**PREGUNTAS CORTAS**

**1. Proceso asistencial integrado paciente crónico complejo**

El Proceso Asistencial Integrado del Paciente Crónico de la Comunidad de Madrid clasifica a los pacientes crónicos en función del nivel de intervención que estos requieren, poniendo el foco en una primera fase en los pacientes de nivel de intervención alto. El peso asistencial de estos pacientes recae en los equipos de Atención Primaria, tomando gran relevancia el papel de enfermería en el seguimiento proactivo y el empoderamiento de los pacientes.

Los pacientes de Alto Nivel de Intervención son pacientes crónicos, habitualmente pluripatológicos que se benefician de las intervenciones recogidas en el PAI, como son la valoración integral global, el entrenamiento en el autocuidado, el seguimiento proactivo y la detección precoz del empeoramiento de la patología del paciente.

Este PAI se enmarca dentro de una de las líneas de ejecución de la Estrategia de Atención al Paciente con Enfermedades Crónicas de la Comunidad de Madrid, contempla el desarrollo de rutas y procesos asistenciales integrados con el objetivo de evitar la fragmentación de la asistencia. La ruta del usuario es un todo único, en la que es el protagonista, y los profesionales responsables de la atención en los diferentes ámbitos asistenciales realizan sus actuaciones de forma organizada, coordinada y basada en la mejor evidencia científica disponible para responder a las expectativas y las necesidades de pacientes y familiares que son el centro del proceso asistencial.

Se diseña con el objetivo de definir el modelo de asistencia al paciente crónico con nivel alto de intervención y condiciones de complejidad en el manejo asistencial, independientemente de la o las patologías que la hayan desencadenado, de forma que queden claramente establecidas qué actividades deben realizarse, quién es el responsable de las mismas, y dónde y cuándo serán realizadas.

En este proceso existen canales explícitos entre centros de salud y sus hospitales de referencia para la comunicación efectiva y tanto la enfermera de continuidad en el ámbito hospitalario, como la enfermera de atención primaria son garantes de esta comunicación.

El proceso describe la ruta asistencial del paciente con alto nivel de complejidad, en el que la atención está adaptada a sus necesidades evaluadas de forma continuada y proactiva, individualizadas en cada momento y donde los elementos de la estrategia (roles, herramientas y servicios) se van incorporando de forma dinámica y garantizan la coordinación e integración entre todos los ámbitos asistenciales

Las actividades a realizar están en función de la inclusión en el proceso, el seguimiento en el lugar de residencia y la atención a la descompensación.

**2. En qué consiste la primera visita de seguimiento en Atención Primaria**

Debe ser realizada por el equipo de Atención Primaria, médico de familia y enfermera, que va a atender asistencialmente al paciente y con una aproximación integral.

La visita será realizada con el paciente y cuidadores. Sería deseable que tuviera lugar antes de la primera semana del alta, en especial en aquellos pacientes con un grado III o IV.

En esta primera consulta se evaluarán, al menos, los siguientes aspectos:

* La información que tiene el paciente y su entorno sobre su proceso.
* El grado de cumplimiento terapéutico y la presencia de efectos secundarios.
* La valoración de enfermería y el plan de cuidados personalizado, al menos debe figurar el diagnóstico de enfermería (disminución del gasto cardiaco, código 00029).

La exploración física que aborde cuatro aspectos fundamentales:

* Valoración funcional de acuerdo con los grados de la NYHA.
* Evaluación de posible retención hidrosalina (estatus de volumen: cambios en el peso, peso del paciente, ingurgitación venosa yugular, hepatomegalia, reflujo hepatoyugular, edemas periféricos, y presión arterial sentado y de pie y frecuencia cardiaca en reposo).
* Valoración del ritmo cardiaco mediante la realización de un electrocardiograma.
* Analítica según protocolo.

**3. Intervenciones de enfermería en los cuidados cardíacos**

Son diversas intervenciones encaminadas a realizar las siguientes actividades:

* Valoración exhaustiva de la circulación periférica (pulsos, edemas, llenado capilar, color y temperatura de las extremidades).
* Observar síntomas y signos de disnea, fatiga, taquipnea y ortopnea.
* Observar signos vitales: TA, FC Y FR.
* Promover la disminución del estrés.
* Controlar el estado respiratorio.
* Controlar el equilibrio de líquidos (ingestión/eliminación y peso diario).
* Establecer un programa de ejercicios y descanso para evitar la fatiga.
* Observar la tolerancia del paciente a la actividad.
* Instruir al paciente y a la familia sobre la limitación y la progresión de las actividades.
* Instruir al paciente sobre el reconocimiento de síntomas de alarma y su informe al enfermero o médico de familia.
* Establecer una relación de apoyo con la familia y el paciente.

Es necesario desarrollar un programa formativo que incluya las precauciones cardiacas que debe tener en cuenta el paciente y/o persona cuidadora para evitar la descompensación:

* Promover la participación del paciente en un programa de deshabituación tabáquica si fuera preciso.
* Evitar temperaturas extremas.
* Evitar situaciones emocionales intensas.
* Tratar modificaciones de la actividad sexual si procede.
* Limitar la ingesta de sodio.
* Instruir al paciente sobre el ejercicio progresivo.
* Instruir al paciente/familia sobre los síntomas de compromiso cardíaco que indiquen la necesidad de reposo.
* Instruir en técnicas de reducción del estrés, si procede.

**4. Diagnóstico de la osteogénesis:**

El diagnóstico está basado en la historia familiar, características físicas y hallazgos radiológicos.

• Diagnóstico prenatal: se llevará a cabo con la realización de ultrasonidos, am- niocentesis y exámenes de tejido coriónico. Si hay antecedentes familiares de OI, se puede tomar una muestra de vellosidades coriónicas durante el embarazo para determinar si el bebé padece esta afección. Sin embargo, debido a que hay tantas mutaciones que pueden causar la OI, algunas formas no se pueden diagnosticar con un examen de sangre. La forma grave de la OI tipo II se puede observar con una ecografía cuando el feto tiene apenas 16 semanas. Es la forma más grave y severa de la enfermedad, que generalmente lleva a la muerte en etapas tempranas de la niñez.

• Diagnóstico después del nacimiento: se realiza a través del examen físico, por los rasgos clínicos y características fenotípicas (escleras azules o grisáceas, facies triangular, talla baja y voz de pito) además de presentar fracturas recurrentes, en muchos casos sin causa aparente. Se pueden realizar pruebas bioquímicas para analizar el colágeno, pruebas de ADN para confirmar el diagnóstico, densitometría ósea, audiometrías y estudios radiológicos.

Se puede hacer un diagnóstico definitivo utilizando una biopsia de piel en sacabocados. Se les puede realizar un examen sanguíneo de ADN a los miembros de la familia.

Es importante establecer diagnóstico diferencial según síntomas y edad de presentación, con otras entidades y con la injuria no accidental (INA) o maltrato.

**5. Desarrollo del tratamiento mediante enclavijado de huesos largos**

En 1963 los médicos Bailey y Dubrow describían las ventajas del uso de clavos telescópicos en osteogénesis imperfecta. La misión del tratamiento quirúrgico es mantener la alineación del hueso conseguida con las osteotomías (cortes en el hueso), aumentar la resistencia mecánica del hueso, permitir una marcha precoz y una vuelta inmediata de la actividad.

Este procedimiento consiste en la realización de diversas osteotomías en los huesos que están curvados que se enderezan introduciendo clavos en su interior. Así, los segmentos del hueso se estabilizan sobre el clavo y este que se alarga conforme el hueso crece, se ancla transarticularmente a través de la fosa intercondílea del fémur distal.

Esta técnica está indicada cuando se presentan fracturas frecuentes, pseudoartrosis y deformaciones medias y graves con menoscabo funcional de los miembros. Entre las complicaciones más importantes cabe mencionar el estado general malo del paciente, la insuficiencia cardiorrespiratoria o la falta de posibilidades de anclaje del clavo en el hueso debido a la escasez de masa ósea.

**6. Actuación de los bifosfonatos en los huesos**

En el hueso tiene lugar una actividad metabólica constante que depende de diversos factores, entre los que se cuentan la alimentación y el movimiento. En este proceso metabólico participan esencialmente dos tipos de células óseas. Por un lado tenemos a los osteoclastos, que eliminan materia ósea, y por otro, a los osteoblastos, que al mismo tiempo fabrican más hueso. Gracias a la actividad de estos tipos de células, el metabolismo del hueso se encuentra en un equilibrio dinámico. Cuando se almacena bifosfonato en el hueso, los osteoclastos también lo absorben durante el proceso de eliminación de hueso y así se inhibe su actividad. De esa forma, el equilibrio metabólico se desplaza a favor de los osteoblastos y se produce más hueso del que se elimina. En los primeros tipos de bifosfonatos también se percibía una inhibición en la labor de los osteoblastos. De esta forma se presentaba un crecimiento neto. Esta es la razón de que los bifosfonatos de esta generación fueran menos efectivos.

**7. Signos y síntomas al principio de la diabetes mellitus**

Al debut el niño con diabetes puede presentar los siguientes síntomas, aunque hay variabilidad en la presentación de los mismos. El seguimiento en los niños de riesgo, permite el diagnóstico precoz y evitar la CAD. La clínica clásica es poliuria con nicturia, polidipsia y pérdida de peso de unas 2 a 6 semanas previas al diagnóstico.

* **Hiperglucemia** (elevación de la glucosa en sangre), el cuerpo aumenta los niveles de glucosa en sangre a niveles más altos, porque interpreta que la causa de la ausencia de glucosa dentro de la célula es como consecuencia de que en sangre han disminuido. Incluso la reserva que tenemos en el hígado en forma de glucosa, saldrá fuera para contrarrestar.
* **Poliuria** (aumento en el número de micciones y la cantidad de la misma), en el torrente sanguíneo hay un exceso de glucosa que hay que eliminarla de alguna manera. Comienzan a levantarse varias veces en la noche para ir al baño, incluso niños que ya controlaban sus esfínteres vuelven a ser incontinentes.
* **Polidipsia** (incremento en la ingesta de agua), se llega a ingerir incluso el doble de las necesidades diarias.
* **Polifagia y pérdida de peso** (aumento en la ingesta de comida), el cuerpo no tiene la suficiente glucosa, el niño incrementa su ingesta de comida para elevar esta, pero a pesar de eso, comienza con una pérdida de peso porque su glucosa no puede ser utilizada.
* **Cansancio y astenia,** están cansados porque no tienen la suficiente energía para realizar actividades de la vida diaria, pasan muchas horas sentados y jugando con máquinas y ordenadores portátiles.
* **Cetonemia,** al no generarse energía como consecuencia de no poder utilizar la insulina, el cuerpo requiere obtener combustible de las cetonas o reserva grasa. Teniendo efectos negativos y desembocando en cetoacidosis diabética, apareciendo: respiración profunda y rápida, boca y piel secas, cara enrojecida, aliento con olor afrutado, náuseas, vómitos y dolor abdominal.

Puede también acompañarse al diagnóstico de visión borrosa por la elevación de la glucosa en sangre, se produce una diferencia entre el contenido de glucosa entre el cristalino que es mayor y el de la sangre. Este absorbe agua y provoca una inflamación produciendo una refracción de luz de manera diferente causando una miopía transitoria. Es importante decir que no tiene nada que ver con complicaciones oculares; cuando esta elevación de glucosa desaparezca, volveremos a ver como con anterioridad.

Aproximadamente el 80% de los niños y adolescentes hacen remisiones parciales tras el tratamiento con insulina debido a la recuperación de las células beta del páncreas y a la mejoría de la sensibilidad a la insulina la menor edad al diagnóstico reducen las probabilidades de remisión. El mantenimiento de la fase de remisión reduce el riesgo de complicaciones microvasculares y de hipoglucemia.

**8. Autoanálisis y objetivos glucémicos**

Los objetivos y los controles glucémicos deben ser individualizados a las necesidades de cada niño. Deben ser siempre próximos a la normalidad, evitando episodios de hipoglucemias frecuentes. Es importante diferenciar en el autoanálisis y el autocontrol del niño con diabetes.

El autocontrol es el proceso por el cual el niño y su familia, tras realizar el autoanálisis, toma decisiones acerca de su tratamiento y el autoanálisis es la medición de glucemia capilar que realiza el niño, familia y el equipo sanitario, de modo que facilite la toma de decisiones sobre su diabetes.

Cuando el paciente se realiza un control de glucemia sanguíneo, este reflejará el nivel de glucosa en sangre de ese momento.

Sin embargo la glucosa en sangre puede subir o bajar rápidamente y dar resultados diferentes en 15 o 30 minutos.

La realización de las mediciones se realizarán a través de medidores de glucosa en sangre; el margen de error es un medidor de glucosa en sangre utilizado adecuadamente es aproximadamente un 10% por encima o por debajo del valor real. Existe en el mercado, una amplia variedad glucómetros con un rango de lectura: 10 a 600 mg/dl y 20 a 500 mg/dl. La muestra de sangre puede variar entre 0,3 y 4 microlitros, con memorias que oscilan según los aparatos y van desde los 10 hasta 500 registros. Existen dos tipos de medidores de glucemia capilar:

* **Reflectometros**: miden la luz reflejada en el reactivo después de que ha experimentado una reacción química (oxidación enzimática de la glucosa). En esta reacción se produce un producto cromático. La intensidad del color es proporcional a la cantidad de glucosa presente.
* **Biosensores**: mide la corriente eléctrica producida por la sangre presente en el reactivo (esta corriente se genera por la oxidación de la glucosa).

Todos los glucómetros de las distintas casas comerciales se regulan por una Norma ISO 15197, que pretende objetivar y estructurar los resultados de glucemia que nos aporta el aparato que obligará a una exactitud de ±15% para concentraciones de glucosa ≥100 mg/dl y de ±15mg/dl cuando sea de inferior a 75 mg/dl, reduciendo así el riesgo de error en los resultados. El glucómetro se dará, según las características y necesidades de cada niño y familia.

Es importante aplicar la suficiente muestra de sangre en la tira. Una gota pequeña falseará los resultados a bajo y la manipulación de hidratos de carbono nos darán falsos resultados a altos.

Las manos debemos lavarlas con agua tibia para facilitar el sangrado y jabón, si no los resultados se podrían plasmar de forma errónea. Las lancetas no se reutilizarán, porque además de que se disminuye la higiene en el lugar de punción, desarrolla más el dolor el uso repetido. Recomendar a la familia y los niños que las punciones en los dedos sean de forma lateralizada.

Los pacientes pediátricos con DM I deben realizar monitorización del control glucémico antes de las comidas y en el periodo postprandial, al acostarse, a media noche, en la realización de ejercicio físico y cuando sospechen que tienen una glucemia baja y hasta que se haya normalizado o ante presencia de hiperglucemia y procesos intercurrentes.

Si deseamos saber el efecto que tienen los carbohidratos de acción rápida sobre la glucosa en la sangre habrá que realizar una medición de glucemia a los 30 minutos después de comerlos. En el caso de carbohidratos de absorción lenta, la medición debe realizarse 1 hora o 1 hora y media después.

**9. Definición de atención sociosanitaria**

De acuerdo al artículo 14 de la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, se puede definir la atención sociosanitaria como el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales con la finalidad de aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social.

La atención sociosanitaria supone, por tanto, un conjunto de cuidados o servicios para cuya provisión es necesario desarrollar estructuras asistenciales adecuadas y adaptadas a los recursos disponibles e integrarlas de forma efectiva en el sistema sanitario ya existente.

El *Libro Blanco de la Dependencia* publicado en el 2004 por el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) apostaba por la coordinación sociosanitaria para el desarrollo de este abordaje asistencial. Este modelo presuponía la existencia de dos redes asistenciales (la sanitaria y la social), sobre las que desarrollar un conjunto de acciones dirigidas a ordenar los sistemas y ofrecer una respuesta integral a los pacientes que requieren este tipo de cuidados. En este documento se incide en algunas cuestiones metodológicas de interés:

* Confluencia de mapas sanitarios y servicios sociales.
* Descentralización en la toma de decisiones.
* Diseño de protocolos conjuntos.
* Sistemas de información y de valoración comunes.
* Equipos multidisciplinares.

**10. Beneficiarios de la atención sociosanitaria**

* Personas con pluripatología (más de 2-3 diagnósticos) y enfermedades crónicas de larga duración.
* Personas que sin patología previa relevante sufren un proceso que, superada la fase aguda, causa incapacidad grave potencialmente revisable.
* Personas que tras una intervención quirúrgica o proceso agudo sufren un cuadro clínico que requiere estabilización o cierta intensidad terapéutica compleja, curas y/o exploraciones antes de volver al domicilio.
* Personas avanzadas sin expectativa de curación y con pronóstico de vida limitado que requieren tratamiento sintomático y confort.
* Personas que necesitan cuidados y curas, o administración de medicamentos que requieren técnicas de enfermería, o tratamientos preventivos complejos.
* Personas con riesgos de empeoramiento de su estado de salud y con dependencia funcional, incluyendo las personas con demencia, enfermedades crónicas de larga evolución y personas mayores frágiles, entre otras.
* Personas con discapacidad física y dependencia funcional elevada (personas con daño cerebral adquirido, enfermedad neurodegenerativa u otras enfermedades raras o crónicas que causen limitación funcional severa, lesión medular adquirida, entre otros).
* Personas con discapacidad asociada a enfermedad mental.

**11. Iniciación de los cuidados paliativos**

Se calcula que entre el 69 y 82% de las personas presentan un proceso de enfermedad avanzada y terminal previo al fallecimiento. Este proceso va acompañado de un declive físico, déficit nutricional con intenso impacto emocional, frecuentes crisis de necesidades, demandas y dilemas éticos acompañados por un alto grado de sufrimiento. En enfermedades avanzadas, además de la impresión clínica, la evidencia de progresión, la nula respuesta a tratamientos específicos, la presencia de síntomas y de parámetros analíticos (hiponatremia, hipercalcemia, hipoproteinemia, leucocitosis, linfopenia, entre otros), es fundamental tener en cuenta otros factores como edad, comorbilidad, polifarmacia, fragilidad socio familiar y funcionalidad. Para poder medir la funcionalidad y predecir estimación de supervivencia, disponemos de escalas validadas como son el Karnofsky, ECOG y Palliative Performance Scale (PPS). En caso de enfermos con procesos oncológicos hay instrumentos que incluyen factores pronósticos propios como son Palliative Prognostic Score (PPS) y el Palliative Prognostic Index (PPI), siendo las más usa das, aunque hay disponibles más herramientas.

Decidir el momento para iniciar una actitud de atención paliativa puede ser difícil. NECPAL-CCOMS es un instrumento utilizado principalmente por los equipos de atención primaria y servicios hospitalarios para identificar estas necesidades paliativas, sin que esto contraindique el tratamiento específico de la enfermedad.

Por el contrario, servirá para ponderar el beneficio-riesgo de intervenciones y tratamientos, tomar decisiones y evitar tanto la obstinación terapéutica como el abandono. Nos ayudará recordar algunos conceptos:

* *Enfermedad incurable avanzada:* enfermedad en progresión con afectación de la funcionalidad y calidad de vida y con poca respuesta al tratamiento específico. Se estima un pronóstico de vida a medio plazo.
* *Enfermedad terminal:* enfermedad muy avanzada con presencia de múltiples e intensos síntomas, refractarios a los tratamientos específicos con pérdida de funcionalidad y pronóstico de vida estimado en semanas o pocos meses.
* *Futilidad:* actuación que no aporta beneficio real para un paciente en particular.
* *Limitación del esfuerzo terapéutico:* decisión de restringir o cancelar algún tipo de medidas cuando se percibe una desproporción entre los fines y los medios terapéuticos, con objeto de no caer en la obstinación terapéutica.
* *Sedación paliativa:* la administración deliberada de fármacos en las dosis y combinaciones requeridas, para reducir la consciencia de un paciente con enfermedad avanzada o terminal, tanto como sea preciso para aliviar adecuadamente uno o más síntomas refractarios físico y/o psicológico, con consentimiento explícito, implícito o delegado.

Los pacientes con enfermedades no oncológicas que pueden beneficiarse de los cuidados paliativos son principalmente aquellos que sufren enfermedad crónica avanzada pulmonar, cardiaca, hepática, renal, demencias muy evolucionadas, VIH y neurodegenerativas. Es necesario recordar que existen necesidades paliativas sin que haya criterios estrictos de terminalidad y que dependiendo de la complejidad de las mismas deberían ser atendidas por recursos tradicionales o específicos de cuidados paliativos.

**12. Niveles de los cuidados paliativos**

La mayoría de los programas o estrategias de cuidados paliativos consideran dos niveles de atención:

* *El nivel básico,* referido a los cuidados que se deben de proporcionar a todo paciente en esta fase de enfermedad y que presentan complejidad baja, ya sea por los equipos de atención primaria o desde cualquier servicio de hospitalización. Dentro de este nivel se sitúa la enfermera de Atención Primaria, que en muchas ocasiones es la que primero detecta el deterioro funcional, fragilidad, aumento de las reagudizaciones y las opiniones del paciente y familia durante la enfermedad.
* *Nivel Avanzado,* compuesto por equipos multidisciplinares, con formación específica y avanzada en cuidados paliativos. Estos equipos tienen diferente grado de intervención, pero siempre su trabajo es la atención únicamente a personas en situación de enfermedad avanzada e incurable, suelen atender situaciones de complejidad media-alta las cuales pueden venir derivadas del propio paciente, de la familia, de la propia enfermedad, toma de decisiones, etc. Para determinar complejidad existe una herramienta diagnostica, IDC- PAL; que ayuda a identificarla según sean dependientes del paciente, de la familia o de la organización.

**13. Equipos de soporte hospitalario**

Son equipos multidisciplinares que atienden de forma compartida con el especialista responsable, a los pacientes que a demanda de este y desde cualquier servicio del hospital, solicita su intervención de forma puntual o bien continuada con el fin de realizar un adecuado control sintomático, atender necesidades psicoemocionales o buscar el recurso más adecuado de cara al alta hospitalaria de acuerdo a la complejidad y deseos del paciente. En definitiva, es un proceso de responsabilidad compartida. Dentro de estos equipos, el papel de la enfermera de soporte será la de proporcionar cuidados directos, y sobre todo indirectos, dar soporte a la familia, e instruir al cuidador en los cuidados que tendrá que administrar. Tiene también una función gestora y administrativa, siendo referente en el ámbito de trabajo para el resto de las enfermeras y es la encargada de coordinar y dar continuidad cuando el paciente cambia de nivel asistencial, identificando y movilizando recursos necesarios en el domicilio o en UCPMLE (silla de ruedas, nutrición enteral, dispositivos, fármacos, etc.). Estos equipos suelen atender una consulta externa para dar atención a pacientes que conservan buena funcionalidad y pueden acudir a ella o aunar las visitas al hospital con otros tratamientos (quimioterapia, radioterapia, consultas externas, técnicas en hospital de día, etc.). En el ámbito de la consulta externa, la enfermera del equipo es la encargada de la atención telefónica para confirmar adhesión al régimen terapéutico, adecuado control sintomático o presencia de nuevos síntomas anticipándose así a las crisis y demanda de los servicios de urgencias.

**14. Desarrollo del duelo**

Varios autores hablan de las distintas fases por la que una persona en duelo pasa, Klüber-Ross habla de:

* Incredulidad-Negación: la persona se siente pérdida, en estado de shock. No se lo puede creer…
* Furia-Ira: aparecen sentimientos de ira contra el ser querido por el abandono. Nacen sentimientos de tristeza, pánico, dolor, soledad, llanto y desesperación.
* Negociación-Culpa: la persona hace cualquier cosa para no sentir el dolor de la pérdida. En esta etapa la culpa está muy presente.
* Desolación-Depresión: aparece la sensación de vacío y el duelo entra en un nivel más profundo. La depresión no es un síntoma de enfermedad, sino la respuesta correcta ante una gran pérdida.
* Aceptación: en esta etapa se acepta la realidad nuestro ser querido ya no está, se ha ido físicamente y no va volver es una realidad permanente. No se estará de acuerdo con esta realidad y no gustará, pero al final se acepta y se aprende a vivir con ella. La curación implica acciones de recordar, recomponerse y reorganizarse.

Desde enfermería, la atención en el duelo comenzará en el momento en que se tiene conocimiento del riesgo de pérdida (duelo anticipado), para prevenir la aparición de duelo complicado con acciones como:

* Ofrecer disponibilidad y espacio para la escucha activa y desahogo tanto del paciente como de la familia.
* Facilitar a la familia los rituales que ayuden a despedirse del ser amado.
* Ayudar a normalizar el proceso, favoreciendo la comprensión del comportamiento para así que no se sientan cuestionados.
* Animarles a pedir ayuda si la necesitan.
* Prestar atención a la comunicación no verbal.
* Evitar aconsejar. Las personas en duelo no se sienten capaces de seguir ciertos consejos y esto puede incomodarlos e incrementar la inseguridad y disconfort.
* Reforzar el papel de cuidador y su validez.
* Recapitular situaciones similares y descubrir vías de solución.
* Ofrecer esperanza “es un proceso duro, pero lo superará”.
* Ofrecer entrar en grupos de apoyo al duelo.

El nivel asistencial ideal para ayudar a la persona en el duelo es la Atención Primaria con llamada telefónica, visitas programadas y así valorar el riesgo de duelo complicado y si éste aparece, derivar a otros profesionales.

**15. Niveles de la gestión clínica**

*Gestión de la asistencia sanitaria individual.* Se refiere a la elección de un determinado tratamiento o de una indicación quirúrgica, buscando la eficacia en la decisión profesional. Se entiende por eficacia los beneficios obtenidos por un paciente cuando sobre él se aplica, en condiciones ideales, los conocimientos clínicos. La aparición de nuevas técnicas, junto a las nuevas oportunidades de la tecnología de la información, permite evaluar y plantear nuevas estrategias en las decisiones clínicas. Es importante con siderar, en este nivel de decisiones, el aumento de la demanda de cuidados de enfermería motivado por la evolución demográfica y los cambios en los patrones epidemiológicos que han modificado el perfil de pacientes del hospital. Las características de los ancianos y de los pacientes crónicos hacen que la eficacia de la terapia individual dependa, junto a una buena medicina, de un buen plan de cuidados de enfermería elaborado a partir de información sobre la capacidad de autocuidado del paciente, necesidades básicas, de los aspectos educativos y de las características de las redes de apoyo familiares.

*Gestión de los procesos asistenciales.* Este segundo aspecto de la Gestión Clínica tiene que ver con la efectividad clínica y con la mejora en la gestión de los procesos tanto asistenciales como administrativos. La efectividad mide los beneficios obtenidos por un paciente, o un conjunto de pacientes, cuando los conocimientos o la tecnología se aplican en condiciones reales, es decir, la medida en que se consiguen los objetivos deseados. Lo esencial es garantizar la atención integral al paciente.

*Gestión de la unidad o de la utilización de los recursos.* Dentro de la gestión clínica es imprescindible asumir este nivel de decisiones para poder hablar de responsabilidad sobre la eficiencia. Se entiende por eficiencia la relación entre los beneficios obtenidos y los costes que se han empleado en obtenerlos. Es un término relativo y, por tanto, debe analizarse en términos comparativos.

**16. Etapas que componen el ciclo PDCA**

* Planificar (*plan*): identificar aquellas actividades de la organización susceptibles de mejora y se fijan los objetivos a alcanzar al respecto.
* Hacer (*do*): ejecutar los cambios necesarios para efectuar las mejoras requeridas.
* Verificar (*check*): una vez realizada la mejora, se procede a un período de prueba para verificar su buen funcionamiento.
* Actuar (*act*): finalmente, luego del periodo de prueba se estudian los resultados y se comparan estos con el funcionamiento de las actividades antes de haber sido implantada la mejora. Si los resultados son satisfactorios se implantará la mejora en forma definitiva y a gran escala en la organización; pero si no lo son habrá que evaluar si se hará cambios o si se descarta la mejora.

**17. Qué es la seguridad del paciente**

* “Reducción y atenuación de las acciones peligrosas dentro del sistema de atención sanitaria, y aplicación de las mejores prácticas que han demostra do ofrecer resultados óptimos para el paciente.”
* “Prevención y atenuación del daño a los pacientes.”
* “El hecho de que un paciente esté a salvo de daños innecesarios o potenciales asociados a la atención sanitaria.”

Se puede destacar de las definiciones los conceptos de prevención o atenuación del daño al paciente, reducción de acciones peligrosas, utilización de mejores prácticas y la atención sanitaria. En definitiva, cuando hablamos de seguridad del paciente estamos hablando de utilizar las mejores prácticas clínicas de forma que estas no produzcan daño a los pacientes en su proceso de atención sanitaria.

Cuando en seguridad del paciente se habla de daño, no se hace referencia a las complicaciones que se producen en el curso natural de una enfermedad, se habla del daño que se causa por la atención sanitaria, y en la clasificación de este se habla de forma habitual de dos conceptos, el evento adverso y el incidente:

* *Evento adverso*: sería cuando se produce una lesión relacionada con la asis- tencia sanitaria, e incluye todos los aspectos de la atención, tales como diagnóstico y tratamiento, así como los producidos por los sistemas y equipamientos utilizados en ella, y se puede distinguir entre:
* Eventos adversos graves y ejemplos de estos podrían ser la muerte del paciente o la pérdida de función de algún órgano o sistema.
* Eventos adversos leves: en este caso hablaríamos por ejemplo fiebre o prolongación de la estancia.
* *Incidente* (*near miss*): que puede definirse como la acción u omisión que podría haber dañado al paciente, pero no lo hizo como consecuencia del azar, de la prevención o la mitigación de las consecuencias de la misma.

**18. Factores intrínsecos y extrínsecos por las que se producen las caídas**

* Factores intrínsecos a la persona:
	+ Inestabilidad de la marcha (aumento de la inclinación de la postura, acortamiento del paso, lentitud en la marcha).
	+ Presencia de artritis.
	+ Debilidad muscular.
	+ Hipotensión ortostática.
	+ Incontinencia.
	+ Aparición de vértigos y mareos.
	+ Cambios fisiológicos relacionados con la edad (disminución de reflejos).
	+ Deterioro funcional.
* Factores extrínsecos a la persona:
	+ La toma de determinados fármacos (psicofármacos, hipotensores).
	+ Factores ambientales (más frecuentes en el domicilio, alfombras, WC y lavabos bajos, superficies deslizantes, ausencia de asideros, luz inadecuada, etc.).
	+ Presencia de barreras.

**19. Estadios de las úlceras por presión**

* Estadío I: Eritema no blanqueante. Piel intacta con eritema no blanqueante de un área localizada, generalmente sobre una prominencia ósea.

Decoloración de la piel, calor, edemas, endurecimientos o dolor también pueden estar presentes. Las pieles oscuras pueden no presentar una palidez visible o puede presentar color rojizo, azules o morados. Otras características: El área puede ser dolorosa, firme, suave, más caliente o más fría en comparación con los tejidos adyacentes. La Categoría / Estadio I puede ser difícil de detectar en personas con tonos oscuros de piel. Puede indicar personas "en riesgo" de desarrollar una úlcera por presión. Alteración observable en la piel integra, relacionada con la presión, que se manifiesta por un eritema cutáneo que no palidece al presionar.

Puede incluir cambios en:

* Temperatura de la piel (caliente o fría)
* Consistencia del tejido (edema, induración)
* Y/o sensaciones (dolor, escozor)

* Estadío II: Úlcera de espesor parcial. La pérdida de espesor parcial de la dermis se presenta como una úlcera abierta poco profunda con un lecho de la herida entre rosado y rojizo, sin esfácelos.También puede presentarse como una ampolla intacta o abierta/rota llena de suero o de suero sanguinolento. Otras características: Se presenta como una úlcera superficial brillante o seca sin esfácelos o hematomas.

Esta categoría / estadio no debería emplearse para describir desgarros de la piel, quemaduras provocadas por el esparadrapo, dermatitis asociada a la incontinencia, la maceración o la excoriación.

Ulcera superficial que tiene aspecto de abrasión, ampolla o cráter superficial. Pérdida parcial del grosor de la piel que afecta a la epidermis, dermis o ambas.

* Estadío III: Pérdida total del grosor de la piel. Pérdida completa del grosor del tejido. La grasa subcutánea puede resultar visible, pero los huesos, tendones o músculos no se encuentran expuestos. Pueden aparecer esfácelos. Puede incluir cavitaciones y tunelizaciones. Otras características: La profundidad de las úlceras por presión de categoría/estadio III varía según su localización en la anatomía del paciente. El puente de la nariz, la oreja, el occipital y el maléolo no tienen tejido subcutáneo (adiposo) y las úlceras de categoría/estadio III pueden ser poco profundas. Por el contrario, las zonas con adiposidad significativa pueden desarrollar úlceras por presión de categoría/estadio III extremadamente profundas. El hueso o el tendón no son visibles o directamente palpables.
* Estadío IV: Pérdida total del espesor de los tejidos. Pérdida total del espesor del tejido con hueso, tendón o músculo expuestos. Pueden aparecer esfácelos o escaras. Incluye a menudo cavitaciones y tunelizaciones.

**20. Describa la posición decúbito lateral**

La persona se encuentra tendida de un lado, dependiendo del lado que esté apoyado será decúbito lateral izquierdo o derecho. La cabeza y el tronco deben estar bien alineados. El eje del cuerpo es paralelo al suelo. El brazo interior bien extendido a lo largo del cuerpo y el brazo exterior flexionado en ángulo recto y apoyado sobre la almohada. La pierna interior ligeramente flexionada, aunque también puede estar extendida y la pierna exterior flexionada y la rodilla en ángulo recto.

Es una posición que se emplea en quirófano para intervenciones torácicas, renales o de cadera. También es una posición alternativa del paciente para hacer rotación de cambios posturales. Conviene colocar almohadas o cuñas de protección bajo la cabeza para mantener el alineamiento, bajo el brazo superior para elevarlo junto con el hombro del mismo lado y detrás de la espalda para ayudar a mantener la posición.

En esta posición, las zonas que presentan mayor riesgo de lesión son las siguientes:

* Hueso parietal y temporal del lado del decúbito.
* Oreja.
* Hombro.
* Trocánter mayor.
* Parte lateral de la rodilla.
* Maleolos de los tobillos.

**21. Describa la posición de sedestación**

La posición de sedestación es la posición de mantenerse sentado. Una correcta posición de sedestación proporciona máximo confort y seguridad al paciente. Además, sirve para mantener posiciones simétricas que previenen deformidades y alteraciones musculoesqueléticas. No obstante, es la posición en la que pasan muchas horas pacientes en estado de dependencia bien en sillones o sillas de ruedas.

Por lo tanto pueden pasar muchas horas en esta posición aumentando el riesgo de desarrollar UPP. Presenta el problema adicional de que en pacientes con autonomía más limitada, se produce el deslizamiento hacia abajo con lo que las fuerzas de cizalla alcanzan valores más elevados.

Mantener una buena postura en la silla de ruedas nos ayuda a realizar nuestras tareas y actividades de forma más eficaz. La postura correcta es diferente según cada persona y sus circunstancias, pero siempre es clave para mantener la salud y sacar el máximo partido a la silla de ruedas. Adquirir una buena postura en la silla de ruedas aporta comodidad a los usuarios, les ayuda a reducir presión en nalgas, muslos y zonas cervical y lumbar, y les permite optimizar el esfuerzo consiguiendo la máxima funcionalidad de la silla invirtiendo menos cantidad de energía.

Las áreas con menos grasas subcutáneas o situadas sobre prominencias óseas son más proclives a desarrollar úlceras por presión. Las zonas más comunes cuando el paciente se encuentra sentado en silla de ruedas son:

* Omóplatos.
* Trocánter mayor.
* Tuberosidad isquíatica.
* Hueco poplíteo de las rodillas.
* Talón.
* Planta de los pies

**22. Modelo de atención a la cronicidad**

El “Modelo de Atención a Crónicos” (*The Chronic Care Model* /CCM) desarrollado por Ed Wagner, es uno de los modelos que tiene mayor aceptación y difusión y es el resultado para la mejora de la gestión de enfermedades crónicas en sistemas integrados de salud como en EE UU. Con este modelo se rediseña la práctica clínica, principalmente en el ámbito de la Atención Primaria.

Se identifican seis elementos esenciales que interactúan entre sí y que son clave para el logro de una óptima atención a los pacientes crónicos:

* La organización del sistema de atención sanitaria (aseguramiento, financiación, contratación, redes de proveedores, esquemas de pago y sistemas de gestión).
* El estrechamiento de relaciones con la comunidad (grupos de autoayuda, recursos comunitarios…).
* El diseño del sistema asistencial (sistema proactivo, equipos multidisciplinares, nuevos roles profesionales, continuidad asistencial y de cuidados…).
* El apoyo y soporte al autocuidado.
* El apoyo en la toma de decisiones clínicas (guías clínicas, especialista consultor…).
* El desarrollo de sistemas de información clínica (compartir la información clínica, identificar pacientes de alto riesgo…).

La finalidad de este modelo es que se produzca una coordinación entre la parte clínica, los pacientes activos e informados y un equipo de profesionales proactivos con capacidades y habilidades necesarias para realizar una prestación de una atención de alta calidad, más eficiente, con elevado índice de satisfacción y con mejores resultados en salud.

**23. Papel clave de la enfermera ante la cronicidad**

Las enfermeras de Atención Primaria deben actuar como educadoras/entrenadoras en capacitación para el autocuidado, además de su liderazgo en la atención domiciliaria como estrategia necesaria de continuidad asistencial. La enfermera aporta para el abordaje del paciente crónico, la visión holística, las estrategias del cuidado, la relación de ayuda y la supervisión, teniendo en cuenta que los pacientes se tienen que convertir en líderes de su proceso de salud-enfermedad.

El apoyo y soporte al autocuidado debe ser una de las líneas estratégicas de la enfermera para el abordaje de la cronicidad, incorporando la estrategia para contribuir a cambiar el rol del paciente, de un rol pasivo a un rol más autónomo y comprometido con el cuidado de su salud. Debemos intentar el empoderamiento en salud del paciente y familia, para lo que es necesario cambiar la relación entre los profesionales y los pacientes pasando de un modelo paternalista, en el que el profesional es el experto, a un modelo colaborativo en el que el profesional es un facilitador del aprendizaje y de la toma de decisiones. Con ello lo que se pretende es tener pacientes con un buen nivel de autocuidado y con participación activa en las decisiones sobre su salud. Existen diversas experiencias de escuelas de pacientes en el territorio nacional.

El modelo de gestión de casos para la atención a pacientes complejos, vulnerables y con grandes necesidades de cuidados puede ser una alternativa innovadora a la mejora de la continuidad asistencial, que requiere de competencias avanzadas y en el que la enfermera familiar es el profesional idóneo para desempeñar el rol de gestor de casos (modelo andaluz). Este modelo pretende, entre otras actividades, gestionar en un acto único todas las consultas y procedimientos, los recursos materiales, la coordinación entre niveles asistenciales y con los recursos sociosanitarios, desarrollando una práctica avanzada de cuidados.

**24. Funciones de los programas de promoción de la salud:**

* Mantener el máximo de autonomía e independencia de las personas a medida que se envejece: prevenir el deterioro funcional, fomentar el autocuidado, las medidas higiénico-sanitarias y la actividad física.
* Abordar las situaciones de riesgo de fragilidad en el anciano: mediante el cribado de fragilidad en la persona mayor, seguida de la intervención preventiva correspondiente.
* Prevención de los factores que contribuyen a las caídas en las personas mayores, en consonancia con el programa de la OMS sobre envejecimiento y salud, así como la estrategia de promoción de la salud y prevención en el Sistema Nacional de Salud.
* Programas de promoción y prevención individual, realizada en consultas médicas y de enfermería, o en el domicilio del paciente o con otros recursos, de acuerdo con la organización de los servicios de salud y social, tanto de los pacientes como de sus cuidadores. Estas actuaciones irán dirigidas irán dirigidas a la personas cuya evaluación detecte un nivel alto de riesgo sociosanitario, tales como pacientes polimedicados y población frágil, y podrán complementarse de forma coordinada con actuaciones desarrolladas en otros ámbitos, tales como la farmacia comunitaria (oficinas de farmacia) o desde los servicios sociales especializados o comunitarios.
* Cuidados sanitarios de larga duración: dirigidos a la atención de pacientes que los precisan, en general de baja complejidad, por procesos crónicos o por tener reducido su grado de independencia funcional para la actividad cotidiana, que pueden proporcionarse en su domicilio o requerir un periodo prolongado de internamiento.
* Atención sanitaria a la convalecencia: dirigida a personas que tras sufrir un proceso agudo de enfermedad o accidente, o un episodio intercurrente en casos de enfermedad o discapacidad crónica, presentan limitaciones en su autonomía y requieren atención y cuidados durante un periodo de tiempo limitado, ya sea en su domicilio o en régimen residencial o internamiento.
* Rehabilitación de pacientes con déficit funcional recuperable: orientada a la recuperación de la autonomía perdida y la prevención de situaciones de discapacidad y dependencia, con el fin de facilitar, mantener o devolver el mayor grado de capacidad funcional y dependencia posible al paciente, y reintegrarlo a su medio habitual.
* Cuidados sanitarios a personas con enfermedad mental, con demencia u otras enfermedades neurodegenerativas o con déficit funcional o sensorial grave de cualquier causa, que pueden proporcionarse en su domicilio, en régimen residencial o requerir un periodo prolongado de internamiento.
* Atención a menores sujetos a medidas de especial protección, niños con trastornos graves del desarrollo, menores de familias desestructuradas con adultos afectados por trastorno mental grave, y niños con enfermedades crónicas y discapacitantes.

**25. Medidas para la integración sociosanitaria:**

* La aplicación de nuevas tecnologías, como la implantación de una tarjeta sanitaria electrónica única y compatible en todo el territorio nacional, conduciría a mejorar el acceso a los servicios reduciendo simultáneamente su coste de provisión.
* También la informatización de los sistemas de gestión del historial clínico supone una mejora posible gracias a la tecnología. Con ella podría compartirse la información, mejorar la asistencia y liberar recursos evitando, por ejemplo, la repetición innecesaria de pruebas.
* La telemedicina es otro de los instrumentos que permiten reducir costes y mejorar servicios sanitarios, puesto que permite trasladar al domicilio del paciente parte de la atención médica primaria, social o, incluso, hospitalaria.
* Hay además instrumentos de mejora de la gestión, como la concertación público-privada, que permite aplicar criterios de gestión privada a servicios financiados con recursos públicos.
* Cabe también introducir mecanismos de competencia que aumenten la libertad de elección de los pacientes, desarrollando simultáneamente indicadores de calidad que les proporcionen la información necesaria para elegir.
* Aplicar *fórmulas de racionalización de la demanda como el copago selectivo,* instrumento presente en muchos países europeos. La participación de los pacientes en la financiación de los servicios sanitarios permite mejorar la gestión de la demanda y racionalizar el sistema. No obstante, debe diseñarse cuidadosamente, para evitar efectos negativos sobre la equidad o sobre deter minados grupos de enfermos.

**26. Aspectos para lograr la atención sociosanitaria:**

* Establecer un proceso único de información y acceso (puerta de acceso común en entorno comunitario).
* Definir la composición y actuación del “Equipo Gestor de Casos” (podría estar conformado al menos, por algunos/as de los/as profesionales de enfermería de los centros de salud de atención primaria y de trabajo social de los servicios sociales comunitarios).
* Definir el modelo de valoración común (historia sociosanitaria única).
* Establecer la cartera de servicios y recursos de apoyo (con la participación de los programas, centros y recursos sanitarios y de servicios sociales, tanto de atención primaria como de especializada).
* Establecer cronograma de implantación y los sistemas de comunicación, coordinación y derivación.
* Establecer un presupuesto común (aportado por partidas destinadas desde Sanidad y Servicios Sociales).

Para impulsar este proceso es necesario el diálogo civil y un papel de liderazgo, corresponsabilidad e implicación de las organizaciones estatales implicadas (administraciones públicas, organizaciones políticas, sindicales, empresariales, científico profesionales y ciudadanas).

Es clave crear un marco común estatal, que sirva de apoyo y base para enriquecerlo con la experiencia y conocimiento autonómico y local.

**27. Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD)**.

Su misión es tanto la de colaboración, soporte y asesoría a los profesionales de Atención Primaria en la atención integral al paciente-familia en situación de terminalidad, inmovilizados complejos; así como la de intervención directa, proporcionando cuidados, infor- mación y formación a pacientes y cuidadores para facilitar la adaptación y prevenir tanto la claudicación familiar como el duelo complicado. Además de la función de coordinación con otros niveles asistenciales. Su ámbito de trabajo es el domicilio, centro de salud y medios residenciales. Aporta importantes beneficios al paciente, disminuye la demanda de recursos sanitarios (servicios de urgencias, hospitalizaciones) y así el riesgo de tratamientos fútiles, incluso el encarnizamiento terapéutico. Están compuestos por médico, enfermero, psicóloga y trabajadora social, lo últimos a tiempo parcial. Es un recurso que genera efectividad y eficiencia, gracias al cual el paciente puede cumplir el deseo de permanecer en el domicilio hasta el final, implica al cuidador como proveedor y receptor de los cuidados.

**28. Etapas que componen el ciclo PDCA**

* Planificar (*plan*): identificar aquellas actividades de la organización susceptibles de mejora y se fijan los objetivos a alcanzar al respecto.
* Hacer (*do*): ejecutar los cambios necesarios para efectuar las mejoras requeridas.
* Verificar (*check*): una vez realizada la mejora, se procede a un período de prueba para verificar su buen funcionamiento.
* Actuar (*act*): finalmente, luego del periodo de prueba se estudian los resultados y se comparan estos con el funcionamiento de las actividades antes de haber sido implantada la mejora. Si los resultados son satisfactorios se implantará la mejora en forma definitiva y a gran escala en la organización; pero si no lo son habrá que evaluar si se hará cambios o si se descarta la mejora

 **29. Características de la gestión clínica:**

* Considera al paciente como el elemento nuclear de todas las actuaciones, incorporando sus expectativas. Los cuidados de salud se dirigen a las necesidades específicas de los pacientes, convenientemente caracterizados y agrupados mediante sistemas de clasificación.
* Se orienta hacia el proceso asistencial, cuyo objetivo fundamental es la continuidad asistencial.
* Posibilita la autonomía de gestión y la descentralización en la toma de decisiones, implicando a los profesionales en la gestión de los procesos.
* Una práctica clínica adecuada que disminuya su variabilidad, basada en guías de práctica clínica y planes de cuidados estandarizados y que incorpore los conocimientos, innovaciones y metodología de la medicina basada en la evidencia.
* El fomento de la autoevaluación y la medición de los resultados en salud como método de mejora continua de la calidad.
* Sistemas de información integrados que permitan evaluar las intervenciones para la mejora continua.

**30. Gestión de recursos humanos dentro de la gestión clínica**

El ejercicio profesional basado en el trabajo por procesos requiere que se le transfieran a los profesionales nuevas competencias que refuercen, cualifiquen y combinen las actividades médicas y las de gestión clínica (*Managed Care*). La diversificación de competencias, la excelencia técnica, la adquisición de habilidades y conocimientos, además de los resultados obtenidos, deberán incorporarse a los sistemas retributivos y de incentivos. Se asignarán los recursos humanos que van a formar parte de la UGC. Esta, puede estar compuesta por personal de la unidad o servicio y por otros profesionales que presten servicio a tiempo total. En los Institutos, una vez cumplidos los trámites de aprobación y autorización, se procederá a asignar los recursos humanos al área. Podrá quedar asignado al instituto:

* El personal facultativo de los servicios, unidades y especialidades que se definen en el proyecto.
* El personal de enfermería y de gestión de los servicios y unidades que preste servicio a tiempo total, si así se estima necesario. Este personal dispondrá de los procedimientos habituales para solicitar su traslado interno en el hospital.
* Podrá existir personal médico y de enfermería y no sanitario del hospital que preste sus servicios de forma parcial al Instituto y sin estar asignado a la misma.

La motivación del personal debe ser el primer paso para realizar cualquier me jora en el sistema. Asimismo, todas las organizaciones deben tener definida una filosofía o unos objetivos alrededor de los cuales han de girar todas las decisiones y actuaciones. En un estudio realizado en los diez hospitales más prestigiosos de Estados Unidos (Beckham, 1989) se identificaron las siguientes características comunes a todos ellos:

* Una afortunada confluencia de personal sanitario y gestores con talento.
* Unas características propias que los diferenciaban de los demás hospitales.
* Consistencia, constancia y concentración en los objetivos perseguidos.
* Líderes claros dentro de las organizaciones.
* Orgullo de pertenecer a ese hospital y a esa UGC o Instituto.
* Capacidades clínicas punteras.
* Integración entre los intereses del personal y los del hospital.

**31. Definición de gestión por procesos**

La gestión por procesos busca reducir la variabilidad innecesaria que aparece habitualmente cuando se producen o prestan determinados servicios y trata de eliminar las ineficiencias asociadas a la repetitividad de las acciones o actividades, al consumo inapropiado de recursos, etc. Facilita la coordinación y la sinergia entre los diferentes procesos que se dan en una organización y es una base sólida para organizar el *empowerment*, la asunción de responsabilidad por parte de los profesionales en el ámbito de actuación de su proceso y su trabajo diario. En las organizaciones sanitarias se aprecia de forma clara la visión sistémica que define este tipo de gestión: un conjunto de personas, servicios u organizaciones (proveedores) que solicitan que se lleven a cabo una serie de actividades (procesos) para una serie de personas o servicios que reciben los resultados (clientes).