento y acciones de mejora		
PERIODICIDAD	SEMESTRAL				
LÍMITES	INF		SUP		
					PESO
1247	<b>La UGC establecerá un programa de Vigilancia y Control de Neumonías asociadas a Ventilación Mecánica</b>	1,00			
TIPO	CUALITATIVO	FUENTE	ENVIN	METODOLOGÍA	Análisis de datos
REFERENCIA		FÓRMULA	N° Neumonías asociadas a VM * 1000/ días totales de pacientes con VM		
PERIODICIDAD	ANUAL				
LÍMITES	INF	Media Andal +	SUP	<= media Andal	
					PESO
1257	<b>La UGC elaborará e implantará un protocolo para la mejora de la comunicación entre profesionales en el traspaso de información de los pacientes</b>	2,00			
TIPO	CUALITATIVO	FUENTE	Responsable UGC/U Calidad/Estrate	METODOLOGÍA	Protocolo, Cuestionario autoevaluac
REFERENCIA		FÓRMULA	antes del 20 de septiembre 2013		
PERIODICIDAD	SEMESTRAL				
LÍMITES	INF		SUP		
					PESO
1267	<b>La UGC implantará un procedimiento, validado por la Unidad de Calidad, que garantice la conciliación de la medicación al ingreso y alta del paciente</b>	1,00			
TIPO	CUALITATIVO	FUENTE	Responsable UGC/Estrategia Seg A	METODOLOGÍA	Procedimiento, Cuestionario Autoevaluac
REFERENCIA		FÓRMULA			
PERIODICIDAD	ANUAL				
LÍMITES	INF		SUP		
					PESO
1278	<b>La Unidad establecerá programa de vigilancia y control de Bacteriemia relacionada con catéter vascular central</b>	1,00			
TIPO	CUALITATIVO	FUENTE	ENVIN/Comisión Infecciones	METODOLOGÍA	Análisis de datos
REFERENCIA		FÓRMULA	N° bacteriemias CVC * 1000/días totales de pacientes con catéter		
PERIODICIDAD	ANUAL				
LÍMITES	INF	media Andal +	SUP	<= media Andal	
					PESO

Interna

**3 % - 3,00 %** **ACREDITACIÓN**

<b>1157 Incremento del nº de profesionales de la UGC acreditados por la ACSA</b>	<b>2,00</b>
TIPO CUALITATIVO FUENTE ACSA METODOLOGÍA Informe	
REFERENCIA FÓRMULA N° profesionales acreditados 2013 - N° profesionales acreditados 2012 > 1	
PERIODICIDAD ANUAL	<b>PESO</b>
LÍMITES INF SUP	

<b>1158 Incremento del nº profesionales de la UGC en proceso de acreditación por la ACSA</b>	<b>1,00</b>
TIPO CUALITATIVO FUENTE ACSA METODOLOGÍA Informe	
REFERENCIA FÓRMULA N° profesionales en proceso de acreditación 2013 - N° profesionales en proceso de acreditación 2012 > 1	
PERIODICIDAD ANUAL	<b>PESO</b>
LÍMITES INF SUP	

**1 % - 1,00 %** **IMAGEN Y COMUNICACIÓN**

<b>708 Se generará al menos una noticia trimestral con impacto positivo para la organización</b>	<b>1,00</b>
TIPO CUALITATIVO FUENTE Medios de Comunicación METODOLOGÍA Análisis de datos	
REFERENCIA FÓRMULA	
PERIODICIDAD ANUAL	<b>PESO</b>
LÍMITES INF SUP	

**15 % - 15,00 %** **SISTEMAS DE INFORMACIÓN**

<b>731 Mantener el volumen de residuos peligrosos generados según SIGA</b>	<b>2,00</b>
TIPO CUALITATIVO FUENTE SIGA METODOLOGÍA Evaluación de volumen de residuos	
REFERENCIA FÓRMULA	
PERIODICIDAD ANUAL	<b>PESO</b>
LÍMITES INF SUP	

<b>895 % de informes de alta en Módulo Clínico de Urgencias respecto al total anual de urg admitidas &gt;=99%</b>	<b>6,00</b>
TIPO CUALITATIVO FUENTE Diraya METODOLOGÍA Análisis de datos	
REFERENCIA +95% FÓRMULA	
PERIODICIDAD ANUAL	<b>PESO</b>
LÍMITES INF SUP	

<b>1020 Prescripción electrónica &gt;= 95% de prescripciones</b>	<b>2,00</b>
TIPO CUALITATIVO FUENTE Informe Farmacia METODOLOGÍA Farmatools/Informe Farmacia	
REFERENCIA FÓRMULA	
PERIODICIDAD ANUAL	<b>PESO</b>
LÍMITES INF SUP	

<b>1184 El número de pac pendientes de alta en Diraya Urg con +72h.&lt;=5% del total real en urgencias</b>	<b>5,00</b>
TIPO CUANTITATIVO FUENTE Diraya Urgencias METODOLOGÍA Explotación datos	
REFERENCIA FÓRMULA (N° pacientes pendiente alta >72 h) / (N° total pac pendiente alta) *100 <10%	
PERIODICIDAD MENSUAL	<b>PESO</b>
LÍMITES INF SUP	

### Desarrollo Critico

**0 % - 65,00 % FARMACIA**

<b>704 Cumplimiento del presupuesto asignado en Farmacia</b>						<b>20,00</b>
TIPO	CUALITATIVO	FUENTE	Control de Gestión (COAN)	METODOLOGÍA	Revisión Semestral del gasto: 30/06/2013 y 31/10/2013	<b>PESO</b>
REFERENCIA	434.495,20 €	FÓRMULA	SEGUIMIENTO PACTOS DE CONSUMO			
PERIODICIDAD	ANUAL	LÍMITES	INF	SUP		

<b>707 Prescripción por principio activo (rango 80 - 85%)</b>						<b>8,00</b>	
TIPO	CUANTITATIVO	FUENTE	Informe de Farmacia	METODOLOGÍA	Análisis de datos	<b>PESO</b>	
REFERENCIA		FÓRMULA	RECETAS PRESCRITAS POR PRINCIPIO ACTIVO / TOTAL DE RECETAS PRESCRITAS POR LA UNIDAD X 100. Promedio resultado AH y AP				
PERIODICIDAD	ANUAL	LÍMITES	INF	80	SUP		85

<b>727 Calidad de uso de inhibidores de la bomba de protones, IBP: % ddd omeprazol / ddd ibp (rango 74-90)</b>						<b>8,00</b>	
TIPO	CUANTITATIVO	FUENTE	Informe de Farmacia	METODOLOGÍA	Análisis de datos	<b>PESO</b>	
REFERENCIA		FÓRMULA	% ddd omeprazol / ddd ibp				
PERIODICIDAD	ANUAL	LÍMITES	INF	74	SUP		90

<b>1053 % de prescripción a través de receta XXI ajustada a objetivo de Contrato-Programa</b>						<b>2,00</b>
TIPO	CUALITATIVO	FUENTE	FARMA	METODOLOGÍA	Análisis de datos	<b>PESO</b>
REFERENCIA		FÓRMULA	n° total de recetas prescritas a través de receta XXI/n° total de recetas prescritas x 100			
PERIODICIDAD	MENSUAL	LÍMITES	INF	SUP		

<b>1105 Calidad uso AINE; % DDD Ibuprofeno, naproxeno, diclofenaco/total DDD AINE</b>						<b>7,00</b>	
TIPO	CUANTITATIVO	FUENTE	FARMACIA	METODOLOGÍA	Análisis de prescripción	<b>PESO</b>	
REFERENCIA		FÓRMULA	% DDD ibuprofeno, naproxeno, diclofenaco/total DDD AINE				
PERIODICIDAD	ANUAL	LÍMITES	INF	56	SUP		76

<b>1324 Consolidación ahorro del gasto en Farmacia respecto al gasto en 2012</b>						<b>20,00</b>
TIPO	CUALITATIVO	FUENTE	Control de Gestión (COAN)	METODOLOGÍA	Revisión Semestral del gasto: 30/06/2013 y 31/10/2013	<b>PESO</b>
REFERENCIA	460.976,85 €	FÓRMULA	SEGUIMIENTO PACTOS DE CONSUMO			
PERIODICIDAD	ANUAL	LÍMITES	INF	SUP		

**0 % - 35,00 % CONSUMO**

<b>705 Cumplimiento del presupuesto asignado en Capítulo II</b>						<b>25,00</b>
TIPO	CUALITATIVO	FUENTE	COAN	METODOLOGÍA	Análisis de datos	<b>PESO</b>
REFERENCIA	610.169,96 €	FÓRMULA	SEGUIMIENTO PACTOS DE CONSUMO			
PERIODICIDAD	ANUAL	LÍMITES	INF	SUP		

<b>1219 Puesta en marcha de, al menos, una medida de mejora de la Eficiencia de la UGC. Ej:en Uso racional medicamento, en fungible, en RRHH,..</b>						<b>10,00</b>
TIPO	CUALITATIVO	FUENTE	Documentación acredite la repercusi	METODOLOGÍA	Informe de la Dirección de la UGC	<b>PESO</b>
REFERENCIA		FÓRMULA				
PERIODICIDAD	ANUAL	LÍMITES	INF	SUP		

<i>PROCEDIMIENTO DE CONTROL DE REVISIÓN DEL MATERIAL</i>
--

La enfermera responsable de cada turno encargada de la revisión se asignará con una rotación mensual.

Revisar por turno:

- Carro de parada
- Balas de oxígeno
- Maletín de traslados
- Estupefacientes
- Monitores portátiles
- Respiradores portátiles
- Respiradores fijos

La auxiliar de enfermería revisará su box donde habrá:

- Cama
- Monitor conectado a la central
- 2 tomas de oxígeno: 1 de ellas con caudalímetro
- 2 tomas de vacío 1 de ellas con sistemas de aspiración montado
- 2 tomas de aire medicinal
- Ambú con mascarilla con alargadera para conexión a la toma de oxígeno.
- Manguito de tensión arterial conectado a monitor

ENFERMEROS de turno de noche.

- ✓ Balas de oxígeno.
- ✓ Carro de parada:
  - Laringoscopio
  - Material para intubación
  - Medicación
- ✓ Desfibriladores
- ✓ Respiradores fijos y portátiles: recuento de nº de existencias disponibles.
- ✓ Material de urgencias
- ✓ Drogas.

***CRONOGRAMA DE FUNCIONES:***

- 
- ✓ Cambio de Dispositivos:
    - Cánulas de traqueotomía: Shilley: *c/ 7 días*  
Percutánea: *c/15 días*
    - SNG: cada *15 días*.
    - Sonda vesical: Látex: *c/ 15 días*  
Silicona: *c/ 30 días*
    - Drum: *c/ 15 días*
    - Vía venosa periférica: *c/ 7 días*
    - Sistemas de perfusión: *c/ 2 días*
    - Llaves de tres pasos: *c/ día*
    - Sensor de pulsioxímetro: *c/ día (mañana)*
  - ✓ Planificación en gráfica de :
    - Aplicación de aceite hiperoxigenado: *c/ turno*
    - Registro de dispositivos
    - Registro de puntuación de NOVA-5 (EMINA)
    - Enfermo de larga estancia, ordenar la historia en sobres.
  - ✓ Protocolo de curas de UPPs / registro en gráfica / hoja adjunta.
  - ✓ Cura de vías centrales: *c/ día*
  - ✓ Revisión del material del box: *c/ turno*
  - ✓ Comprobación de tolerancia a nutrición enteral: *c/ día en turno de mañana*
  - ✓ Lavado de SNG con agua: *c/ cambio o suspensión de dieta.*
  - ✓ Comprobar la correcta presión del neumotaponamiento: *c/ turno*
  - ✓ Cuidado de ojos: *c/ turno*
  - ✓ Aspiración y cuidados de boca: *c/ turno*
  - ✓ Aseo y cuidados del cabello: *una vez a la semana (Domingo)*
  - ✓ Cambios posturales (si no hay contraindicación): *c/ 4h*
  - ✓ Fisioterapia respiratoria ( si no contraindicación): *c/ 8h*
  - ✓ Cambio de drogas vasoactivas : *c/ 24h (si no ha precisado el cambio antes)*
  - ✓ Si Hemodiafiltración veno-venosa continua (HDFVVC), cambiar el filtro de sangre: *c/ 72h*

## - Anexo 6:

### CLASE I RESIDUOS GENERALES

Residuos generados en áreas donde no se realizan actividades propiamente sanitarias.

Incluye los residuos generados en:

- Cocina y cafeterías.
- Zonas administrativas.
- Jardinería.
- Almacenes y Salas de espera.



### CLASE III RESIDUOS BIOSANITARIOS ESPECIALES

Son residuos que están dentro de alguno de los siguientes grupos:

- Punzantes o cortantes: agujas hipodérmicas, hojas de bisturí, lancetas, porta y cubreobjetos.

NUNCA deben usarse recipientes no diseñados específicamente para residuos punzantes, como latas, botes, etc.



NUNCA reencapuchar las agujas.



- Pipetas de vidrio o cristales rotos, si han estado en contacto con líquidos biológicos.
- Residuos de pacientes con infecciones altamente virulentas importadas o de baja incidencia en España.
- Residuos de pacientes con infecciones de transmisión oral-fecal o por aerosoles.
- Filtros de diálisis de máquinas reservadas a pacientes con infecciones VHA, VHC y VIH.
- Cultivos y reservas de agentes infecciosos.
- Residuos de animales de experimentación inoculados con agentes infecciosos.
- Cantidades mayores a 100 ml de líquidos corporales si están contenidos en recipientes que no se pueden vaciar por el vertedero.
- Restos anatómicos humanos de pequeña entidad.



### CLASE V RESIDUOS QUÍMICOS

Aquellos residuos caracterizados como peligrosos por su contaminación química. Tienen la misma peligrosidad que el producto del que derivan, ya que mantienen sus propiedades.

Incluye envases y restos de envases que hayan contenido dichos residuos, así como todo material contaminado con ellos.

Son residuos generados principalmente en laboratorios de anatomía patológica, de análisis clínicos y de investigación.



También son residuos peligrosos:

- Líquidos de reveladoras.
- Medicación caducada o en mal estado.
- Filtros de campanas de flujo laminar.
- Fluorescentes.
- Equipos eléctricos y electrónicos.
- Aceites industriales.
- Pilas y baterías.

CLASE II  
RESIDUOS BIOSANITARIOS ASIMILABLES A URBANOS

Residuos generados en las actividades sanitarias asistenciales.



NO ESTÁN INCLUIDOS LOS RESIDUOS BIOSANITARIOS ESPECIALES (CLASE III).

## - Anexo 7: \*Estrategias de afrontamiento:

## A) FOCALIZADA EN EL PROBLEMA

1. Confrontación → Dar los pasos necesarios para quitar el estresor o mitigar sus efectos
2. Planificación → Pensar cómo enfrentarse con el estresor. Establecer un plan de acción y seguirlo
3. Retrasar el afrontamiento → Esperar una mejor oportunidad para actuar
4. Autocontrol → Procurar no precipitarse, guardar los problemas para uno mismo.
5. Buscar apoyo instrumental → Consejo, ayuda o información.

## B) FOCALIZADA EN LA EMOCIÓN

1. Escape-avoidance → Esperar a que ocurra un milagro, evitar el contacto, con la gente, tomar alcohol o droga.

2. Aceptación → Aceptar la realidad de la situación, conformarse.
3. Negación → Negar la realidad de la situación
4. Refugiarse en la religión → Rezar, buscar la ayuda divina, buscar reconfortamiento en las prácticas religiosas.
5. Retraimiento conductual → Reducir los esfuerzos para tratar con el estresor o para superarlo.
6. Retraimiento mental → Tratar de olvidarse del problema, distraerse, no prestarle atención, no tomarlo en serio.
7. Reevaluación positiva → Reinterpretar la situación de una manera positiva, diciéndose, por ejemplo, "experiencia enseña, hay gente buena, cambiar es madurar como persona..."
8. Buscar apoyo emocional → Conseguir apoyo moral, simpatía, comprensión. etc.