



Universidad
Zaragoza



Universidad de Zaragoza

Facultad de Ciencias de la Salud

Grado en Enfermería

Curso Académico 2016 /2017

TRABAJO FIN DE GRADO

Plan de mejora para el registro de los cuidados invisibles en las gráficas de Enfermería en Servicios de Hospitalización.

Improvement plan for the invisible care register in nursing graphs in Hospitalization Services.

Autor/a: Thalia Manresa Martínez.

Director: María Jesús Pardo Díez.

INDICE

1.- Resumen	1
1.- Abstract	2
2.- Introducción	3
3.- Objetivos	6
4.- Metodología	7
4.1.- Planificación	7
4.2.- Búsqueda bibliográfica	8
4.3.- Diseño del estudio	9
5.- Desarrollo	11
5.1.- Planificación	11
5.2.- Do (Hacer)	15
5.3.- Check (Evaluar)	18
5.4.- Act (Actuar)	22
6.- Conclusiones	23
7.- Bibliografía	24
8.- Anexos	28

1.- RESUMEN

Introducción:

Durante la última década los cuidados invisibles han adquirido gran relevancia, debido a su impacto sobre la recuperación de salud en los pacientes. Estos cuidados hacen referencia a los cuidados enfermeros que resultan menos visibles, aquellos cuidados que pueden parecer acciones cotidianas sin significado, pero que sin embargo, forman un conjunto de intervenciones que son llevadas a cabo mediante la observación atenta, la empatía, el conocimiento y la experiencia del profesional de enfermería. Siendo de gran importancia en los Servicios de Hospitalización dada la prolongada estancia de los pacientes. La importancia de estos cuidados ha potenciado la búsqueda de estrategias que aumenten su reconocimiento. Los sistemas de registro son el método por el cual los cuidados invisibles lleguen a ser visualizados.

Objetivo:

El objetivo principal es diseñar e implantar un formato de registro de cuidados invisibles para el personal de enfermería en las unidades de hospitalización del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza identificando, a través de la literatura, cuales son los criterios susceptibles de ser registrados.

Metodología:

Se realizó una revisión de la literatura en las principales bases de datos. Para el desarrollo del Formato de Registro se utilizó el "Ciclo de Deming" o ciclo PDCA, estrategia para la mejora continua de la calidad. A partir de una oportunidad de mejora se desarrolla siguiendo el proceso de 4 etapas: Plan, Do, Check, Act. El ámbito de estudio son las Unidades de Hospitalización de Aragón.

Conclusiones:

En esta época, en la que la calidad en la atención ocupa un lugar primordial en las estrategias del sistema sanitario de salud, disponer de una herramienta que ayude a registrar los cuidados que desarrolla la enfermería desde una visión holística, parece necesario para dirigirnos a una atención verdaderamente de calidad; acorde a las necesidades y expectativas de los pacientes.

Palabras clave:

Cuidados invisibles, registros de enfermería, cuidado enfermero, calidad asistencial.

1.- ABSTRACT

Introduction:

During the last decade invisible care has acquired great importance, due to its impact on the recovery of health in patients. These care refer to nursing care that is less visible, those care that may seem everyday actions without meaning, but nevertheless, they form a set of interventions that are carried out through close observation, empathy, knowledge and Experience of the nursing professional. Being of great importance in the Hospitalization Services given the prolonged stay of the patients. The importance of this care has strengthened the search for strategies that increase its recognition. Registration systems are the method by which invisible care can be visualized.

Objetive:

The main objective is to design and implement a format of registry of invisible care for the nursing staff in the hospitalization units of the Miguel Servet University Hospital of Zaragoza, identifying, through the literature, which are the criteria that can be registered.

Methodology:

A review of the literature was carried out in the main databases. For the development of the Registration Format, the "Deming Cycle" or PDCA cycle, a strategy for continuous quality improvement, was used. From an opportunity of improvement it is developed following the process of 4 stages: Plan, Do, Check, Act. The scope of study are the Hospitalization Units of Aragon.

Conclusions:

At this time, where the quality of care occupies a primary place in the health plans of health systems, have a tool that helps to record the care that the nursing develops, it seems necessary to direct us to a truly quality attention; according to the needs and expectations of patients.

Key words:

Invisible care, nursing registration, nursing care, healthcare quality.

2.- INTRODUCCION

La enfermería ha experimentado una gran evolución desde sus inicios a lo que actualmente entendemos como profesión enfermera. El Consejo Internacional de Enfermería (CIE) la define como "profesión que abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados, y personas moribundas. Funciones esenciales de la enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, y la formación".¹ Por otra parte la Organización Mundial de la Salud la define como "Profesión que abarca la atención autónoma y en colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas circunstancias. Comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal".²

Así pues, el acto de cuidar ha sido considerado la esencia de la profesión enfermera a lo largo del desarrollo que ésta ha tenido como disciplina, ya que hace la diferencia entre ella y otras disciplinas del área de la salud. El verbo "cuidar" proviene del latín *cogitare* cuyo significado evolucionó y pasó a tener el sentido de prestar atención a algo o a alguien, asistir a alguien, poner solicitud en algo.³ Según Colliére, destacada figura de la enfermería internacional,⁴ cuidar es mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables para la vida, pero que son diversas en su manifestación.⁵

El "Cuidado de Enfermería" o "Cuidado Enfermero" tiene dos grandes dimensiones: la primera es la dimensión emocional, relacionada con la interacción de los seres humanos,⁶ que dependiendo de las actuaciones de la enfermera o enfermero generará sentimientos de seguridad, bienestar y tranquilidad en los pacientes. La segunda es la dimensión técnicocientífica, que se refiere a los procesos y procedimientos técnicos que se dan con relación al cuidado.⁷ En ambas dimensiones se busca evitar complicaciones al paciente, garantizar su seguridad, disminuir su estrés y contribuir al máximo con su bienestar.⁸

En la actualidad la enfermería ha quedado atrapada bajo la creencia de las instituciones hospitalarias impregnándose del modelo biomédico y curativo en la práctica profesional.⁹ Este modelo define el cuidado desde una perspectiva analítica, empírica y experimental, adecuada para el estudio de los procesos biológicos y fisiopatológicos de las personas, asumido en su totalidad por la medicina moderna. La consecuencia de esto es un cuidado monótono y lineal dominado únicamente por la racionalidad técnica, dónde el enfermo pasa a ser una enfermedad.

Ésta visión biomédica de la atención es lo que ha llevado a las enfermeras a una elevada estructuración del trabajo, a la tecnificación y medicalización del factor humano. Todo ello unido a ratios bajos en las plantillas de enfermería y a una escasa participación de ésta en puestos de poder y toma de decisión, ha llevado a la insatisfacción y desmotivación profesional lo que conlleva el alejamiento de la humanización de los cuidados y al distanciamiento de su visión holística del paciente.¹⁰

La humanización de los cuidados, el cuidado humano, hace referencia a los cuidados enfermeros que resultan menos visibles, aquellos que carecen de reconocimiento y valor social y sanitario; aquellos cuidados que pueden parecer acciones cotidianas sin significado, pero que sin embargo, para el profesional son actos intencionados que conllevan un juicio terapéutico;¹¹ es decir, conllevan un proceso de pensamiento por parte de los profesionales que, consciente o inconscientemente, emiten una opinión razonada y argumentada en base a unos conocimientos específicos que permiten establecer la intervención y/o cuidado más adecuado para lograr el mayor grado de bienestar global en la persona.¹²

Este tipo de cuidados son los llamados “cuidados invisibles” (CI), entendiéndolos como un conjunto de intervenciones llevadas a cabo mediante la observación atenta, la empatía, el conocimiento y la experiencia del profesional de enfermería.¹³ Dichas intervenciones a menudo no son registradas ni valoradas institucionalmente, sin embargo, ocupan tiempo de trabajo y tienen un impacto positivo en el bienestar, autonomía y seguridad de las personas, que debería ser considerado.¹⁴ Se trata de esas acciones como dar una taza, acomodar una almohada, cuidar la intimidad y el confort, acompañamiento, proximidad, etc. Incluyendo las acciones que sí podrían ser registradas, por ser consideradas más profesionales que las anteriores, pero que sin embargo, no se reflejan en ningún lugar, con lo que los mismos profesionales las hacen invisibles, como sería la relación terapéutica entre paciente – profesional, asesoría de salud o capacitación para el autocuidado.¹⁵

En la última década se han realizado numerosos trabajos de investigación y revisiones bibliográficas en las que se refleja la importancia de este tipo de atención que presta el cuerpo de enfermería. Recibir un trato adecuado es para los pacientes lo más importante, incluyendo aspectos como la delicadeza, el cariño, la humanidad, la amabilidad y paciencia recibida por parte del personal de enfermería.¹⁶

Sin embargo, el reconocimiento de este tipo de cuidados es una tarea que está todavía pendiente debido a que el ejercicio enfermero sigue estando muy poco reconocido y que el estatus de la enfermería sigue subordinado al de la medicina.¹⁷ Así mismo, Colliere refiere que hay un error mantenido al denominar abusivamente a los tratamientos como

cuidados, esto hace pensar que sólo los tratamientos representan la acción terapéutica.^{18,19}

Todo esto conlleva a la motivación de darle a la enfermería la importancia que se merece a través de acciones que solamente puede realizar enfermería, como es el cuidado propiamente dicho.²⁰

La esencia de la enfermería, esa esencia encargada de motivar a los profesionales en ofrecer un cuidado integral al paciente, un cuidado biopsicosocial, sin pasar por alto ninguna de sus partes, se está transformando en la lucha por adquirir conocimientos basados en técnicas y habilidades que parecen pertenecer más a la rama de la medicina que de la propia enfermería. Parece ser que el pensamiento social en el que la enfermería se limita a la realización meramente de acciones técnicas es tal, que ha calado hasta los propios profesionales, haciéndoles sentir la necesidad de que sólo con la realización de técnicas sientan que han ejercido las acciones que conlleva la profesión.

La existencia de un sistema de registro para los cuidados invisibles dotará de reconocimiento al quehacer enfermero y potenciará esta dimensión del trabajo de enfermería menos tangible, pero igualmente imprescindible para los pacientes y sus familiares.¹⁹

Nos encontramos con que los criterios de evaluación de la atención de enfermería que se utilizan en las instituciones hospitalarias, a menudo se limitan a la evaluación de labores que debe realizar la enfermera como la detección y control de signos y síntomas, pero no engloban todo lo que el cuidado a los pacientes abarca,²¹ por lo que la evaluación a menudo es incompleta y se ajusta poco a lo que pensamos que debería de ser. Por ello, la existencia de un sistema de registro para estos cuidados, puede suponer un instrumento muy útil para tratar de ampliar la evaluación que hasta ahora se realiza del cuidado.²²

La enfermería debería de volver la vista atrás por un instante, reflexionar sobre sus orígenes y cuestionarse hacia dónde nos llevan todos los avances que han influido en su crecimiento y desarrollo como profesión y cómo estos nos están alejando de la base en la cual se ha ido construyendo la enfermería como la conocemos ahora.

El saber utilizar los progresos que ha dado la enfermería, de manera en que la visión de futuro tenga presente su pasado, es una tarea de vital importancia para su desarrollo hacia una enfermería competitiva y excepcional. Cabría reflexionar cómo ya lo hizo Florence Nightingale, considerada precursora de la enfermería profesional moderna, quién afirmó "Lo importante no es lo que nos hace el destino, sino lo que nosotros hacemos de él".

3.- OBJETIVOS

General:

Diseñar e implantar un formato de registro de cuidados invisibles para el personal de enfermería, en las unidades de hospitalización de larga estancia, para concienciar al profesional e incrementar la relevancia que tiene la aplicación de los cuidados invisibles en la recuperación de la salud.

Específicos:

- Identificar a través de la literatura cuales son los criterios susceptibles de ser registrados.
- Facilitar el registro de los cuidados invisibles de enfermería en servicios de hospitalización.
- Valorar la percepción del usuario respecto a la aplicación de los cuidados invisibles por parte del profesional de enfermería.

4.- METODOLOGIA

4.1.- PLANIFICACIÓN

El diagrama de Gantt es una herramienta visual para la planificación y programación de actividades o tareas sobre una línea de tiempo. Ayuda a mostrar visualmente las actividades a realizar para implantar una determinada acción junto la duración y el comienzo de cada actividad. Por ello ha sido el método elegido para planificar los tiempos estimados de realización de este proyecto, gracias a que ha facilitado el poder llevar un control de la planificación.

La planificación abarca desde el mes de Enero hasta el mes de Mayo. En un primer momento se realizó un cronograma marcando sus tiempos en color rosa. Finalmente hubo variaciones en estos tiempos debido a cambios en el enfoque de su realización, marcados en color morado.

	30-Ene	6-Feb	13-Feb	20-Feb	27-Feb	6-Mar	13-Mar	20-Mar	27-Mar	3-Abr	10-Abr	17-Abr	24-Abr	1-May	8-May
Elección del tema															
Revisión bibliográfica															
Redacción introducción															
Redactar objetivos															
Elaboración metodología															
Bibliografía Normas Vancouver															
Desarrollo															
Conclusiones															
Elaboración resumen															
Redacción índice															
Revisión															
Realización de PowerPoint															

4.2.- BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

4.2.1.- Bases de datos.

Bases de Datos	Palabras Clave	Límites	Encontrados	Revisados	Citados
ScienceDirect	"cuidados invisibles"	"desde 2012"	384	6	4
	"cuidado enfermería"		3262	4	2
	historia AND "cuidado enfermería"		1456	8	3
	"cuidado invisible" AND evolución		208	2	1
	"cuidado enfermería" AND "cuidado humanizado"		134	10	5
	"cuidado invisible" AND "valoración"		109	3	1
	"cuidado invisible" AND actualidad		41	1	-
	"cuidado invisible" AND registro		24	1	1
	"cuidado invisible" AND gráficas		21	2	-
	"calidad asistencial" AND enfermería		876	15	8
	"cuidado invisible" AND encuestas		54	1	1
	enfermería AND registros		1345	8	5
	"personal enfermería" AND valoración		1856	9	6
Cuiden	"cuidados invisibles" AND pacientes	"desde 2010"	245	1	1
Pubmed	"hightouch" AND nursing	"desde 1995"	298	1	1
	"hightouch" AND knownledge		89	-	-
	"hightouch" AND learning		46	-	-

4.2.2.- Libros y revistas.

Libro
Claudia Ariza, R.D. Calidad del cuidado de enfermería al paciente hospitalizado. [Internet] Primera edición. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana; 2008. [Actualizado 15 Sep 2011; citado 5 abr 2017]. Disponible en: https://books.google.es/books?id=L0T4LiRF-UQC

4.2.3.- Páginas web.

Página web	Enlace
Consejo Internacional de Enfermería.	http://www.icn.ch/es
Organización mundial de la salud.	http://www.who.int

4.3.- DISEÑO DEL ESTUDIO

Para la realización de este trabajo se ha utilizado el ciclo de mejora de Shewart o “círculo de Deming”. Se trata de un método de mejora continuo basado en la detección de un área susceptible de mejorar para, en el cual, poder aplicar un proceso de cambio que tiene 4 etapas:²³

1. Planificar (Plan):en esta etapa se planifican los cambios y lo que se pretende alcanzar. Se establece una estrategia con los pasos a seguir y se planifica lo que se debe utilizar para conseguir los fines que se estipulan en este punto.
2. Hacer (Do):aquí se lleva a cabo lo planeado. Siguiendo lo estipulado en el punto anterior, se procede a seguir los pasos indicados en el mismo orden.
3. Chequear (Check): se desarrollan indicadores que permiten verificar que se ha actuado de acuerdo a lo planeado, así como que los efectos del plan son los correctos y se corresponden a lo que inicialmente se diseñó.
4. Actuar (Act):a partir de los resultados conseguidos en la fase anterior se procede a recopilar lo aprendido y a ponerlo en marcha aplicando medidas correctoras. También suelen aparecer recomendaciones y observaciones que suelen servir para volver al paso inicial (Planificar).

La capacidad de mejora de este método es infinita debido a que tiene como origen cualquier oportunidad de mejora detectada. Al solucionar el primer área de mejora detectada, se pueden priorizar nuevamente otras y volver a analizar causas, planificar acciones, evaluar y ajustar en función del resultado de la evaluación.

La mejora se puede conseguir mediante dos métodos diferentes, pero no excluyentes:²³

- ✓ La mejora gradual: que sirve para rectificar determinados procesos o aspectos defectuosos que ya existen.
- ✓ Cambiando totalmente el proceso.

Ámbito:

Servicios de Hospitalización de Medicina Interna, Neurología y Oncología del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza debido a la larga estancia de sus pacientes en dichas unidades.

Población:

Profesionales del servicio de Enfermería de las unidades indicadas.

Declaración de intereses:

La autora declara no tener un conflicto de interés respecto a la realización del trabajo de fin de grado.

5.- DESARROLLO

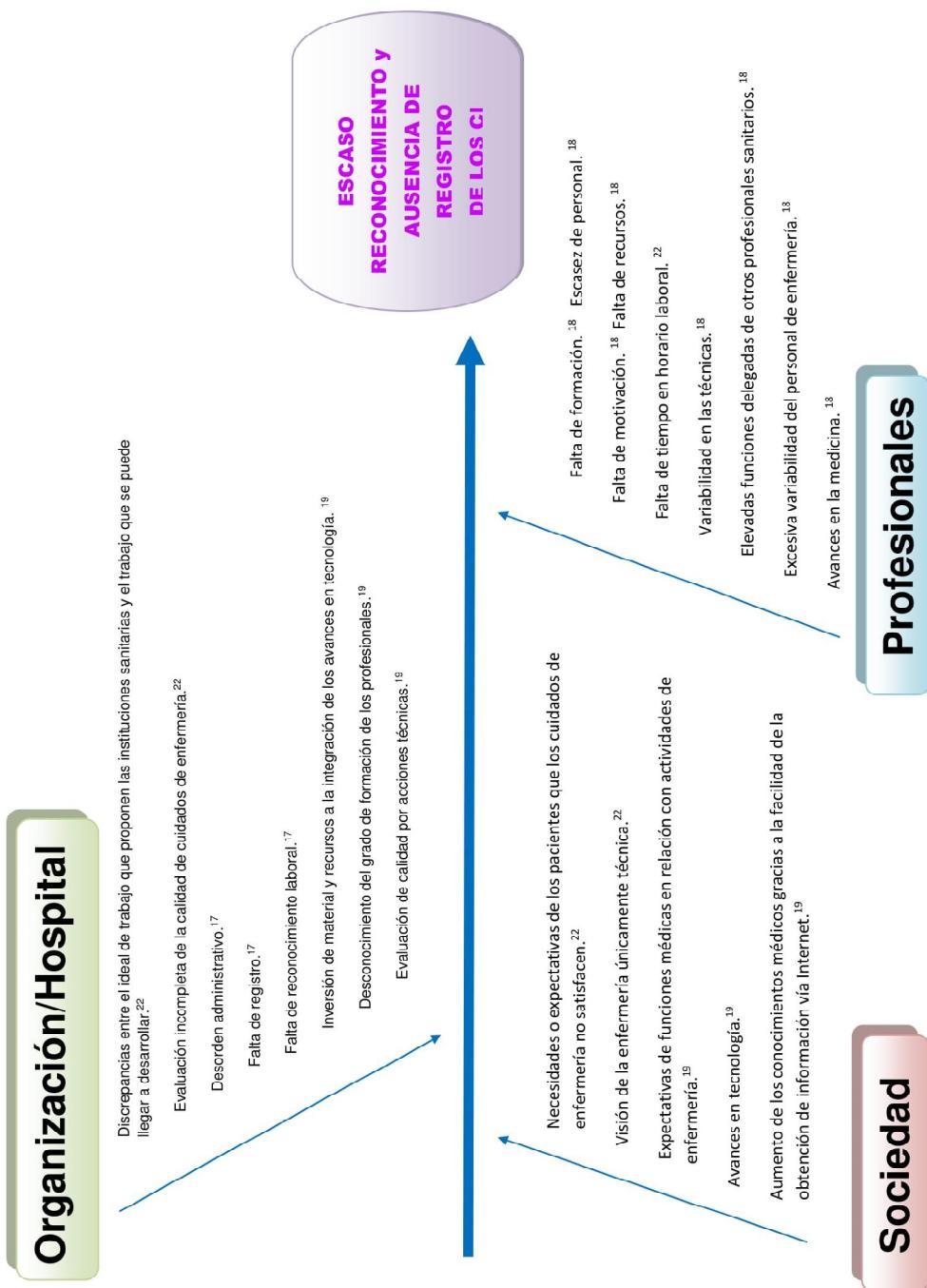
5.1.- Planificación

a) Definición del problema.

- Problema que se propone.
Infradiagnóstico y falta de registro de los llamados cuidados invisibles de enfermería en las Unidades de Hospitalización.
- Beneficios que se esperan conseguir:¹⁷
 - Beneficios para el paciente/familia.
 - Atención sanitaria de más calidad.
 - Aumento de la satisfacción en su estancia hospitalaria.
 - Reducción del tiempo de ingreso hospitalario, en la mayoría de los casos.
 - Un mayor aprendizaje sobre sus cuidados referentes a su bienestar, desarrollo de la confianza, el confort, la seguridad clínica y una mayor capacidad de gestión de su propio cuidado.
 - Un impacto positivo en el bienestar, autonomía y seguridad de los pacientes. Pilares fundamentales del marco conceptual del Triángulo de los cuidados. (ANEXO I)
 - Beneficio para la mejora de la organización del trabajo.
 - Aumento del reconocimiento de la labor de enfermería.
 - Aprendizaje basado en el conocimiento de habilidades que requieren este tipo de cuidados.
 - Mayor compromiso por parte de los profesionales de ofrecer una atención integral a los pacientes.
 - Función de enfermería diferenciada.
 - Evaluación de la calidad de cuidados de enfermería nunca antes evaluados.
 - Beneficios para la administración/hospital.
 - Reducción del tiempo de ingreso hospitalario y por lo tanto de los costes.
 - Disminución de reclamaciones.
 - Mejorar la atención prestada por el personal de enfermería.

b) Análisis causal del problema.

Tras una revisión bibliográfica de los motivos por los cuales los cuidados invisibles no obtienen reconocimiento. Se organizan a través del diagrama de Ishikawa, método por el cual se permite recoger datos cualitativos de manera visual formando lo que se denomina como “espina de pescado” y colocando el problema a su derecha.



c) Desarrollo del problema.

En los últimos años se ha incrementado la temática de los Cuidados Invisibles en el entorno científico enfermero, siendo cada vez más habitual encontrar artículos, libros y congresos centrados en los mismos.²⁴

El trabajo enfermero, tanto el que se realiza de forma aislada como el que se lleva a cabo junto a otros profesionales, se ejerce en contextos donde la tecnología y la farmacología permiten que gran parte de éste se automatice, al tiempo que los procesos de trabajo tienden a racionalizarse y estandarizarse, lo que resta autonomía al profesional.²⁵

El sometimiento continuo del cuidado enfermero a evaluación y a la medición de sus costes y sus resultados en salud, en muchas ocasiones hacen que los cuidados desarrollados disten bastante del componente holístico y humanista que se describe en muchos manuales sobre modelos y procesos de atención de enfermería.²⁶

Las personas receptoras de cuidados valoran los cuidados integrales, incluyendo los cuidados invisibles, y aprecian las mejoras en su salud en cuanto estos cuidados les son proporcionados. Favorecer la comodidad durante su ingreso, la inversión de parte del tiempo que forma la jornada de trabajo en cada paciente, la relación de ayuda ofrecida o proporcionar una explicación de cómo realizar una serie de cuidados con lenguaje comprensible; forman parte de los cuidados invisibles que realizan los profesionales de enfermería con más relevancia para los pacientes. La enfermera que ofrece esta atención no pasa desapercibida para las personas que atiende y sus familias, es visible para ellos al igual que lo son sus cuidados.²⁷

Para que éstos puedan tener el reconocimiento que merecen se proponen una serie de medidas como son la disminución de tareas delegadas de otros profesionales, concienciar de su importancia tanto a los profesionales como a los receptores de estos cuidados, implicar a los profesionales en la investigación de los cuidados invisibles y sus intervenciones, así como el desarrollar estudios dónde se trate de dar cabida a esta parte humana de la Enfermería y cómo ésta visualiza los cuidados desde una perspectiva holística.

Invertir en la integración de los cuidados invisibles en la práctica diaria no conlleva una desprofesionalización de la Enfermería, se trata de encontrar un punto medio donde coexistan ambas partes de la profesión, el lado humanista y el lado de la profesionalización. Esto no resta importancia a los cuidados técnicos

de la profesión, ya que son tan necesarios e imprescindibles como la otra faceta humana por el cual se fundamenta el rol de la profesión.²⁵

La profesión de Enfermería en su función asistencial requiere realizar el cumplimiento de las llamadas Gráficas de enfermería para cada uno de los pacientes a los que atiende durante las 24 horas del día.²⁷ Este registro permite conocer la evolución del paciente quedando registrados datos generales del paciente, datos objetivos, planteamiento del diagnóstico de enfermería, objetivos, intervenciones, evaluación y firma de la enfermera de turno, con la finalidad de lograr la continuidad y seguridad de este.²⁸

En estas gráficas no existe ningún método de registro sobre la labor de enfermería en la aplicación de los cuidados invisibles en su labor asistencial. El profesional de enfermería deja constancia de este tipo de cuidados como notas en la hoja de "Proceso de Atención de Enfermería". Habitualmente estas anotaciones no son relevantes para la evaluación de la calidad asistencial de enfermería, y en otros casos no se tienen en cuenta en la continuidad de los cuidados para los pacientes entre los propios profesionales.^{29, 30}

d) Implantación.

Para la implantación de un sistema de registro de cuidados invisibles en las gráficas de Enfermería la literatura recoge varios criterios que deben cumplir:^{31 - 33}

- Objetividad:

Deben estar escritos de forma objetiva, sin prejuicios, juicios de valor u opiniones personales.

- Precisión y Exactitud:

Deben ser precisos, completos y fidedignos. Los hechos deben anotarse de forma clara y concisa y expresar sus observaciones en términos cuantificables. Los cuidados deben describirse de manera meticulosa haciendo constancia de su fecha, hora y firma legible del profesional responsable.

- Legibilidad y claridad:

Deben ser claras y legibles, puesto que las anotaciones serán inútiles para los demás sino pueden descifrarlas.

- Simultaneidad:

Los registros deben realizarse de forma simultánea a la asistencia y no dejarlos para el final del turno. Tampoco se debe registrar los procedimientos antes de realizarlos, puesto que estas anotaciones pueden ser inexactas e incompletas.

5.2.- Do. (Hacer)

Este proyecto está diseñado con la finalidad de incluirlo en la próxima convocatoria del Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en Salud de Aragón.

a) Creación de Grupo de trabajo:

Para llevar a cabo el proyecto se formará un grupo de trabajo para el cual se requerirán profesionales de la plantilla de la unidad, no pertenecientes a la dirección, motivados y voluntarios a colaborar con la autora de este proyecto. Sería conveniente la aprobación de la Dirección Médica y de Enfermería de las unidades dónde se implantase, sin olvidar la colaboración de la Supervisora de Enfermería de cada una de ellas.

Dicho grupo de trabajo contará con una previa formación en habilidades referidas a los cuidados invisibles impartida por la autora del proyecto, en base a la información que se aportará al personal de la unidad posteriormente, y serán los responsables de garantizar el reconocimiento de la labor asistencial de enfermería.

Los miembros que formarán el Grupo de Trabajo serán los responsables de:

- Realizar una reunión para la formación al resto de personal de la unidad contando con su colaboración, aportando la información dada por escrito. (ANEXO II)
- Poner en marcha el nuevo sistema de registro que los profesionales de enfermería realizarán de los CI.
- Analizar los resultados obtenidos.
- Proponer las medidas correctoras de aspectos que resultan difíciles de aplicar.

b) Diseño de registro:

El registro de los cuidados invisibles por parte de los profesionales de enfermería se realizará a través de una ficha complementaria diseñada al respecto, y añadida a la Gráfica de Cuidados de Enfermería. (ANEXO III)

c) Encuestas de evaluación:

Se realizará una evaluación al usuario en la que se emplea la encuesta "Percepción de la calidad del cuidado invisible de enfermería" (ANEXO IV) que mide el grado de satisfacción percibido por los pacientes en relación a los cuidados invisibles. Dicha encuesta fue desarrollada por Isabel Huércares Esparza, diplomada en Enfermería, en su Estudio Piloto realizado en Septiembre 2010 sobre la validación de un cuestionario acerca de la percepción de los pacientes sobre la calidad del cuidado invisible de enfermería.²⁰ Para poder incluirla en este proyecto contamos con su autorización.

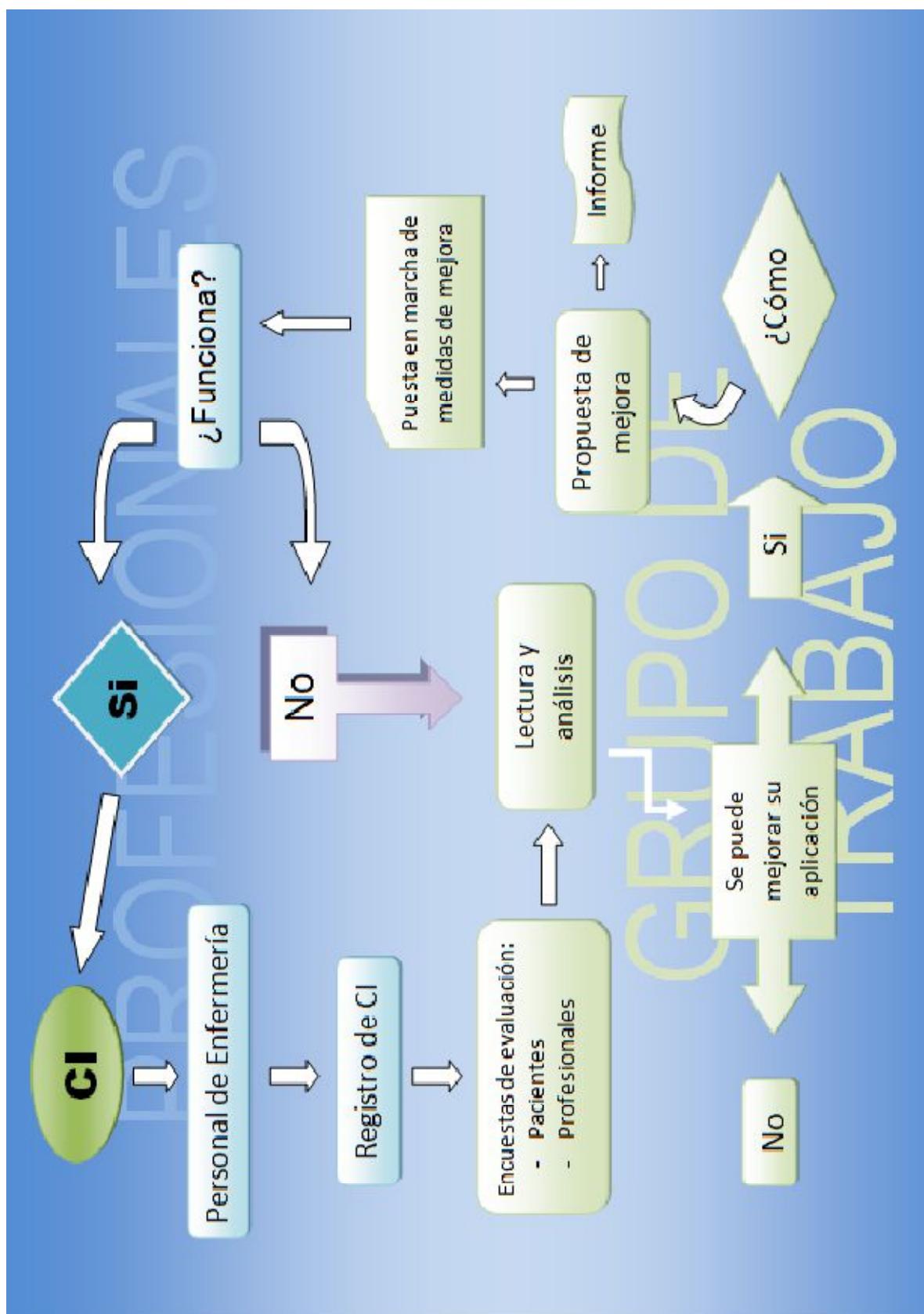
d) Cronograma:

Se realiza un cronograma con las fases a seguir y tiempos estimados de cada proceso poniendo como supuesto tiempo necesario para la correcta implantación del sistema, el periodo de un año.

	Mes 0	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6	Mes 7	Mes 8	Mes 9	Mes 10	Mes 11	Mes 12
Grupo de trabajo													
Creación grupo de trabajo													
Formación interna personal													
Reuniones													
Reuniones grupo de trabajo													
Reuniones con personal													
Diseño y puesta en marcha													
Recogida de información													
Proceso de recogida de información													
Análisis resultados													
Reuniones de mejora													
Informe													
Propuestas de mejora													

e) Flujograma:

El proceso cíclico de registro y análisis de resultados corresponde con el siguiente flujograma:



f) Possibles barreras:³⁴

- Falta de conciencia por parte del personal sobre la importancia de los CI.
- Falta de motivación para realizar el registro.
- Exceso de carga asistencial.²⁴
- Falta de recursos.
- Soporte organizacional inadecuado.
- Inseguridad de los profesionales sobre qué registrar.

5.3.- Check. (Evaluar)

Para poder evaluar los resultados obtenidos una vez implantada la propuesta de mejora se lleva a cabo la monitorización de resultados y creación de indicadores, de manera que nos permite identificar aquellos resultados que no concuerden con los objetivos esperados o planteados y así poder proponer cambios de mejora.

Los indicadores han de ser válidos, fiables y útiles (apropiados) para los fines de la monitorización, es decir, en nuestro caso, detectar casos de no cumplimiento del registro por parte de los profesionales de enfermería, y medir el éxito de las actividades realizadas durante el proceso para el mantenimiento de la mejora.³⁵

Se proponen los siguientes indicadores:

INDICADOR 1	
Cumplimentación del sistema de registro de los cuidados invisibles por parte del personal de enfermería.	
Dimensión: CALIDAD	
Descripción: Numerador: Nº de registros cumplimentados por parte del personal de enfermería incluidos en la historia clínica en las unidades seleccionadas. Denominador: Total de registros en las historias clínicas de pacientes dados de alta. Periodo de tiempo: 1 año	
Aclaración de términos: Sistema de registro: Documento legal y formal escrito o impreso, que se considera como indicador del desempeño de los enfermeros profesionales, referido al cuidado que se brinda al apersona sana o enferma. ³⁴ Cuidados invisibles: cuidados aplicados por los profesionales de enfermería altamente centrados en las necesidades de cada paciente, los cuales van más allá de las meras técnicas y acciones dirigidas a la resolución física de la patología. ¹⁸	
Justificación: El profesional de enfermería se encuentra en permanente contacto con el paciente, aplicando diferentes tipos de cuidados en base a sus conocimientos. La puesta en práctica de un sistema de registro de los cuidados invisibles ayuda a la mejora de la calidad asistencial y al reconocimiento de estos cuidados dentro de los estándares de calidad.	
Fuente: Sistemas de registro de Enfermería, Historias clínicas.	
Responsable de Recogida: Grupo de trabajo	Frecuencia de recogida: Trimestral
Tipo de Indicador: Proporción o tasa	
Estándar: (Nivel de calidad) Se marcarán tras la primera medición.	

INDICADOR 2	
Grado de satisfacción de los pacientes del Servicio de Hospitalización donde se haya implantado el sistema de registro con la aplicación de los cuidados invisibles por parte del profesional de enfermería.	
Dimensión: SATISFACCIÓN DEL USUARIO	
Descripción: Numerador: Número total de pacientes ingresados en el servicio que están satisfechos con la aplicación de los cuidados invisibles por parte del profesional de enfermería. Denominador: Número total de pacientes ingresados en el servicio. Periodo de tiempo: 1 año	
Aclaración de términos: Se entiende por satisfacción del paciente la evaluación positiva que éste hace sobre las diferentes dimensiones de la atención enfermera recibida. Para evaluar la satisfacción del paciente tendremos en cuenta una serie de ítems que deberá cumplimentar tras la realización de la encuesta que se le entregará al finalizar su estancia en el servicio tras haber recibido los consecuentes cuidados para su recuperación. ²⁰	
Justificación: La importancia de la evaluación de satisfacción de los pacientes frente a los cuidados recibidos durante su ingreso está dada por varias razones, ya que es una medida que permite conocer las percepciones del paciente acerca de diferentes cuidados y de las modalidades de tratamiento. Altos niveles de satisfacción están asociados a mejores resultados en la salud y a la continuidad en el uso del servicio sanitario, lo cual se convierte en un importante indicador de calidad y, por tanto, conlleva una competitividad en el mercado, lo que tiene implicaciones en costes e imagen institucional. ³⁶	
Fuente: Encuestas de evaluación.	
Responsable de Recogida: Grupo de trabajo	Frecuencia de recogida: Al final de la estancia de cada paciente en el servicio.
Tipo de Indicador: Indicador de resultado	
Estándar: (Nivel de calidad) Se marcarán tras la primera medición.	

INDICADOR 3	
Profesionales implicados en la implementación del nuevo sistema de registro de cuidados invisibles en las gráficas de enfermería.	
Dimensión: CIENTÍFICO - TÉCNICA	
Descripción: Numerador: Nº de profesionales que participan en la implantación del nuevo sistema de registro de CI. Denominador: Número total de profesionales en los servicios seleccionados. Periodo de tiempo: 1 año	
Aclaración de términos: Se considera personal que participa al que se ha incluido en este proyecto por su voluntad.	
Justificación: El personal de enfermería es el grupo de profesionales que realizarán el registro de los CI a través de la ficha complementaria en la gráfica de Enfermería.	
Fuente: Entrevistas a los profesionales.	
Responsable de Recogida: Grupo de trabajo	Frecuencia de recogida: Trimestral
Tipo de Indicador: Indicador de estructura	
Estándar: (Nivel de calidad) Se marcarán tras la primera medición.	

5.4.- Act. (Actuar)

Las nuevas fichas complementarias en la Gráfica de Cuidados de Enfermería de registro de los CI serán recogidas trimestralmente por el Grupo de Trabajo que redactará un Informe de Mejora en el cual se recopilarán los resultados obtenidos, en base a los indicadores diseñados.

Estos Informes de Mejora se unificarán en un Informe Final, tras finalizar el periodo de un año, que será presentado al Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora del salud, tras el cual se decidirá la continuidad del proyecto.

6.- CONCLUSIONES.

Tras la revisión de la bibliografía que ha supuesto la realización de este trabajo, puede obviarse la gran importancia que tienen los cuidados invisibles en la calidad asistencial del personal de enfermería.

El usuario receptor de estos cuidados espera del sistema sanitario recibir el tratamiento adecuado para la recuperación de su salud, ya que forma parte del objetivo que tiene el sistema de resolver el problema por el que acuden sus usuarios. No obstante, existe una gran diferencia para ellos cuando en éstos cuidados se incluyen los cuidados invisibles. Esto hace que perciban el cuidado de una manera humanizada, teniendo en cuenta sus necesidades y expectativas y no de una manera despersonalizada.

El hecho de introducir un registro dónde puedan quedar reflejados, es el comienzo de una línea de investigación para darle a la Enfermería la independencia a la hora de otorgar sus cuidados, centralizados en la visión del paciente de una forma bio-pisco-social.

Si la Enfermería no se conciencia de la magnitud que tienen sus cuidados, sean del tipo que sean, cualquier paso hacia adelante en un intento de ser visualizados, será completamente inútil.

7.- BIBLIOGRAFIA

- 1.- Consejo Internacional de Enfermería. La definición de enfermería. [Internet]. Barcelona. 2013. [actualizado 04 de Diciembre de 2015; citado 3 de Marzo 2017]. Disponible en: <http://www.icn.ch/es/who-we-are/icn-definition-of-nursing/>
- 2.- Organización mundial de la salud. Enfermería. [Internet] Madrid. 2015. [actualizado 03 de Marzo de 2014; citado 3 de Marzo 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/nursing/es/>
- 3.- Jesse E. Filosofía y teoría del cuidado transpersonal de Watson. 7^a ed. Barcelona: Elsevier; 2011. 91-112
- 4.- Collière MF. La vida de Marie-Françoise Collière. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2005 [citado 2017 Abr 17]; 21(1): 1-1. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192005000100013&lng=es.
- 5.- Martínez Martín ML, Chamorro Rebollo E. Evolución histórica del cuidado enfermero. 2^a ed. Barcelona: Elsevier; 2011.
- 6.- Mompart García MP. Administración de servicios de enfermería. Barcelona: Masson; 2000.
- 7.- Matesanz Santiago MA. Pasado, presente y futuro de la Enfermería: una aptitud constante. Rev Adm Sanit [Internet] 2009 [citado 17 de abril de 2017]; 7: 243-60. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-administracion-sanitaria-siglo-xxi-261-articulo-pasado-presente-futuro-enfermeria-una-13139761>
- 8.- Achury Saldaña DM. La historia del cuidado y su influencia en la concepción y evolución de la enfermería. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo [Internet] 2006 [citado 17 de abril de 2017]; 7:88-15. Disponible en: <http://universitaria.p.redalyc.org/articulo.oa?id=145220734002>.
- 9.- Siles J, Solano C. El origen fenomenológico del cuidado y la importancia del concepto del tiempo en la historia de la enfermería. Cultura de los Cuidados. 2007;21:19-27.
- 10.- Salazar, AM. Tendencias internacionales del cuidado de enfermería. Investigación y Educación en Enfermería. 2011; 2: 29.
- 11.- Collière MF, Identificación de los cuidados en la mujer enfermera. Promover la vida. Madrid: McGraw Hill; 1993. P. 1-30.

- 12.- Poblete Troncoso M, Valenzuela Suazo S. Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. *Acta Paul Enferm* 2007; 20(4). 499-503
- 13.- Germán Bes C, Orkaizagirre Gómara A, Huércaños Esparza I, Hueso Navarro F. ¿Provocan las enfermeras su propia invisibilidad?: a propósito del caso de María. *Index Enferm.* 2015 Sep;24(3): 139-143.
- 14.- Gordon NF, Franklin BA, Mitchell BS, Salmon RD, Adams LC. "High touch" vs. "High tech" implications for lifestyle interventions. *Med Sci Sports Exerc.* 2001; 33(5) Sup 1: 312.
- 15.- Huércaños Esparza I. El cuidado invisible: una dimensión de la profesión enfermera. *Bibl Las Casas* 2010; 6(1): 5.
- 16.- Hernández Conesa J. Historia de Enfermería. Un análisis histórico de los cuidados de enfermería. 1^a ed. Interamericana. Madrid: McGraw-Hill; 1995.
- 17.- Orkaizagirre Gómara A. Visibilizando los cuidados enfermeros a través de la Relación de Cuidado. *Index Enferm.* 2013 Sep; 22(3): 124-126.
- 18.- German Bes C, Hueso Navarro F. Cuidados humanizados, enfermeras invisibilizadas. Congreso virtual Invescom. Granada, 22 de mayo de 2010.
- 19 - Huercanos Esparza I. El cuidado invisible, una dimensión de la profesión enfermera. Biblioteca Lascasas, 2010; 6(1).
- 20.- Huercanos Esparza I. Estudio piloto para la validación de un cuestionario acerca de la percepción de los pacientes sobre la calidad del cuidado invisible de enfermería. Biblioteca Lascasas. 2011; 7(1): 42.
- 21.- Pascual JC. SERVQUAL, un instrumento para medir la calidad en los servicios. Asociación Española para la Calidad. [Internet]. 2013 [Acceso Abril 2017] Disponible en: <http://www.aec.es/aecfiles/servqual.pdf>
- 22.- Huércaños Esparza I. Cuidado Invisible: donde los medicamentos no llegan. *IndexEnferm.* 2013 Jun; 22(1-2): 5-6.
- 23.- Lorenzo Martínez S. Ciclo de mejora. Diseño y gestión de planes de mejora. En: Aranaz Andrés JM, Aibar Remón C, Vitaller Burillo J, Mira Solves JJ, directores. Gestión sanitaria y seguridad de pacientes.1^a ed. Madrid: Diaz de Santos; 203-208.
- 24.- Meseguer Gancedo P. El trabajo de cuidados. Una aproximación desde la enfermería española. Cuad. relac. labor. [Internet]. 2017 [citado en 3 de abril de 2017]; 1 (35): 165-185. Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/CRLA/article/view/54988>

- 25.- Rosanna de la Rosa E, Zamora Monge G. Cuidados invisibles: ¿son suficientemente reconocidos?. Index Enferm [Internet]. 2012 Dic; 21(4): 219-223.
- 26.- Callén Galindo M, Germán Bes C (dir). El cuidado invisible desde una doble perspectiva, la de pacientes y enfermeras [trabajo final de máster en Internet]. [Zaragoza]: Universidad de Zaragoza, Facultad de Ciencias de la Salud, 2012 [citado 8 de abril de 2017]. Recuperado a partir de: <https://zaguan.unizar.es/record/8784?ln=es>
- 27.- Glicerio Contreras P. Personal and institutional factors affecting the filing of nursing professional notes of Emergency Services. Rev Peru Obstet Enerm. 2012;8(2): 93-96.
- 28.- Anglade C. Características de las anotaciones de enfermería y factores personales e institucionales asociados a su elaboración en el Hospital Des De Mayo. Tesis de licenciatura en Enfermería. Lima: INMSM; 2006.
- 29.- Chaparro Días L. Registros del profesional de enfermería como evidencia de la continuidad del cuidado. Tesis de Licenciatura. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2006.
- 30.- Blum M. Psicología Industrial, Mexico: Interamericana; 1996.
- 31.- W. Iyer, P. Trece reglas para realizar unos registros que le protejan legalmente. Nursing. 1992; 10 (3): 40-44.
- 32.- Walter Iyer, P. Seis nuevas reglas para realizar unos registros que le protejan legalmente. Nursing. 1992; 10 (4): 32-37.
- 33.- Murphy J, Bruke L. Anotar las excepciones. Una forma más eficaz de hacer los registros. Nursing. 1991; 9 (3): 39-41.
- 34.- Escalante Martinez de Mugía L, Trespaderne Beracero MI (dir), El arte de registrar. La importancia de los registros de enfermería. [Trabajo académico]. [San Sebastián]: Universidad del País Vasco; [Internet] 2013 [citado 14 de abril de 2017]. Recuperado a partir de: <https://addi.ehu.es/handle/10810/10381>
- 35.- Gómez-Baiste X, Espinosa J, Martínez-Miños M. Cómo elaborar indicadores y estándares de calidad de la atención paliativa en servicios de salud. [Internet] 2011 [citado 2017 Abr 24]; en Disponible en: <http://www.iconcologia.net>
- 36.- Feldman L, Vivas E, Lugli Z, Alvarez V, Perez MG, Bustamante S. La satisfacción del paciente hospitalario: una propuesta de evaluación. Rev Calidad Asistencial. 2007; 22 (3):133-140

37.- Ferrer e Dios RM. El tacto terapéutico: Una herramienta al servicio de enfermería. Natura Medicatix. 1997; 3:13-14.

38.- Sillas Gonzalez DE, Jordan Jinez ML. Autocuidado, elemento esencial en la práctica de Enfermería. Desar Cientif Enfer. 2011; 19: 67-69.

39.- Rocha Oliveira T, Faria Simões SM. La comunicación enfermera-cliente en el cuidado en las unidades de urgencias 24h: una interpretación en Travelbee. Enferm glob. 2013; 12(30): 76-90.

40.- Ossama Nasser L, Garrido Piosa M, Tierra Burguillo P. Cuidados de confort en una unidad de cuidados intensivos. Rev Med E. [Internet]. 2016 [citado 2017 Abr 24]; 14(3): 1. Dinsponible en: <http://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidados-confort-unidad-cuidados-intensivos/>

8.- ANEXOS

ANEXO I:

Marco conceptual de Triangulo de los Cuidados.



Fuente: Germán Bes C, Orkaizagirre Gómara A, Huércares Esparza I, Hueso Navarro F. ¿Provocan las enfermeras su propia invisibilidad?: a propósito del caso de María. Index Enferm. 2015 Sep;24 (3): 139-143.

ANEXO II:

Formación del personal de Enfermería de la unidad en habilidades sobre los CI.

Objetivos generales en la formación profesionales

1.- ¿Qué son los CI?

El “**Cuidado de Enfermería**” o “**Cuidado Enfermero**” tiene dos grandes dimensiones: la primera es la **dimensión emocional**, relacionada con la interacción de los seres humanos, que dependiendo de las actuaciones de la enfermera o enfermero generará sentimientos de seguridad, bienestar y tranquilidad en los pacientes. La segunda es la **dimensión técnicocientífica**, que se refiere a los procesos y procedimientos técnicos que se dan con relación al cuidado. En ambas dimensiones se busca evitar complicaciones al paciente, garantizar su seguridad, disminuir su estrés y contribuir al máximo con su bienestar.

Hoy en día la enfermería ha quedado atrapada bajo la creencia de las instituciones hospitalarias impregnándose del **modelo biomédico** y curativo en la práctica profesional. Este modelo define el cuidado desde una **perspectiva analítica, empírica y experimental**, adecuada para el estudio de los procesos biológicos y fisiopatológicos de las personas, asumido en su totalidad por la medicina moderna. La consecuencia de esto es un **cuidado monótono y lineal** dominado únicamente por la racionalidad técnica, dónde el enfermo pasa a ser una enfermedad.

Ésta visión biomédica de la atención es lo que ha llevado a las enfermeras a una elevada estructuración del trabajo, a la tecnificación y medicalización del factor humano, a una **falta de motivación y valoración** del personal de enfermería. Todo ello conlleva el alejamiento de la humanización de los cuidados y al distanciamiento de su visión holística del paciente.

La **humanización de los cuidados**, el cuidado humano, hace referencia a los cuidados enfermeros que resultan **menos visibles**, aquellos que carecen de reconocimiento y valor social y sanitario; aquellos cuidados que pueden parecer **acciones cotidianas sin significado**, pero que sin embargo, para el profesional son actos intencionados que conllevan un **juicio terapéutico**; es decir, conllevan un proceso de pensamiento por parte de los profesionales que, consciente o inconscientemente, emiten una opinión razonada y argumentada en base a unos **conocimientos específicos** que permiten establecer la intervención y/o cuidado más adecuado para lograr el mayor grado de bienestar global en la persona.

Este tipo de cuidados son los llamados “**cuidados invisibles**” (**CI**), entendiéndolos como un conjunto de intervenciones llevadas a cabo mediante la **observación atenta, la empatía, el conocimiento y la experiencia** del profesional de enfermería. Estos cuidados tienen un impacto positivo en el bienestar, autonomía y seguridad de las personas, que debería ser considerado. Se trata de esas acciones como dar una taza,

acomodar una almohada, cuidar la intimidad y el confort, acompañamiento, proximidad, etc. que acompañan a las acciones que sí podrían ser registradas, por ser consideradas más profesionales que las anteriores.

Enumeradas de esta manera parecen ser acciones imposibles de cuantificar y registrar, en cambio, lo que la mayoría desconocen es que están sustentas en una base científica por la cual el profesional de Enfermería fundamenta sus conocimientos sobre cómo otorgar estos cuidados.

Esta **base científica** haría referencia a como sería la relación terapéutica entre paciente – profesional, a cómo el profesional llega a ser una asesoría de salud para el paciente, a cómo proporciona una capacitación para el autocuidado para el paciente, etc.

2.- ¿Cómo ponerlos en práctica?

Las habilidades que encierra la aplicación de los CI en la práctica diaria conlleva la adquisición de ciertos conocimientos sobre ellas.

- **Escucha activa:**

El término de Escucha activa se usa para definir una serie de comportamientos y actitudes que realiza el receptor en el intercambio de información que le ayuda a escuchar, a concentrarse en la persona que habla y a proporcionar respuestas. Poniendo en marcha lo definido como **“feedback”**, con la implicación, entre otros aspectos, ofrecer disponibilidad y mostrar interés por la persona que habla.

La escucha activa consiste en una forma de comunicación que demuestra al hablante que el oyente le ha entendido refiriéndose no sólo lo que la persona está expresando directamente, sino también los **sentimientos, ideas o pensamientos** que subyacen a lo que se está diciendo

Recomendaciones a seguir en la escucha activa:

- No juzgar al emisor.
- No distraerse.
- No interrumpir al que habla. Espera a que la otra persona te dé paso, aunque no estés de acuerdo con lo que dice.
- No ofrecer ayuda o soluciones prematuras.
- No rechazar lo que el otro siente (“Eso no es nada”)
- No contar tu historia cuando el otro necesita hablarte.

- No contraargumentar ("Me siento mal" – "Y yo también").
- Evitar el "síndrome del experto", es decir, tener la respuesta antes de que el otro cuente todo.
- No rechazar las emociones que el otro manifiesta. Decir que no debería sentir lo que siente implica un reproche sobre una conducta sobre la que la persona no tiene control. Hay que tener en cuenta que no está en su mano modificar ese sentimiento.
- No solucionar el problema si no es lo que se requiere.
- No dar un consejo que no te hayan pedido.

- **Toque Terapéutico:**

El ser humano es un sistema abierto de energía y está comprometido en una continua interacción con su entorno. Tiene unas necesidades básicas fisiológicas que precisan ser cubiertas, como son el respirar, el equilibrio hídrico, el comer y la regulación del frío y del calor. Si la persona está sana tiende al equilibrio, pero cubriendo nuestras necesidades básicas no tenemos suficiente, en realidad ni siquiera podemos vivir, necesitamos intercambiar pensamientos, amor, caricias, amistad, etc.

El Toque Terapéutico hace referencia al gesto de **tocar al paciente** con las manos, no solamente a la hora de realizar una técnica invasiva para lo cuál sea necesario, sino el tacto por el tacto. El apoyar la mano sobre el otro en gesto de comprensión y de acompañamiento.

Para poner en práctica esta habilidad se aconseja que la enfermería sea capaz de:

- Ver y comprender lo que es, en lugar de lo que pudiera ser, hubiera sido oería.
- Decir lo que se siente y piensa, en lugar de lo que se debería decir.
- Sentir lo que se siente, en lugar de lo que se cree que se debería sentir.
- Pedir lo que se quiere, en lugar de estar esperando siempre a que lo adivinen.
- Asumir los riesgos por ti mismo, en lugar de instalarte en la seguridad.

- **Promoción del autocuidado:**

El Autocuidado se define como las **acciones** que asumen las personas en beneficio de su propia salud, sin supervisión médica formal, son las prácticas de personas y familias a través de las cuales se

promueven conductas positivas de salud para prevenir enfermedades. Es una conducta que aparece en situaciones concretas de la vida, y que el **individuo dirige hacia sí mismo** o hacia el entorno para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y actividad en beneficio de la vida, salud y bienestar.

En este aspecto se pueden apreciar como en la adquisición del autocuidado se deben tener en cuenta elementos denominados **factores condicionantes básicos (FCB)**. Los factores son condiciones internas y externas de la persona que afectan, a la cantidad y calidad de cuidados que requiere la persona y las manifestaciones de los requerimientos y la capacidad de autocuidado, entre los que se encuentran: la edad, el sistema familiar, el género, patrón de vida, estado de salud (físico y psicológico) y estado de desarrollo, además se requiere precisar que toda acción de Autocuidado debe ser razonada e intencionada para ser realizada y contar con los recursos requeridos para ello.

Para que el personal de Enfermería pueda llevar a cabo esta habilidad se debe recabar información sobre estos factores y poner en marcha estrategias de autocuidado planificando intervenciones que puedan ser llevadas a cabo **por parte del personal y por el propio paciente**, motivándolo para que participe de forma activa en el manejo y control de su propia salud.

Por eso las acciones del personal de enfermería tienen que ir encaminadas a **modificar las conductas no saludables en saludables**, que incluyen incrementar el conocimiento, adquisición de habilidad y sobre todo tener motivación para el fomento de autocuidado, esto incluye también mejorar el ambiente en el que se desenvuelve la persona. Debemos asegurarnos de que nuestras expectativas como enfermeras sean razonables atendiendo a las características de cada persona

- **Promoción de la confianza:**

La **comunicación** en sus aspectos verbales y no verbales es uno de los instrumentos básicos de la práctica de enfermería así como la destreza, la habilidad manual, el conocimiento científico, la observación, la creatividad, entre otros, pues permiten a la enfermera interactuar, relacionarse e implementar el cuidado de enfermería.

La comunicación posibilita a la enfermera delimitar las metas de intervención y cumplir los objetivos de la enfermería como la oferta de ayuda. Y para ello, la enfermera debe dar énfasis a la habilidad de comunicarse y mantener una comunicación significativa. Así, la habilidad para comunicarse con otros seres humanos, de entender y ser entendido constituye una capacidad interpersonal esencial.

Los profesionales comprenden que el **apoyo emocional** es una de las bases para crear confianza en el paciente, y esto se debe, probablemente, no solo al hecho de ser sensitivas e intuitivas, sino también porque conocen el significado de esa actitud ante alguien que vivencia el dolor y el sufrimiento. A través del apoyo emocional, la enfermería cumple uno de los presupuestos que es el de ayudar al enfermo a encontrar un sentido a su enfermedad.

- **Promoción del confort:**

Los cuidados de confort, pertenecen al rol propio de la profesión enfermera, y suponen para el paciente un aumento considerable de su calidad de vida durante su estancia hospitalaria, además que permite prevenir complicaciones mayores, que suelen ser evitables con una atención integral.

Instalación de confort:

Es la manipulación del paciente para facilitar una comodidad óptima.

1. La cabeza: un almohadillado correcto para evitar posibles problemas cervicales.
2. Las orejas: a veces tienden a plegarse, por motivo de la colocación de mascarillas, por ello es importante verificar su posición y mantenerlas hacia atrás.
3. El cuerpo: el paciente tiende a deslizarse hacia abajo, dando con los pies en el pie de cama, provocando una postura incomoda para el paciente. Por ello hay que ayudar a remontarlo regularmente.
4. Las sábanas: adaptar las sábanas a la temperatura del paciente, subirlas o bajarlas dependiendo de las necesidades del paciente.

El dolor:

La evaluación del dolor es crucial para identificar el malestar del paciente, y puede ser de amplia etiología: un mantenimiento prolongado en una postura o un dolor ligado a un problema de salud. Para ello debemos usar las escalas del dolor adecuadas, y recoger regularmente información sobre el dolor. Es importante identificar el dolor, su localización, su causa y su intensidad, para poder manejarlo adecuadamente y administrar los analgésicos necesarios.

Para ello poseemos diferentes escalas de evaluación para detectar el dolor en el paciente: EVA (Escala Visual Analógica), EN (escala numérica), EVD (escala verbal descriptiva)

La higiene:

Además de la higiene diaria del paciente; hay que proponer una higiene regular para favorecer el confort del paciente y de los familiares que lo visitan:

- Higiene buco-dental: una higiene tres veces al día es en principio suficiente.
- Lavado de ojos: permite que el ojo este limpio y así vigilamos la aparición de posibles infecciones o problemas que requieren de atención médica u oftalmológica.
- Eliminación: Valorar el patrón de eliminación del paciente y mostrar interés ofreciéndole ayuda si fuese necesario incrementa el nivel de confort por parte de los pacientes. Si éste lleva pañal tendremos que valorar si esta húmedo, o manchado, ya sea por la transpiración.. Verificar regularmente el estado de humedad del paciente y cambiarlo lo más pronto posible.
- Los apóositos: el requerimiento del uso de apóositos del tipo que sean es muy común debido a los diferentes usos que se le pueden dar. Estos pueden acumular suciedad de la cama, del ambiente o de fluidos corporales del propio paciente. Enfermería tiene que ser capaz de diferirlos y cambiarlos lo más tempranamente posible para asegurar el confort del paciente.

El estado cutáneo:

Las alteraciones cutáneas son frecuentes, por ello, hay que hacer especial atención en la evaluación del riesgo de úlceras y escaras. Para ello podemos usar la escala de Braden. Las actividades necesarias que se deben realizar de modo regular para mantener la integridad cutánea son las siguientes:

- Evaluación del riesgo de aparición úlceras y otras alteraciones cutáneas mediante una escala adaptada.
- Favorecer una temperatura adecuada en la habitación y adaptar la ropa y las sabanas para controlar los sudores excesivos
- Verificar si el paciente está húmedo y necesita ser cambiado
- Cambios posturales para cambiar los puntos de presión
- Descargar las zonas con mayor presión, como talones, sacro u hombros.
- Seleccionar la cama que mejor se adapte a cada paciente.

- Los masajes, aflorando los puntos de presión, con un aceite o crema adaptadas, es muy necesario para permitir una hidratación correcta de la piel, con el objetivo de mantener la integridad cutánea.

3.- ¿Cómo registrarlos?

Para la implantación de un sistema de registro de cuidados invisibles en las gráficas de Enfermería la literatura recoge varios criterios que deben cumplir:

- Objetividad:

Deben estar escritos de forma objetiva, sin prejuicios, juicios de valor u opiniones personales. No deben de utilizar un lenguaje que sugiera una actitud negativa hacia el paciente, comentarios despectivos, acusaciones, discusiones o insultos. Deben describir de una forma objetiva el comportamiento del paciente, sin etiquetarlo de forma subjetiva. El profesional debe anotar la información subjetiva que aporta el paciente o sus familiares, entre comillas. Sólo la información apoyada por hechos documentados será susceptible de ser registrada.

- Precisión y Exactitud:

Deben ser precisos, completos y fidedignos. Los hechos deben anotarse de forma clara y concisa y expresar sus observaciones en términos cuantificables. Los cuidados deben describirse de manera meticulosa haciendo constancia de su fecha, hora y firma legible del profesional responsable. Por consiguiente deben de ser unos registros completos ya que, unos registros incompletos, podrían indicar unos cuidados de enfermería deficientes. "Lo que no está escrito, no está hecho".

- Legibilidad y claridad:

Deben ser claras y legibles, puesto que las anotaciones serán inútiles para los demás sino pueden descifrarlas. Deben ser correctas ortográfica y gramaticalmente, usando sólo abreviaturas de uso común y evitar aquellas que puedan entenderse con más de un significado, ya que pueden inducir a error. Cuando existan dudas escribir completamente el término. No se debe utilizar líquidos correctores ni emborronar lo ya escrito. Corregir los errores, tachando solamente con una línea, para que sean legibles, anotar al lado "error", ya que podría interpretarse legalmente como una omisión de información.

- Simultaneidad:

Los registros deben realizarse de forma simultánea a la asistencia y no dejarlos para el final del turno. Tampoco se debe registrar los procedimientos antes de realizarlos, puesto que estas anotaciones pueden ser inexactas e incompletas.

ANEXO III:

Ficha complementaria en la Gráfica de Cuidados de Enfermería para el registro de los CI.



HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET"
Pº Isabel la Católica 1-3
50008 Zaragoza

Apellidos.....

Nombre..... Edad.....

Servicio.....

Cama..... Nº Historia.....

Fecha de Ingreso:

Hoja nº:

REGISTRO ENFERMERIA CUIDADOS INVISIBLES DE HOSPITALIZACIÓN

FECHA:

INTERVENCIONES/ACTIVIDADES	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N
Escucha Activa																					
Proporcionar información correcta sobre su ingreso																					
Escuchar con atención sus dudas y resolverlas																					
Comunicar con lenguaje comprensible el proceso de su enfermedad																					
Conocer sentimientos, ideas o pensamientos que dificulten su recuperación																					
Toque Terapéutico																					
Acompañar y verificar la ingesta de tratamiento oral pautado																					
Acompañar en situaciones o técnicas realizadas para atenuar el estrés que producen																					
Promoción del Autocuidado																					
Identificar actividades que puede realizar de forma autónoma																					
Enseñar cuidados a realizar para mejorar su estado de salud																					
Incluir a la familia o cuidador principal en la aplicación de los cuidados																					
Enseñar medidas para prevenir la recaída de su enfermedad																					
Promoción de la Confianza																					
Comunicar síntomas de alarma																					
Realizar acciones para disminuir el dolor cuando la medicación no es efectiva o no puede administrarse más medicación																					
Coordinar actividades con otros profesionales (médico, trabajador social, auxiliar, celador,...)																					
Dedicar el tiempo adecuado que requiera cada paciente																					
Presentarse ante el paciente comunicando nombre y categoría profesional																					
Comunicar disponibilidad ante algún problema y cómo tiene que hacerlo																					
Promoción del Confort																					
Preservar la intimidad del paciente en cualquier situación																					
Manipular al paciente para facilitar una comodidad óptima (cambio de apósitos, sujeción de drenaje o sonda,...)																					
Evaluar el dolor a través de escalas de valoración																					
Asegurar una buena higiene del paciente																					
FIRMA:																					

NOMENCLATURA

Fuente: Elaboración propia

ANEXO IV:

Encuesta de evaluación de la calidad de cuidados.

Percepción de la calidad del cuidado invisible de enfermería

**Para usar este cuestionario debe pedir permiso a la autora Isabel Huércaños
Esparza**

Fecha: _____ *Iniciales del paciente/familiar:* _____

Contesta el cuestionario: Paciente _____ Cuidador/a familiar_____

Nivel de estudios de la persona que responde al cuestionario, marque con una X:

Sin estudios titulados _____ Primarios _____ Secundarios _____

Universitarios _____

En caso de ser usted familiar de la persona ingresada, por favor responda a estas preguntas con sus datos personales:

Edad _____ Parentesco con el paciente _____

Marque con una X: Mujer _____ Hombre _____

Datos referentes al paciente:

Fecha de nacimiento _____

Marque con una X: Mujer _____ Hombre _____

Ciudad de residencia _____ ¿En qué hospital ha estado ingresado/a? _____

Servicio en el que estuvo ingresado _____ Mes del último ingreso _____

¿Cuánto duró su estancia en el hospital? _____

Motivo del ingreso _____ ¿Tiene usted alguna otra enfermedad? _____

Valore de 0 a 10, rodeando con un círculo, la satisfacción que tiene con respecto a la atención que ha recibido de las enfermeras a lo largo de su vida:

0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 7 _____ 8 _____ 9 _____ 10

Marque con una X la respuesta que estime oportuna para cada pregunta con respecto a su última experiencia hospitalaria.

RECUERDE: SOLO PERSONAL DE ENFERMERÍA –NO MÉDICOS o MÉDICAS-Usamos el femenino pero incluye a enfermeros y enfermeras

EJEMPLO

P3. ¿Acudía a comprobar cómo estaba usted aunque no la hubiera llamado?

Nunca Casi nunca A veces Casi siempre Siempre

<i>P1. ¿Se preocupaba por cómo se encontraba incluso cuando la situación más grave ya había pasado?</i>	Nunca <input type="checkbox"/> Casi nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/>	No se entiende <input type="checkbox"/> No procede <input type="checkbox"/>
<i>P2. Aunque no era su enfermera de referencia en ese turno ¿se preocupaba por su situación?</i>	Nunca <input type="checkbox"/> Casi nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/>	No se entiende <input type="checkbox"/> No procede <input type="checkbox"/>
<i>P3. ¿Acudía a comprobar cómo estaba usted aunque no la hubiera llamado?</i>	Nunca <input type="checkbox"/> Casi nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/>	No se entiende <input type="checkbox"/> No procede <input type="checkbox"/>
<i>P4. ¿Le atendió con rapidez cuando la llamó?</i>	Nunca <input type="checkbox"/> Casi nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/>	No se entiende <input type="checkbox"/> No procede <input type="checkbox"/>
<i>P5. ¿Considera que la enfermera le dedicó el tiempo adecuado que usted necesitó?</i>	Nunca <input type="checkbox"/> Casi nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/>	No se entiende <input type="checkbox"/> No procede <input type="checkbox"/>
<i>P6. ¿Le dijo como avisar si necesitaba algo o tenía algún problema?</i>	Nunca <input type="checkbox"/> Casi nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/>	No se entiende <input type="checkbox"/> No procede <input type="checkbox"/>
<i>P7. ¿Se mostró dispuesta a aclararle las dudas que le surgieron durante el ingreso?</i>	Nunca <input type="checkbox"/> Casi nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/>	No se entiende <input type="checkbox"/> No procede <input type="checkbox"/>
<i>P8. ¿Intentó tranquilizarle dándole la información que usted necesitaba en un momento dado?</i>	Nunca <input type="checkbox"/> Casi nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/>	No se entiende <input type="checkbox"/> No procede <input type="checkbox"/>
<i>P9. ¿Le dio ánimos cuando los necesitó?</i>	Nunca <input type="checkbox"/> Casi nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/>	No se entiende <input type="checkbox"/> No procede <input type="checkbox"/>
<i>P10. ¿Le dedicó momentos y/o espacios para hablar sobre temas que le preocupan o interesan sobre su proceso, con usted y/o su familia?</i>	Nunca <input type="checkbox"/> Casi nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/>	No se entiende <input type="checkbox"/> No procede <input type="checkbox"/>
<i>P11. ¿Ha sentido que la enfermera en algún momento ha tratado de ponerse en su lugar para comprender la situación por la que usted estaba pasando?</i>	Nunca <input type="checkbox"/> Casi nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/>	No se entiende <input type="checkbox"/> No procede <input type="checkbox"/>
<i>P12. ¿Utilizó la enfermera un lenguaje comprensible para dirigirse a usted?</i>	Nunca <input type="checkbox"/> Casi nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/>	No se entiende <input type="checkbox"/> No procede <input type="checkbox"/>
<i>P13. ¿Se ha sentido acompañado por la enfermera, o durante su estancia hospitalaria?</i>	Nunca <input type="checkbox"/> Casi nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/>	No se entiende <input type="checkbox"/> No procede <input type="checkbox"/>
<i>P14. ¿Se sentó cerca de usted para hablar?</i>	Nunca <input type="checkbox"/> Casi nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/>	No se entiende <input type="checkbox"/> No procede <input type="checkbox"/>
<i>P15. ¿Se sintió reconfortado cuando lo necesitó?</i>	Nunca <input type="checkbox"/> Casi nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/>	No se entiende <input type="checkbox"/> No procede <input type="checkbox"/>

P16. ¿Le atendió con delicadeza?	No se entiende <input type="checkbox"/>
Nunca <input type="checkbox"/> Casi nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/>	No procede <input type="checkbox"/>
P17. ¿Le ofreció una taza de té o café, zumo, una revista, etc., o le preguntó si necesitaba algo?	No se entiende <input type="checkbox"/>
Nunca <input type="checkbox"/> Casi nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/>	No procede <input type="checkbox"/>
P18. ¿Estuvo atenta para administrarle la medicación cuando tuvo dolor?	No se entiende <input type="checkbox"/>
Nunca <input type="checkbox"/> Casi nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/>	No procede <input type="checkbox"/>
P19. ¿Procuró que el entorno de la habitación fuera confortable, para facilitarle comodidad y descanso?	No se entiende <input type="checkbox"/>
Nunca <input type="checkbox"/> Casi nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/>	No procede <input type="checkbox"/>
P20. ¿Le tuvo en cuenta, haciéndole preguntas y escuchándole? (sobre su proceso, sus gustos, sus costumbres, etc.)	No se entiende <input type="checkbox"/>
Nunca <input type="checkbox"/> Casi nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/>	No procede <input type="checkbox"/>
P21. ¿Realizó otro tipo de acciones para disminuir el dolor, la fiebre, la inflamación, vómitos, (...) cuando la medicación no era efectiva o no era posible proporcionarle más medicación? ¿Cuales? _____	No se entiende <input type="checkbox"/> No procede <input type="checkbox"/>
Nunca <input type="checkbox"/> Casi nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/>	
P22. ¿Procuró preservar su intimidad durante el aseo?	No se entiende <input type="checkbox"/>
Nunca <input type="checkbox"/> Casi nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/>	No procede <input type="checkbox"/>
P23. ¿Le enseñó algunas pautas (cómo tomar la medicación, dieta, ejercicio, etc.) para prevenir la recaída de la enfermedad o para llevar un manejo de la enfermedad adecuado en su domicilio?	No se entiende <input type="checkbox"/> No procede <input type="checkbox"/>
Nunca <input type="checkbox"/> Casi nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/>	
P24. ¿Se encargó de coordinar las actividades del resto de profesionales (médicos, trabajadores sociales, auxiliares, celadores,...) para que se le administrara una atención apropiada?	No se entiende <input type="checkbox"/> No procede <input type="checkbox"/>
Nunca <input type="checkbox"/> Casi nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/>	
P25. ¿Supo cómo actuar en cada momento?	No se entiende <input type="checkbox"/>
Nunca <input type="checkbox"/> Casi nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/>	No procede <input type="checkbox"/>

P26. ¿Cree que la enfermera tomó sus propias decisiones para cuidarle mejor?	No se entiende <input type="checkbox"/>
Nunca <input type="checkbox"/> Casi nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/>	No procede <input type="checkbox"/>
P27. ¿Procuró que su familia participara en su cuidado, enseñándoles lo necesario de cara al alta?	No se entiende <input type="checkbox"/> No procede <input type="checkbox"/>
Nunca <input type="checkbox"/> Casi nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/>	
P28. ¿Tuvo en cuenta a su familia y su situación durante el ingreso, cuidando también de ellos de alguna manera?	No se entiende <input type="checkbox"/> No procede <input type="checkbox"/>
Nunca <input type="checkbox"/> Casi nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/>	

P29. ¿Considera que la enfermera fue sincera con usted durante su proceso de enfermedad?	Nunca <input type="checkbox"/> Casi nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/>	No se entiende <input type="checkbox"/> No procede <input type="checkbox"/>
P30. ¿Procuró preservar su intimidad al darle información delicada?	Nunca <input type="checkbox"/> Casi nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/>	No se entiende <input type="checkbox"/>
P31. ¿Fue amable con usted en su ingreso en el hospital?	Nunca <input type="checkbox"/> Casi nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/>	No se entiende <input type="checkbox"/>
		No procede <input type="checkbox"/>

A continuación, aparecen una serie de preguntas para que conteste Sí o No según la experiencia que usted haya tenido durante su ingreso. Ademas si desea hacer alguna apreciación puede escribirla en al línea que hay debajo de cada pregunta.

P32. ¿La enfermera se presentó diciéndole su nombre la primera vez que le atendió?

Sí No _____

P33. ¿Se siente satisfecho/a con el cuidado que las enfermeras,os le han dado?

Sí No _____

P34. ¿Considera que la enfermera,o ocupa un lugar importante en el equipo de profesionales sanitarios que le atendieron?

Sí No _____

P35. ¿Tiene usted confianza y seguridad en las enfermeras,os que le han atendido?

Sí No _____

P36. ¿Está satisfecho/a con la manera en que se ha resuelto el problema de salud que motivó su ingreso?

Sí No _____

P37. ¿Está satisfecho con el médico/a que le ha atendido?

Sí No _____

Le pedimos un último esfuerzo, por favor, desde su experiencia en el hospital, en cuanto a la atención recibida por el personal de enfermería durante su ingreso

P38. ¿Qué ha sido lo más importante para usted?

P39. ¿Se han cumplido las expectativas que usted tenía sobre las enfermera/os que le han atendido o a habido algo que ha echado en falta?

P40. ¿Qué ha sido lo peor en cuanto a la atención recibida?

P41. ¿Recuerda el nombre de alguna enfermera/o o auxiliar? Si es así, ¿Cuál es el motivo?

P42. Finalmente, díganos cosas para mejorar la atención de enfermería (puede escribir por detrás de la hoja)

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN