

XII SIMPOSIUM INTERNACIONAL  
DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE

# Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería



AENTDECÁDIZ2018

‘DECONSTRUYENDO LOS LENGUAJES ENFERMEROS’



Organiza



24 Y 25 DE  
MAYO DE 2018

FACULTAD DE  
FILOSOFÍA Y LETRAS

**I.S.B.N.-13:** 978-84-09-02472-8

**Edita:** AENTDE

Feixa Llarga, s/n

L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona.

Cádiz. Mayo 2018



Licencia Creative Commons

Reconocimiento – NoComercial – CompartirIgual (by-nc-sa): No se permite un uso comercial de la obra original ni de las posibles obras derivadas, la distribución de las cuales se debe hacer con una licencia igual a la que regula la obra original.

Cómo citar este libro:

Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería. AENTDE. (Editores). XII Simposium Internacional AENTDE. "Deconstruyendo los lenguajes enfermeros". Cádiz. AENTDE. 2018.

**Nota:** Se han utilizado directamente los textos enviados por los autores.

# Índice

<b>Índice</b>	<b>1</b>
<b>Presentación</b>	<b>1</b>
<b>Ponencias</b>	
<i>NANDA International</i>	1
<i>Finnish Care Classification (FinCC): The advantages and disadvantages of usability</i>	3
<i>La Terminología ATIC.</i>	6
<i>Uso del lenguaje estandarizado Nursing Interventions Classification (NIC) para medir la intensidad de cuidados enfermeros en una unidad de críticos</i>	10
<i>Determinantes sociales de las necesidades de cuidados en Canarias.</i>	14
<b>Comunicaciones</b>	
<i>Fortaleciendo la Adopción del Rol Materno en la Madre del Recién Nacido Prematuro Hospitalizado: Protocolo</i>	2
<i>NIConSimulation: integrando los lenguajes en la simulación de alta fidelidad</i>	4
<i>Historia Clínica Electrónica como impulsora de la implantación del Proceso Enfermero en hospital monográfico pediátrico</i>	11
<i>¿A través de qué diagnósticos e intervenciones comunicamos la educación en pacientes agudos hospitalizados?</i>	16
<i>Diagnósticos de adaptación y afrontamiento al nuevo estado de salud relacionados con reingreso hospitalario</i>	18
<i>Evaluación del registro de los diagnósticos enfermeros al alta hospitalaria</i>	20
<i>La Ansiedad ante la Muerte como diagnóstico de Enfermería. Una revisión de la literatura</i>	22
<i>Propuesta de NIC para el nuevo diagnóstico: Riesgo de Mutilación Genital Femenina: Desmitificación</i>	24
<i>Evaluación del Diagnóstico “Sufrimiento Espiritual” mediante análisis comparativo de contenido con Escalas de Espiritualidad</i>	29
<i>Marco conceptual fenomenológico-existencial: una aproximación para la aplicación de las clasificaciones de enfermería</i>	36
<i>Proyecto de validación de una base de datos clínica para la planificación de cuidados</i>	38
<i>Integración de la metodología enfermera en la Historia Clínica Informatizada del PSSJD.</i>	45
<i>Definición del valor técnico de los diagnósticos de enfermería en atención primaria</i>	50
<i>La incorporación del arte en el aprendizaje de diagnósticos enfermeros</i>	58
<i>Introducción de Codificación con Lenguajes Enfermeros en Unidades Móviles de Emergencias.</i>	65
<i>Aspectos psicométricos del CRE “conducta terapéutica: enfermedad o lesión” para medir adherencia al régimen terapéutico.</i>	70
<i>Eficacia de la intervención “Enseñanza individual” en la adherencia al régimen terapéutico: un ensayo clínico</i>	72
<i>Evaluación del Proyecto “Sueño” mediante la NOC</i>	77
<i>Análisis del uso de lenguajes enfermeros estandarizados en hospitalización</i>	82
<i>Evaluación de los Registros Electrónicos Enfermeros en Unidades de Gestión Clínica: Estudio descriptivo</i>	88

<i>Módulo de Cuidados, una herramienta para trabajar con metodología enfermera en las consultas de Atención Primaria de Castilla y León.</i>	90
<i>Diagnósticos enfermeros prevalentes en pacientes hospitalizados. Diferencias por perfil de Unidad de Hospitalización</i>	95
<i>El cuidado del cuidador: actividades de suplencia en el medio hospitalario</i>	97
<i>Análisis de constructo de la escala INTEGRARE: aportando evidencia a los cuidados y resultados en salud</i>	100
<i>Percepción de la metodología enfermera como elemento de liderazgo en los cargos directivos del SSPA</i>	103
<i>El proceso de cuidar en el ámbito hospitalario: Cuidadores, dependencia y dominio de las actividades de cuidado</i>	105
<i>Propiedades psicométricas de un instrumento para evaluar el conocimiento sobre dieta en personas diabéticas: ConociDiet Diabetes</i>	109
<i>La dependencia en cuidados en pacientes hospitalizados y su influencia sobre la salud percibida de las personas cuidadoras</i>	112
<i>Actualización de la base de datos de diagnósticos, resultados e intervenciones en Osanaia, una experiencia</i>	116
<i>Taxonomía NOC para medir la necesidad de cuidados en el paciente crítico: Iniciare-87-III Critical-Care</i>	118
<i>Plan de cuidados estandarizado en pacientes pediátricos en situación de alta adversidad en salud y su familia</i>	126
<i>La alfabetización en salud como resultado enfermero: NOC "Health literacy behavior"</i>	128
<i>Propuesta de Validación de una etiqueta NIC: Entrevista Motivacional</i>	130
<i>Estudio para conocer la percepción de los pacientes de sentirse conocidos por sus enfermeras</i>	132
<i>Plan de cuidados: herramienta de gestión y docencia.</i>	134
<i>Coherencia del plan de cuidados para el diagnóstico: Riesgo de deterioro de la integridad cutánea.</i>	139

## **Pósters**

<i>Aplicación de Metodología Enfermera (NNN) al protocolo de salud laboral manipulación manual de carga</i>	144
<i>Indicadores clínicos de la NOC para la valoración de pacientes con lesión por presión</i>	146
<i>Aplicación de la escala de posicionamiento ante el diagnóstico enfermero en un hospital de Canarias.</i>	148
<i>Propuesta de estandarización de las abreviaturas y siglas de los registros de seguimiento de enfermería</i>	152
<i>Implicaciones del Examen Clínico Objetivo Estructurado (ECO) en el desempeño de estudiantes de enfermería</i>	154
<i>Diagnóstico de enfermería Riesgo de glicemia inestable de Nanda-I en mujeres embarazadas: Estudio caso-control</i>	156
<i>Factores de riesgo cardiovascular en nadadores en etapas de iniciación y desarrollo entre 12 y 18 años de edad de la Unidad Deportiva en Puerto Vallarta, Jalisco.</i>	162
<i>Validez de contenido y representatividad del cuestionario de evaluación enfermera de las capacidades comunicativas en la afasia (CEECCA)</i>	165
<i>Embarazo y toxicomanías. Utilidad de un plan de cuidados.</i>	171

<i>Selección de características definitorias para un nuevo diagnóstico enfermero: temor al proceso de morir</i>	173
<i>Etiquetas diagnósticas predictoras de duelo complicado</i>	175
<i>Registro de cuidados en pacientes de la Unidad Radiología</i>	177
<i>Factores eficaces para el aumento de la participación en Sesiones Clínicas de Cuidados NNN</i>	182
<i>Plan de cuidados estandarizado para pacientes sometidos a cirugía protésica de cadera</i>	184
<i>Difundiendo la Metodología Enfermera a través de Textos de Referencia en la HCE</i>	186
<i>Píldoras formativas para reforzar la aplicación de la metodología enfermera en la HCE</i>	188
<i>Nuevas vías de difusión y comunicación del Proceso Metodológico Enfermero. #RecursosProcesoMetodológicoEnfermero.</i>	190
<i>Evaluando KronikOn, programa para empoderar a pacientes a través de Osanaia</i>	195
<i>Evaluación de conocimientos sobre dieta diabética empleando un cuestionario validado a partir de la NOC</i>	200
<i>¿Es válida la taxonomía Nanda, NOC y NIC en neonatos?</i>	203
<i>Evidencia clínica del diagnóstico enfermero Síndrome de Dolor Crónico</i>	205
<i>Empleo de lenguaje taxonómico enfermero en la empresa pública de emergencias sanitarias</i>	207
<i>Aplicación de metodología enfermera en la empresa pública de emergencias sanitarias</i>	209
<i>Efectividad de una intervención educativa para aumentar la utilización de los lenguajes enfermeros estandarizados</i>	211
<i>Desarrollo de un instrumento para la detección de DxE en la gestión telefónica de urgencias</i>	213
<i>Diagnósticos enfermeros del dominio Afrontamiento/Tolerancia al estrés en personas atendidas por equipos de emergencias</i>	215

# Presentación

Estimados/as compañeros y compañeras:

La mayor parte de las disciplinas científicas han intentado reflejar los fenómenos que son de su competencia en un lenguaje común para facilitar nombrar de forma homogénea la práctica. La Enfermería, como ciencia y profesión, no ha escapado a esta corriente de poner nombre a la práctica clínica, en este caso, de “nombrar” de manera unificada a los cuidados. Al identificar los fenómenos clínicos de interés para la disciplina a través de lenguajes estandarizados se pretende conseguir una comunicación efectiva con los compañeros de profesión, pacientes y cuidadores, mejorar el registro de los cuidados, facilitando la investigación y, por tanto, la generación de evidencia científica que demuestre la efectividad de los mismos en la mejora de la salud de la población y nutra el cuerpo de conocimientos de la disciplina. Esto lleva implícito, además, un mayor control de la práctica y de la autonomía profesional.

Para ello se han ido desarrollando diversas taxonomías que han pretendido recoger tanto las respuestas humanas de los pacientes a diferentes problemas de salud que son responsabilidad de la enfermera abordar, las actividades de cuidados que realizan las enfermeras para solventarlos y los resultados que se pretenden conseguir con dichas intervenciones. La importancia y relevancia de “nombrar el cuidado” ha generado necesidades diferenciales en diversos grupos de enfermeras que han desarrollado varias terminologías que, con objetivo similar pero características taxonómicas distintas, conviven en la práctica enfermera a nivel nacional e internacional. Esto está generando un gran debate sobre las ventajas e inconvenientes de cada una de ellas que está permanente activo en redes sociales y en círculos profesionales.

Recogiendo esta necesidad de análisis que la profesión reclama, AENTDE decidió abordar el tema como parte relevante en el XII Simposium Internacional de la asociación, los días 24 y 25 de mayo de 2018 en Cádiz, precisamente bajo el lema “Deconstruyendo los lenguajes enfermeros”. Deconstruir es analizar por partes los elementos que componen un fenómeno para comprender, profundizar y obtener conclusiones sobre el mismo, es poner el centro de atención en las partes para entender mejor el todo. En este caso, se decidió centrarlo en el análisis en las distintas terminologías diagnósticas con mayor repercusión en el momento actual a nivel internacional y en nuestro país: NANDA, CIPE, ATIC y la Clasificación Finesa de Cuidados. Contando con destacados representantes de los equipos que han intervenido en su desarrollo, se han expuesto las principales excelencias de cada una de ellas comparando su utilidad en distintos aspectos y aportando elementos de peso para cubrir la necesidad de conocimiento al respecto de la profesión.

En los últimos tiempos están aumentando el número de enfermeras que alcanzan el grado de doctor con estudios en los que los lenguajes enfermeros son el tema de investigación a tratar o bien la base sobre la que articulan los mismos. Algunos de estos estudios fueron expuestos en el evento y son ejemplo de cómo desde la Universidad se realiza investigación clínica en



colaboración con los centros sanitarios. Esto permite que cada vez se estreche más la distancia que habitualmente existe entre la teoría y la práctica. Además, muchas enfermeras ya doctoras dirigen proyectos de gran calado internacional, muchos de ellos financiados en convocatorias de fondos públicos. Estas investigaciones seguro que nos permitirán definir un lenguaje cada vez más sólido, basado en la evidencia y útil para la práctica clínica.

Este libro de ponencias y comunicaciones pretende ser un reflejo del conocimiento compartido en el evento, que sirva a modo de legado del mismo y como material, en este caso, para “construir” nueva evidencia que permita avanzar en la investigación y uso de los Lenguajes Enfermeros Estandarizados.

Sin la contribución de cada uno de vosotros y vosotras, no hubiese sido posible.

Muchas gracias

# Ponencias

## *NANDA International*

### **Keynote**

Prof. Dr. Maria Müller-Staub (PhD, EdN, RN, FNI, FEANS)

The nursing diagnosis classification NANDA-International (NANDA-I) is the oldest, most used and best researched nursing classification. Its development started in 1972 and since then, it was constantly refined. The aim of NANDA-I is to define and develop nursing knowledge. NANDA-I diagnoses were defined as: 'A nursing diagnosis is a clinical judgment concerning a human response to health conditions/life processes, or a vulnerability for that response, by an individual, family, group or community. A nursing diagnosis provides the basis for selection of nursing interventions to achieve outcomes for which the nurse has accountability' (NANDA-I), [1].

Nursing diagnoses are professional judgments that nurses state every day in caring for patients. They communicate patients' needs in a professional language to colleagues, members of other disciplines and to the public. NANDA-I provides the world's leading evidence-based nursing diagnoses for use in practice and to determine interventions and outcomes. The NANDA-I Nursing Diagnoses: Definitions and Classification 2018-2020 contains 248 diagnoses. These are standardized as problem-focused, health-promotion, risk or syndrome diagnoses with a defined structure, which are all based on level of evidence criteria [1].

The development and validation process is transparent and clear requirements are provided when developing a new diagnosis. Several studies have shown, that NANDA-I meets literature-based classification criteria significantly better than other terminologies [2-16]. More than 750 studies were published in peer-reviewed journals, and the classification is internationally used in textbooks and education material [14-16]. It is translated into five-teen languages and used worldwide. NANDA-I diagnoses are compatible for implementation into Electronic Health Records and meet requirements of the International Standards Organization (ISO), Health Level 7 International, SNOMED-CT and the Unified Medical Language System. The classification is recognized and recommended by the American Nurses' Association (ANA) and other professional organizations.

Interoperability of Standardized Nursing Languages (SNL) is one of the most important prerequisites in our time of digitalization and eHealth [17]. This classification describes nurses' knowledge as an SNL to accurately assess patients' care needs, for care planning and evaluation and it allows data entry and retrieval for Big Data research.

### **Literature**

1. Herdman, T.H. and S. Kamitsuru, eds. *Nursing diagnoses: Definition and classification 2018-2020*. Vol. 11. 2018, Thieme: New York.
2. Keenan, G., D. Tschannen, and M.L. Wesley, *Standardized nursing terminologies can transform practice*. Jona, 2008. **38**(3): p. 103-106.

3. Keenan, G.M., et al., *A Shovel-Ready Solution to Fill the Nursing Data Gap in the Interdisciplinary Clinical Picture*. Int J Nurs Knowl, 2018. **29**(1): p. 49-58.
4. Keenan, G.M., M. Treder, and E. Clingerman, *Survey indicates sharp increase in usage of NANDA, NOC, and NIC*. The Michigan nurse, 2001. **74**(8): p. 19-21.
5. Müller Staub, M., *Pflegeklassifikationen im Vergleich (Teil 1)*. Printernet: Die wissenschaftliche Fachzeitschrift für die Pflege, 2004. **6**(5): p. 296-312.
6. Müller Staub, M., *Pflegeklassifikationen im Vergleich (Teil 2)*. Printernet: Die wissenschaftliche Fachzeitschrift für die Pflege, 2004. **6**(6): p. 359-377.
7. Müller Staub, M., et al., *Anforderungen an die Pflegeprozess-Dokumentation*. 2018, Zürich: Waispital.
8. Müller Staub, M., H. de Graaf-Waar, and W. Paans, *Standard for Nursing Process Clinical Decision Support Systems (NP-CDSS) in EHRs*, in *ACENDIO*. 2015, Association for Common European Nursing Diagnoses, Intervention and Outcomes: Bern.
9. Müller Staub, M., P. König, and K. Schalek, eds. *Pflegeklassifikationen: Anwendung in Praxis, Bildung und elektronischer Pflegedokumentation*. Vol. 1. 2017, Hogrefe: Bern. 416.
10. Müller-Staub, M., *Wahl einer Pflegediagnosen-Klassifikation für die Einführung in die elektronische Pflegedokumentation: ICNP, ICF, NANDA und ZEPF im Vergleich*. Printernet: Die wissenschaftliche Fachzeitschrift für die Pflege, 2005. **7**(2): p. 115-122.
11. Müller-Staub, M., et al., *Expert report on nurses' responsibility*. 2015, Bern: Swiss Nursing Science Association (ANS).
12. Müller-Staub, M., et al., *Meeting the criteria of a nursing diagnosis classification: Evaluation of ICNP®, ICF, NANDA and ZEPF*. International Journal of Nursing Studies, 2007. **44**(5): p. 702-713.
13. Müller-Staub, M. and W. Paans, *A Standard for Nursing Process - Clinical Decision Support Systems (NP-CDSS)*. Stud Health Technol Inform, 2016. **225**: p. 810-1.
14. Müller-Staub, M. and E. Rappold, *Klassifikationen/Systeme – Beurteilung anhand von Studien*, in *Pflegeklassifikationen: Anwendung in Praxis, Bildung und elektronischer Pflegedokumentation*, M. Müller-Staub, K. Schalek, and P. König, Editors. 2017, Hogrefe: Bern.
15. Odenbreit, M., et al., *Nursing classifications: Criteria and evaluation*, in *NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions and classification 2012-2014*, T.H. Herdman, Editor. 2012, Wiley-Blackwell: Oxford. p. 133-143.
16. Tastan, S., et al., *Evidence for the existing American Nurses Association-recognized standardized nursing terminologies: a systematic review*. Int J Nurs Stud, 2014. **51**(8): p. 1160-70.
17. Sojer, R., et al., *ESCOS: eHealth semantic and content for Switzerland*. 2011, Haute Ecole Spécialisée de Suisse Occidentale (HES-SO) and International Institute for the Safety of Medicines (ii4sm): Sierre. p. 78.

## *Finnish Care Classification (FinCC): The advantages and disadvantages of usability*

### **Autora**

Arja Kaila

PhD, RN, RM, Director of Nursing Excellence

Siun sote –Joint municipal authority for North Karelia social and health services, Finland

According to Finnish norms, care given by nurses must be recorded in a structured manner and follow the nursing care process model. After hospitalization or consultation, every Finnish citizen can nowadays read their own health records in the electronic National Archive of Health Information (KanTa). In Finland, nurses have an increasing degree of independent consultations, especially with regard to empowering patient education and psychosocial counseling in chronic health conditions and health promotion.

The new approach for documenting patient care in an electronic health record was needed. In Finland, the Central Hospital of North Karelia was a pioneer in this respect in 1999 with its Hilikka project introducing information technology in nursing practice by structural nursing transfer summary (discharge notes) from the Central Hospital to health care centers. At the same time in all of Finland, a new classification and terminology were introduced. The Finnish Care Classification model (FinCC) is based on Dr. Virginia Saba's model of the Clinical care classification system (CCC). Dr. Anneli Ensio tested and evaluated the model in her doctoral thesis 'Modelling of nursing interventions' in 2001. The model was piloted in electronic nursing care plan in Central Hospital of North Karelia in 2001-2002 in collaboration with Dr. Ensio. After that, in years 2003-2009 the project expanded into two national development projects of electronic nursing documentation (HoiDoK, HoiData). The purpose of using the FinCC is to help nurses enter data in the electronic patient record according to the nursing care process model. Another purpose is to increase multiprofessional usability of the information, continuity and patient safety. At the same time, the information is available for knowledge management and it is a tool facilitating transition to KanTa eArchive.

The CCC provides a standardized framework and a coding structure based on the ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Health-related Problems). The CCC consists of 21 care components, 176 diagnoses, 804 interventions, and 528 outcomes. The CCC model is applied to the Finnish version. The FinCC has been updated on the basis of user feedback and the version 3.0 consists of three Finnish classification systems: the Finnish classification of nursing diagnoses (FiCND), nursing interventions (FiCNI), and nursing outcomes (FiCNO). FiCND and FiCNI have similar hierarchical structures (component, main category and sub-category levels), of which the component level is the most abstract. The purpose of FiCNO is to evaluate the outcome of the care process in relation to the care need and goals: improved, stabilized, or deteriorated. In version 3.0 both FiCND and FiCNI have 17 components: Activity, Bowel/ gastric, and urinary elimination, Cardiac, Coping, Fluid volume,

Health behavior, Medication, Metabolic, Nutritional, Respiratory, Safety, Activities of daily living, Sensory, Skin integrity, Psychological regulation, Life cycle, and Coordination of care. The number of main categories and sub-categories under each component varies. FiCND has 88 main categories and 150 sub-categories, while FiCNI has 127 main categories and 180 sub-categories. In all, there are 215 main categories and 330 sub-categories.

Between 2009 and 2010 the electronic use of FinCC recording reached 100% in the Central Hospital of North Karelia. However, there are differences in the use of components. Components related to physiological activities are quite well used. Coordination of care (17%) is the most used component, followed by Activity (9%), Medication (8%), and Cardiac (7%). There are many seldom used components (1% or less). In each category or sub-category, there is a Pedagogical need and intervention (patient education) option. The proportion of these notes is small (7%): Coordination of care 3% and Medication 2%.

During the introduction phase, various training sessions were organized for nurses. When nurses learned the use of the components, they forgot to use the nursing process model. As training is needed continuously, an online course of nursing documentation was conducted. The online course consists of sections: why recording is needed, how to document according to nursing care process, how to use FinCC system, patient information system, care intensity recording, and multiprofessional patient-centered health and care plan.

The Finnish audit instrument for nursing documentation (Kaila&Kuivalainen2008©) consists of three sections: Minimum documentation (need/nursing history and diagnosis, goal, intervention, outcome, summary), Process oriented documentation (connections between different stages of the process), and Patient-centered documentation. The audit instrument (85% agreement;  $\kappa = .696$ ; 4 rater, 43 patient records) is very simple with nominal scale: yes-no. According to the audit, nursing needs (diagnoses) seem to be more often nursing-related problems than patients' problems. Inaccurate problem formulation led to inappropriate nursing goals. As for other studies, nursing interventions are best documented. The nursing outcome is quite often recorded as a completed nursing intervention. Physiological-related nursing needs and interventions are quite well documented. Shortcomings occur on patient's self-management and empowerment standpoint of nursing care, even when the patient's information needs and psychosocial supporting must also be documented.

Patients profit the most of the electronic structured documentation, because it leads to continuity of care and patient safety. Documented patient information is available for everyone in Siun sote, because the whole health care district uses the same patient information system that is equally shared by all the care providers. Thus, the information is always up to date and facilitates patient safety and the continuity of care. A structured model guides the chronological process and goal-oriented nursing. It also helps recording the essential things. By following the sequential phases of process, the logical connection between nursing needs, goals, interventions and outcomes is improved, not story telling. When documenting the nurse's consultation according to the conversation as it happens, the logical and sequential manner and

the essential content easily disappears. So, less free formulation is always better. However, this requires that the structure is found at every level and covers everything that is needed.

The electronic structured documentation can be quick and easy when it becomes customary. It would be even faster with more structured application. FinCC is based on components and subcategories, but within them documentation can be freestyle. The electronic patient documentation additionally benefits the statistics and knowledge management purposes. The information can be used to education and training, and ensuring good nursing quality.

There are still many problems that cause user dissatisfaction. There are difficulties in finding a proper category. The categories and sub-categories are not exclusive enough and the content can be understood in many ways. The abstraction level of the categories and the sub-categories and terminology varies, e.g. skin integrity and coping. Also, other care providers may have difficulties in understanding and finding the essential things. When all 17 components and many categories are needed, the documentation may be very complex and fragmented. It may even happen that the essential content and the person as a whole disappear. The terminology in regard to empowering patient education, psychosocial support, counselling, and self-management are scarcely and inadequately developed compared to physiological ones. Difficulties also occur when the consultation is short, e.g. a vaccination. Then the documentation according to the components and sub-categories of the nursing care process becomes too complex. In addition, the FinCC system is not easy enough to use because of software problems. The Central Hospital of North Karelia and Finland as a whole started early with electronic structural documentation, but there has been little development since. Countries that started later or recently get more easily to the top without developmental disorder and their systems might now be more sophisticated.

There is a continuous need for documentation skills training and knowledge management. It seems to be difficult to document according to the nursing care process and in a patient-centered manner, with only the essential content, not too much nor too little or with irrelevant information. Because the documented care given by nurses is readable to citizens, the language must also be understandable and relevant to them.

## *La Terminología ATIC.*

### **Autora**

Maria Eulàlia Juvé Udina, PhD, MSN, BSN, RN

IDIBELL, Instituto de Investigación Biomédica de Bellvitge. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Escuela Universitaria de Enfermería de la Universitat de Barcelona. Ajdunta a la Dirección de Cuidados del Institut Català de la Salut. Autora de la Terminología ATIC.

### **Resumen**

La Terminología ATIC es un sistema de lenguaje enfermero estandarizado, orientado a conceptos, de tipo vocabulario de interfase, que inicia su recorrido en 1992.

Los vocabularios enfermeros de interfase, se caracterizan por contener conceptos disciplinares para la representación del proceso de prestación de cuidados, mediante la expresión de términos próximos al lenguaje natural que los profesionales emplean en su práctica asistencial, con conceptos que posteriormente se someten a refinamiento teórico. Las terminologías de interfase actúan como enlace entre el lenguaje natural y la necesidad de código de los sistemas de información asistenciales.

Los conceptos incluidos son sometidos a un proceso de refinamiento teórico, e incluye una evaluación sistemática en términos de producción científica enfermera, tipos de diseños de estudios y áreas de interés disciplinar. De igual modo, los conceptos generados a partir del estudio y el análisis del lenguaje natural, son codificados, asignados a un agrupador, analizados, diseccionados y mapeados a los principales sistemas de clasificación.

ATIC se organiza en tres ejes principales – valoración, diagnóstico e intervención – para la representación del proceso de prestación de cuidados, y diez ejes complementarios: foco, juicio, beneficiarios, recursos, acciones y condiciones, localización, productos, temporalidad, atributos y escalas de medida. (Véase figura 1 como ejemplo de modelo de datos ATIC).

La construcción y el contenido de ATIC se fundamentó en el Marco DIKW (de sus siglas en inglés: Datos, Información, Conocimiento y Pericia) de Graves y Corcoran; en las corrientes filosóficas del pragmatismo, el constructivismo, el holismo y el pospositivismo, y la propia filosofía de la Enfermería de Nightingale. Así mismo, se impregna de las distintas escuelas de pensamiento enfermero y en la conceptualización interpretativa de los constructos del metaparadigma disciplinar: persona, salud, entorno y enfermería.

La terminología tiene una estructura matricial, no taxonómica, que persigue posibilitar la representación de las observaciones, los juicios, las intervenciones y los resultados enfermeros de forma circular e iterativa, siendo la interacción entre la enfermera y el beneficiario de los cuidados el punto inicial y final del proceso.



La estructura de ATIC, sometida a un proceso formal de evaluación de su validez, se articula en cuatro capas ontológicas: elementos estructurantes, conceptos básicos, conceptos moleculares y conceptos atómicos:

- Los elementos estructurantes actúan como agrupadores conceptuales.
- Los elementos básicos recogen los constructos de interés: parámetros de valoración, diagnósticos e intervenciones.
- Los elementos moleculares y atómicos son constructos esenciales que permiten generar o especificar conceptos básicos.

El contenido de ATIC, también evaluado en términos de validez y fiabilidad, incluye en su versión actual más de diez mil conceptos. Su cobertura conceptual es amplia y permite un nivel de especificidad elevado.

ATIC se emplea en su totalidad en la práctica asistencial desde hace una década en hospitales y centros socio-sanitarios, permitiendo la generación de información sobre la prestación de cuidados y sus resultados en más de 250.000 episodios de cuidados a pacientes en unidades de alta complejidad, de intensificación de cuidados, de cuidados intermedios y semi-críticos, de cuidados progresivos, de corta estancia, unidades materno-infantiles y pediátricas, áreas de salud mental, hospitalización a domicilio, hospitales de día, unidades de observación de urgencias, áreas de larga estancia, de convalecencia, de cuidados paliativos. Así mismo, se emplea de forma parcial para el registro de la prestación de cuidados enfermeros en áreas quirúrgicas y de reanimación y unidades de cuidados intensivos. Se está evaluando su posible uso en el ámbito de atención primaria y comunitaria, atención penitenciaria y emergencias extrahospitalarias.

Los centros que actualmente emplean la terminología ATIC son: Hospital Universitario Vall d'Hebron (Barcelona), Hospital Universitario de Bellvitge (Hospitalet de Llobregat), Hospital Universitario Germans Trias i Pujol (Badalona), Hospital Universitario Arnau de Vilanova (Lleida), Hospital Universitario Dr. Josep Trueta (Girona), Hospital Universitario Joan XXIII (Tarragona), Hospital Verge de la Cinta (Tortosa), Hospital de Viladecans, Hospital Santa Maria (Lleida), Hospital Duran i Reynals (ICO\_Hospitalet de Llobregat), ICO Girona, ICO Badalona, Fundació Sant Hospital (La Seu d'Urgell), Hospital Comarcal del Pallars (Trempl), Hospital de Vielha (Vall d'Aran). Ello implica el uso cotidiano de la terminología ATIC por parte de más de 14.000 profesionales.

- En su modelo de evaluación de las terminologías de interfase, Trent-Rosebloom et al. describen los atributos que deben cumplir los lenguajes de interfase, incluyendo:
  - La cobertura conceptual
  - La precisión terminológica
  - La consistencia con el lenguaje natural

- El equilibrio composicional
- El conocimiento asercional
- La generación de outputs comprensibles
- La independencia del software
- La estructura semántica

En términos de cobertura conceptual, la proporción de conceptos disciplinares que ATIC contiene permitiendo a las enfermeras usuarias de la terminología representar sus observaciones, juicios, e intervenciones, es superior al 95% en el ámbito hospitalario y de un 98% en el ámbito socio-sanitario. En un estudio sobre la cobertura conceptual del eje diagnóstico de ATIC en atención primaria y comunitaria, con una muestra de más de 700.000 visitas enfermeras, se observó que esta terminología ofrece una cobertura de un 95% para la representación de los juicios clínicos enfermeros en la gestión de la demanda aguda en atención primaria, con un 60% de equivalencias diagnósticas idénticas, un 30% a múltiples conceptos y sólo un 5% a un concepto más abstracto en la terminología.

La precisión terminológica de ATIC se mejoró mediante el incremento de la presencia de sinónimos y cuasi-sinónimos. La presencia de sinonimia tiene una utilidad pragmática e incrementa la usabilidad de la terminología. La precisión y exhaustividad de ATIC para la representación de la prevención, la ocurrencia y el abordaje de eventos adversos fue evaluada mediante estudios de reciente publicación.

La consistencia con el lenguaje natural y el equilibrio composicional refiere a la presencia de elementos pre-coordinados y de elementos terminológicos que permiten la poscoordinación. ATIC contiene aproximadamente dos tercios de conceptos precoordinados y un tercio de conceptos que permiten la poscoordinación. La satisfacción de los usuarios de la terminología, refleja indirectamente la consistencia con el lenguaje natural. Los resultados del primer estudio de evaluación de la satisfacción de las enfermeras usuarias de la terminología ATIC indicaron que un 68,7% de las enfermeras encuestadas se sentían cómodas con el uso de la terminología y su proximidad al lenguaje natural.

En términos de conocimiento asercional, el 92% de los elementos básicos de la terminología contienen conocimiento adicional que permite añadir contexto a su significado.

En cuanto a la generación de outputs comprensibles, ATIC posibilita la estructura de múltiples composiciones semánticas para la representación de la prestación de cuidados y la evaluación de sus resultados.

ATIC es independiente del software de historia clínica que se emplee. De hecho, el primer modelo de datos diseñado con ATIC se empleó en el software de historia clínica OMI® (Stacks). Actualmente ATIC se utiliza, de forma completa (todos los ejes) o parcial (elementos de varios ejes) en programas de historia clínica como Gacela Care® (Oesía), SAP® (Systems, Applications and Products), o el software de hospital de día oncológico SPOC® (ICO).

En términos de estructura y armonización semántica, ATIC establece explícitamente o a través del conocimiento asercional las relaciones entre conceptos estructurantes, básicos, moleculares y atómicos de los distintos ejes de la terminología.

La armonización semántica se establece mediante los mapeos a las clasificaciones.

En el mapeo de los diagnósticos ATIC a la Clasificación Internacional de la Práctica Enfermera (multiaxial), un 48% de elementos tienen equivalencia idéntica (1:1), un 40% atienden a una equivalencia más abstracta en la clasificación (1:A), un 7% establecen equivalentes múltiples (1:N) y sólo un 2% no puede mapearse.

En el mapeo de ATIC a Clinical Care Classification, un 66% establecen un equivalente más abstracto en la clasificación (1:A), un 24% no hallan equivalencia (1:0) y un 8% de conceptos tienen equivalencia idéntica (1:1).

En el mapeo de ATIC a la clasificación NANDA Internacional, un 40% hallan equivalencia más abstracta en la clasificación (1:A), un 43% no establecen equivalencia (1:0) y un 12% tienen equivalente conceptual idéntico (1:1).

En el mapeo, no publicado, de ATIC a CIE-10-MC, un 28% de conceptos diagnósticos hallan equivalente idéntico (1:1), un 21% establecen una equivalencia más abstracta en la clasificación (1:A), un 9% hallan múltiples equivalentes (1:N) y un 41% establecen equivalencia (1:0).

La terminología ATIC cumple los criterios de evaluación de los vocabularios de interfase, aunque no está exenta de algunas limitaciones y, como todos los sistemas de lenguaje estandarizado, tiene márgenes de mejora considerables, pero los resultados de los estudios sobre su validez, fiabilidad, usabilidad y uso en la práctica permiten objetivar que esta terminología de interfase es útil en la representación del proceso de prestación de cuidados y sus resultados, que puede convivir en armonía con las clasificaciones existentes y que contribuye al desarrollo del conocimiento enfermero y a la visibilización del impacto de los cuidados en los resultados de salud desde una orientación ecléctica y pragmática.

Dado que las necesidades de información son distintas en cada uno de los niveles de los sistemas sanitarios, sería conveniente reflexionar sobre el lugar que cada tipo de vocabulario enfermero debería ocupar. Todos los lenguajes estandarizados son importantes y necesarios, quizás sólo debamos aprender a situarlos y emplearlos en las circunstancias más oportunas en cada caso.

## *Uso del lenguaje estandarizado Nursing Interventions Classification (NIC) para medir la intensidad de cuidados enfermeros en una unidad de críticos*

### **Autor**

Palomar-Aumatell, Xavier

PhD [0000-0001-9022-4144]. Profesor asociado de la Facultad Ciencias de la Salud y el Bienestar. Enfermero asistencial en el servicio de urgencias del Consorcio Hospitalario de Vic. Research group on Methodology, Methods, Models and Outcome of Health and Social Sciences - Centro de Estudios Sanitarios y Sociales (CESS). Universidad de Vic - Universidad Central de Cataluña (UVic-UCC), C. Miquel Martí i Pol, 1, 08500 Vic, Spain

### **PALABRAS CLAVE**

UCI; carga de trabajo; intensidad de cuidados; Nursing Intervention Classification; NIC; Dotación profesionales; Técnica Delphi; enfermera; calidad; autonomía

### **INTRODUCCION**

Durante el período de contención presupuestaria de los últimos años ha hecho que en los hospitales se hayan tenido que tomar decisiones para garantizar unos cuidados seguros y de calidad, para evitar redundancias y el malbaratamiento de recursos en las unidades de cuidados intensivos (UCI) y al resto de unidades de hospitalización. Es por este motivo que, la gestión ágil y flexible de la dotación enfermera es un elemento de gestión imprescindible para garantizar los cuidados adecuados a las necesidades de los pacientes y una utilización efectiva de los recursos.

Múltiples estudios han demostrado que, en las UCIs, la seguridad del paciente y la calidad de los cuidados enfermeros están estrechamente relacionados con la carga de trabajo de los profesionales enfermeros.

Una excesiva carga de trabajo de los profesionales enfermeros es uno de los factores de riesgo mas importantes en la aparición de infecciones nosocomiales. Diferentes estudios correlacionan la dotación de profesionales enfermeros y la aparición de acontecimientos adversos como los errores de medicación y el aumento de la infección nosocomial, sin identificar incremento de la mortalidad. Pero un estudio multicéntrico reciente, relaciona mortalidad i dotación enfermera, evidenciando un aumento, si la dotación no es suficiente.(Aiken et al., 2014)

Dadas estas repercusiones, es necesario buscar una herramienta de medida que pueda determinar el número adecuado de enfermeros/as necesarios para cuidar de los enfermos ingresados en estas unidades, garantizando la seguridad y unos cuidados enfermeros de calidad en todos los turnos. Esta herramienta tiene que poder medir la necesidad de cuidados de los pacientes y a la vez de profesionales, antes de empezar el turno. Las escalas que se

han utilizado habitualmente, como la Nursing Activities Scores (NAS), Nine Equivalent for Nursing Manpower Use (NEMS) y demás, permiten determinar la necesidad de profesionales una vez se ha finalizado el turno (Subirana & Solà Arnau, 2007). Demostrando que a partir de la taxonomía Nursing Interventions Classification (NIC), que describe todas las intervenciones enfermeras que se pueden llevar a cabo, se puede cuantificar antes de empezar el turno el número de enfermeras necesarias a partir de determinar, la cantidad de cuidados que están planificados, teniendo en cuenta que el paciente crítico es un paciente muy evolutivo y se puede modificar esta planificación.

## **HIPOTESIS**

La utilización de la taxonomía NIC permitirá hacer el cálculo de la intensidad de cuidados de cada paciente en la unidad de críticos y determinar el número de enfermeros/as con los que dotar la unidad antes de empezar el turno.

## **OBJETIVOS**

Como objetivos generales eran determinar si la taxonomía NIC permite calcular la intensidad de cuidados que tiene un enfermo ingresado en una unidad de críticos y el segundo objetivo general era estimar el número de profesionales enfermeros a partir de la intensidad de cuidados de cada enfermo ingresado en la unidad de críticos.

Como a objetivos específicos se consideraron los siguientes: consensuar las intervenciones de la taxonomía NIC que más se usan y el tiempo para cada una, en las unidades de críticos de adultos de los hospitales de Catalunya, para la primera fase del estudio.

Para la segunda fase del estudio los objetivos que se consideraron fueron: establecer si había relación entre la escala NAS y la intensidad de cuidados NIC (ICNIC), analizar el peso de cada dominio en el total del ICNIC, establecer si hay relación entre la escala NAS, el APACHE II y el índice de comorbilidad Charlson, establecer si hay relación entre la ICNIC, el APACHE II y el índice de comorbilidad Charlson, establecer si hay relación entre el número de fármacos prescritos y el valor de la escala NAS i el valor de la ICNIC, comparar los valores de la escala NAS y la ICNIC entre los valores medios de ingreso y alta, analizar la concordancia del cálculo de dotaciones según la escala NAS y la ICNIC, determinar las características de los profesionales enfermeros y de los técnicos auxiliares en curas de enfermería de la unidad de cuidados intensivos, identificar la percepción de calidad de cuidados y autonomía de los cuidados de los profesionales enfermeros y de los técnicos auxiliares en curas de enfermería de la unidad de cuidados intensivos, identificar cuáles son los factores que afectan a la percepción de la calidad de los cuidados y la percepción de autonomía de los cuidados de los profesionales de la UCI.

## **MATERIAL Y METODO**

El proyecto de tesis doctoral se dividió en dos fases para conseguir los objetivos específicos anteriores. En la primera fase se realizó una técnica Delphi de tres rondas, en formato

electrónico, para consensuar las intervenciones NIC más utilizadas, y determinar el tiempo para cada una de las intervenciones a partir de la propuesta que hace la misma taxonomía. Se constituyó un panel de expertos con un total de 23 profesionales enfermeros, supervisores de la UCI y enfermeros/as asistenciales con formación de postgrado en paciente crítico y experiencia mínima en la UCI de 5 años.(Palomar-Aumatell, Subirana, & Milà-Villarroya, 2016, 2017)

Con las intervenciones que se consensuaron en la primera fase, se creó el instrumento de medida de intensidad de cuidados NIC (ICNIC). La ICNIC se confeccionó con las intervenciones que eran más genéricas, dejando un total de 139 intervenciones. Se diseñó un estudio descriptivo observacional, durante un período de 9 semanas en el que se registraba los valores de la ICNIC, la escala Nursing Activities Score (NAS), datos case-mix de los pacientes que estuvieron ingresados durante el período de estudio y los datos de los profesionales, juntamente con un cuestionario creado ad hoc.

## **RESULTADOS**

En la primera fase se consensuaron un total de 183 intervenciones, en el 90% se validó el tiempo que proponía la taxonomía. Previo al estudio descriptivo observacional de la segunda fase, se depuraron las 183 intervenciones.(Palomar-Aumatell, 2018; Palomar-Aumatell, Subirana, et al., 2017)

En la segunda fase se pudo demostrar que la taxonomía NIC mide la intensidad de cuidados y permite estimar el número de profesionales que se necesita para dotar la unidad según la intensidad medida. Durante el período de estudio se analizaron un total de 75 episodios asistenciales. El 70,7% eran hombres, la media de edad era de 62,56 años (DE:±16,42). Los datos recogidos sobre la gravedad así como los valores de índice de comorbilidad de Charlson como el valor NAS corresponden a los habituales para el tipo de unidad de cuidados intensivos.

En esta fase se observó que la ICNIC y el NAS tenían una correlación de Pearson 0,846 con un valor de significación  $p < 0,001$ .

El porcentaje de concordancia en la dotación de los dos instrumentos que se utilizaron era del 82,26% para determinar que la unidad estaba correctamente dotada.

La correlación entre el APACHE II y la escala NAS y la ICNIC fue muy similar entre ellas de 0,570 y 0,580 respectivamente estadísticamente significativas. Se analizaron también el índice de comorbilidad de Charlson, la correlación de esta con la NAS y la ICNIC no mostró correlación estadísticamente significativa.

Referente al perfil de los profesionales que trabajaron en la unidad durante el período de estudio, se recogieron datos de un total de 55 profesionales, de los cuales el 81% eran mujeres, del total un 80% enfermeras. La percepción de calidad y autonomía de los cuidados se obtuvo una media de 7,87 en la percepción de calidad y un 7,54 en la percepción de autonomía. Se observó que los profesionales polivalentes, sin un horario estable y una

dedicación inferior al 100% su percepción tanto de calidad y autonomía era inferior, con diferencias estadísticamente significativas.(Palomar-Aumatell, Subirana Casacuberta, & Milà-Villarroel, 2017)

## CONCLUSIONES

Con los resultados que se obtuvieron se puede afirmar que es posible medir la intensidad de cuidados con la taxonomía NIC y estimar la dotación de profesionales necesarios según la intensidad de cuidados.

Si se dispone de un plan de cuidados que describe las intervenciones con la taxonomía NIC, a partir de este plan de cuidados se podrá medir a priori la intensidad de cuidados y dotar la unidad sobre la intensidad medida.

Los gestores disponen de una nueva herramienta capaz de medir la intensidad de cuidados de las unidades de críticos antes de empezar el turno y dotar según las necesidades de cuidados que se han identificado a los enfermos. Esto permitirá dotar de forma eficiente las unidades de cuidados intensivos.

La utilización de una taxonomía estandarizada y de ámbito internacional, como es la taxonomía NIC, hace que los resultados se puedan comparar con otros estudios que también la utilizan.

A nivel de los profesionales enfermeros se debe revisar de forma muy crítica las políticas de polivalencia en diferentes unidades. Los resultados muestran que esta variable afecta negativamente a la percepción de calidad y autonomía de los cuidados prestados.

## BIBLIOGRAFIA

1. Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., ... RN4CAST consortium. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet (London, England)*, 383(9931), 1824–30.
2. Palomar-Aumatell, X. (2018, September 15). *Ús del llenguatge estandaritzat Nursing Interventions Classification per a la mesura de la intensitat de cures infermeres a una unitat de crítics. TDX (Tesis Doctorals en Xarxa)*.
3. Palomar-Aumatell, X., Subirana, M., & Milà-Villarroel, R. (2016). NIC MAS USADOS EN LA UCI: CONSENSO CON EL METODO DELPHI. In I. de S. C. III (Ed.), *Libro de Ponencias. XX Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados* (pp. 382–384).
4. Palomar-Aumatell, X., Subirana, M., & Milà-Villarroel, R. (2017). Critical care nursing interventions and the time required for their completion in Intensive Care Units: A Delphi study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 43(December), 87–93.
5. Palomar-Aumatell, X., Subirana Casacuberta, M., & Milà-Villarroel, R. (2017). Percepcion de calidad y autonomía de los cuidados enfermeros en la UCI: Vision de los profesionales de enfermería. In I. de S. C. III (Ed.), *XXI Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados - Libro de ponencias* (pp. 442–443). Madrid.
6. Subirana, M., & Solà Arnau, I. (2007). Instrumentos basados en medidas indirectas para UCI: TISS y
7. NEMS. *Metas de Enfermería*, 10(1), 15–20.

## *Determinantes sociales de las necesidades de cuidados en Canarias.*

### **Autor**

Domingo Fernández Gutiérrez

### **Introducción**

La relación entre las desigualdades sociales y la salud es bien conocida pero no ocurre lo mismo cuando se trata de su relación con las necesidades de cuidados de la población. Las diferencias en el estado de salud poblacional se vinculan de manera muy estrecha al nivel socioeconómico y son el resultado de las circunstancias en las que las personas nacen, crecen, viven, envejecen y mueren y de los sistemas disponibles para combatir la enfermedad (OMS, 2009). Esas diferencias son injustas y evitables aplicando medios razonables y los recursos disponibles en la actualidad y, además, obedecen a un gradiente social donde la posición jerárquica que una persona ocupa en un grupo hace que su salud sea peor que la de aquellos que se encuentran por encima y mejor que la de aquellos que se encuentran por debajo (Wilkinson y Pickett, 2009). La salud de una comunidad, los hábitos tóxicos o su forma de alimentarse no se pueden explicar exclusivamente con aspectos genéticos, biológicos o por decisiones personales de la población, puesto que se sabe que están fuertemente relacionados con los factores socioeconómicos (Benach y Muntaner 2005). Este problema afecta, por tanto, a la salud de todos hasta tal punto que la mera experiencia psicosocial de desigualdad produce profundos efectos en los órganos corporales. La división que estas desigualdades ocasionan en las personas daña a toda la sociedad a través de mecanismos que corroen las relaciones y las raíces de su funcionamiento.

Se sabe que las necesidades de cuidados son el núcleo central del diagnóstico enfermero permitiendo la identificación y planificación de la asistencia (Brito-Brito et al., 2016). Si bien el cuerpo de conocimientos sobre esta materia en los individuos es cada vez más extenso, hay muy poca, o ninguna, información epidemiológica disponible sobre su distribución entre las poblaciones. Dentro de las múltiples taxonomías existentes para la identificación y clasificación de necesidades, la más extendida y utilizada en la actualidad es NANDA-I y en ella nos basamos para nuestro estudio.

Las enfermeras siempre han sostenido un enfoque de la práctica asistencial basado en los determinantes sociales de la salud. Florence Nightingale enfatizaba la importancia de la higiene, la nutrición, las redes sociales y la clase social en el trabajo de las enfermeras (Olshansky, 2017). Lillian Wald fundó la enfermería de salud pública en Estados Unidos, poniendo en marcha el servicio de enfermeras visitadoras de Nueva York que proveía de cuidados en salud a los pobres. En España, Concepción Arenal afirmó la importancia que las enfermeras visitadoras otorgaban a las causas sociales de la enfermedad (Bernabeu-Mestre y Gascón-Pérez, 1999). La justicia social forma parte de los códigos deontológicos actuales de las enfermeras (CIE, 2006; ANA, 2015; OCE, 1995).



Creemos que es posible obtener una aproximación válida de la distribución poblacional de las necesidades de cuidados a través de la utilización de bases de datos sanitarias destinadas a otros fines.

## **Objetivo**

Obtener una aproximación de la distribución poblacional de las necesidades de cuidados enfermeros desde la perspectiva de las desigualdades sociales a través de la utilización de una base de datos diseñada para obtener seguimiento sobre enfermedades prevalentes.

## **Material y Método**

Estudio de epidemiología enfermera utilizando los datos de la cohorte abierta CDC-acrónimo de Cáncer, Diabetes y Cardiovasculares- de Canarias y empleando el método de mapeo cruzado para la conformación de los diagnósticos de cuidados enfermeros NANDA-I.

El CDC de Canarias es un estudio de cohorte sobre una muestra de 7.195 personas, representativa de la población de Canarias por edad, sexo y distribución geográfica entre las siete islas que componen el archipiélago, con información disponible al momento de realizar este estudio desde 2000 hasta 2016, cuya metodología e información producida se encuentra descrita (Cabrera-de-León et al, 2008). La explotación de los datos disponibles en las bases CDC siguió varias fases: 1-Exploración e identificación de la información susceptible de conformar los diagnósticos enfermeros, 2-Mapeo cruzado de términos individuales y términos combinados contenidos en la encuesta CDC con las etiquetas diagnósticas NANDA-I, sus características definitorias, factores relacionados y factores de riesgo, y validación de las equivalencias semánticas verificadas mediante la concordancia de criterios de un grupo focal de expertos estimada por el índice de acuerdo kappa no ponderada de Cohen, 3-Empleo de la escala de clase social REI -acrónimo de :Renta Estudios e Índice de hacinamiento- (Cabrera-de-León et al, 2009) para asignar a cada sujeto de la muestra su pertenencia a un estrato socio-económico y constatación de su consistencia mediante la comprobación de la replicación de las asociaciones conocidas de la clase social con la edad y la prevalencia de enfermedades crónicas, 4-Empleo de los diagnósticos de necesidades de cuidados enfermeros asignados a los sujetos de la muestra examinando su consistencia mediante la comprobación de su asociación al género y la edad y, 5-Estimación de la asociación entre diagnósticos enfermeros de cuidados y clase social.

Las características de la muestra se describen resumiendo las variables nominales con las frecuencias absolutas y relativas de sus categorías, y las de escala con media (DE) o mediana (P5-P95), según sigan o no una distribución normal acorde a la prueba de Kolmogorov-Smirnov. El análisis de consistencia de los datos de partida se realiza comprobando las asociaciones conocidas entre padecimiento de enfermedades y edad, sexo y clase social, mediante la prueba  $\chi^2$  de Pearson. Las asociaciones entre clase social y diagnósticos enfermeros se prueban valorando la significación de las diferencias de su distribución con la prueba  $\chi^2$  de Pearson, y estimando los riesgos relativos crudos de la pobreza a un

diagnóstico enfermero, así como esos riesgos ajustados por edad y sexo como predictores independientes de los diagnósticos mediante modelos de regresión logística binaria empleando la estrategia de fijación de covariables. Todas las pruebas fueron bilaterales a un nivel  $p < 0,05$  y los cálculos se ejecutaron con ayuda del paquete SPSS 21.0® de IBM Co™.

## Resultados

La muestra incluida en el estudio se conformó de un total de 7140 participantes de los cuales un 56% son mujeres y un 43% hombres. Por rango de edad, un 43% de la población tiene entre 18 y 39 años, un 44% entre 40 y 59 años y un 13% de 60 o más años. La media de edad es de 43 años con una desviación típica de 12.8. En cuanto a su estado civil, 23% son solteros, un 64.2% casados un 4.8% parejas de hecho, un 5.2% separados o divorciados y un 2.7% viudos ( $n=6725$ ). Un 45.9% vive en zonas rurales y un 47.6% en zonas urbanas. En cuanto a la renta familiar per cápita ajustada a 2016, los ingresos se categorizan por los grupos siguientes: menos de 510€ (2.8%), entre 510€ y 850€ (10.2%), entre 850€ y 1270€ (18.1%), entre 1270€ y 1695€ (19.3%), entre 1695€ y 2120€ (15.3%), entre 2120€ y 2540€ (11.8%) y más de 2540€ (22.6%) para una  $n=6410$ . La distribución de la muestra por ocupación y sexo es: Agricultura 10% de mujeres frente a un 8% de hombres; construcción, excavación y minas un 0,7% de mujeres frente a un 26% de hombres; carpintería, manufacturación, mecánica e industria, un 2% de mujeres frente a un 17% de hombres; sanidad, educación, profesionales liberales u oficinistas un 31% de mujeres frente a un 18% de hombres; transporte o reparto un 1% de mujeres frente a un 10% de hombres; turismo, restauración, comercio y bares un 27% de mujeres frente a un 20% de hombres y amas de casa un 28% de mujeres frente a un 0,1% de hombres. Respecto a la distribución de la situación laboral por género trabajan un 60% de los participantes (45% mujeres y 55% hombres); estudian un 4% (65% mujeres y 35% hombres); jubilados un 5% (18% mujeres y 82% hombres); en paro 7% (60% mujeres y 42% hombres); labores domésticas 21% (99% mujeres y 1% hombres); incapacitados 4% (43% mujeres y 57% hombres). En cuanto al nivel de estudios de los participantes un 1% no sabe leer (2% del total de mujeres frente al 1% de hombres); con estudios primarios hay un 57% de la muestra (65% de las mujeres frente al 35% de los hombres); secundarios 27% (27% de las mujeres frente al 28% de los hombres y universitarios 14% (15% de las mujeres frente al 42% de los hombres)  $n=6714$ . El índice de hacinamiento resultante del número de convivientes dividido por el número de dormitorios disponibles en la vivienda fue el siguiente: 2.7% conviven más de 2 personas por dormitorio, 50% dos personas y 46% una sola persona por dormitorio ( $n=6704$ ).

La media de la puntuación REI es 13.35 (escala entre 4 y 21) con una desviación típica de 3.42. Una vez categorizada la posición social dentro de la escala REI se obtiene que menos de 12 puntos corresponden a la posición desfavorecida (41.9%), la posición media está en una puntuación entre 13 y 16 (28.9%), y la posición favorecida por encima de 16 (17.9%).

En relación al lugar de nacimiento, un 93.1% han nacido en Canarias, un 5.2% en algún lugar del resto de España, un 0.3% en otro país europeo (fuera de España), el 1.1% en América del Sur, y un 0.3 % en África ( $n=6728$ ).

Respecto al nivel de estudios según la posición social de los participantes (REI) un 90% de los desfavorecidos tienen sólo estudios primarios y únicamente un 6% de ellos, estudios secundarios; mientras que en el grupo de favorecidos un 38% tienen estudios secundarios y un 62% estudios universitarios.

Si analizamos la situación laboral de los sujetos trabaja un 48% de los desfavorecidos frente al 80% de los favorecidos; estudia un 7% de los favorecidos frente a un 1% de los desfavorecidos; están jubilados un 3% de los favorecidos frente al 7% de los desfavorecidos; en paro se encuentran un 4% de los favorecidos frente al 9% de los desfavorecidos; a las labores domésticas de dedican el 29% de los desfavorecidos frente al 5% de los favorecidos y están incapacitados un 6% de los desfavorecidos frente al 1 % de los favorecidos (n=4265 ;p<0.001).

En cuanto a problemas de salud observamos padecen Hipertensión arterial un 26% de los desfavorecidos frente al 12% de los favorecidos; Diabetes mellitus un 11% de los desfavorecidos frente al 3% de los favorecidos; infarto un 4% de los desfavorecidos frente al 1% de los favorecidos; y obesidad un 35% de los desfavorecidos frente al 14% de los favorecidos (n=4301; p<0.001).

Una vez descrita la muestra y corroboradas que se reproducen en ella las asociaciones conocidas entre clase social y problemas de salud, procedimos a analizar los resultados correspondientes a la construcción, por parte de un grupo de expertos en procesos de atención de enfermería e investigación en lenguajes enfermeros estandarizados, de 23 enunciados diagnósticos, atendiendo a la clasificación 2015-2017 de NANDA-I y ubicados entre los patrones funcionales de salud 1 al 5 del marco valorativo de Marjory Gordon según los datos declarados de la cohorte CDC por la muestra participante:

- Percepción-Manejo de la Salud: 9 reglas diagnósticas, 3 de riesgo.
- Nutricional-Metabólico: 6 reglas diagnósticas, 3 de riesgo.
- Eliminación: 2 reglas diagnósticas, 1 de riesgo.
- Actividad-Ejercicio: 5 reglas diagnósticas, 4 de riesgo.
- Sueño-Descanso: 1 regla diagnóstica de riesgo.

Algunas de las reglas diagnósticas construidas se formularon como problemas potenciales, es decir diagnósticos de riesgo, dado que los datos disponibles no permitían su planteamiento como diagnóstico focalizado en problema pero sí como factores de riesgo para la consideración de diagnósticos de problemas potenciales, los cuales son de alto interés a título poblacional. En total se formularon 11 reglas diagnósticas de problemas reales y 12 de problemas potenciales.

Los resultados de asignación diagnóstica de problemas agrupados según el marco de patrones funcionales de salud de Gordon para la población estudiada son:

- Para el Patrón 1 -Percepción y Manejo de la salud- un 68% de la población presenta entre 1 y 3 necesidades de cuidados.
- Para el Patrón 2 -Nutricional-Metabólico- un 73% de la población presenta al menos 1 diagnóstico.
- Para el Patrón 3 -Eliminación- un 30% de la población presenta al menos 1 problema identificado con enunciado diagnóstico enfermero.
- Con respecto al Patrón 4 -Actividad y Ejercicio- el 85% de la muestra presenta entre 1 y 3 necesidades de cuidados.
- En el 5 -Sueño-Descanso- un 45% presenta el problema potencial.

Para la población total y para todos los patrones estudiados la media de necesidades de cuidados es de 4.7 con una desviación típica de 2.3, mientras que los percentiles 5-95 se sitúan entre 1 y 9.

Las etiquetas diagnósticas identificadas, su relación con el nivel socioeconómico y sus riesgos crudos y ajustados por sexo y edad, se muestran en la tabla siguiente:

Necesidades de cuidados. Diagnósticos NANDA-I	n	Desfavorecidos afectados n(%)	Favorecidos afectados n(%)	Riesgo crudo (IC95%)	p**	Riesgo ajustado por sexo y edad (IC95%)	p***
*00097b Riesgo de déficit de actividades recreativas	2657	1804(59.9)	853(66.2)	0.76(0.66-0.87)	<0.001	0.82(0.71-0.95)	0.007
00188 Estilo de vida sedentario	2775	2099(69.7)	676(52.5)	2.08(1.81-2.38)	<0.001	1.94(1.68-2.23)	<0.001
*00095b Riesgo de insomnio	4301	1552(51.5)	561(43.6)	1.38(1.20-1.57)	<0.001	1.22(1.07-1.40)	0.004
00233 Sobrepeso	4301	1155(38.3)	451(35.0)	1.15(1.00-1.32)	0.039	0.98(0.85-1.14)	0.829
00099 Mantenimiento ineficaz de la salud	4301	1141(37.9)	438(34.0)	1.18(1.03-1.36)	0.016	1.22(1.06-1.42)	0.006
*00188a Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud	4301	930(30.9)	425(33)	0.90(0.79-1.04)	0.168	1.06(0.91-1.23)	0.459
00232 Obesidad	4301	1028(34.1)	182(14.1)	3.15(2.64-3.74)	<0.001	2.46(2.05-2.95)	<0.001
00011 Estreñimiento	4301	824(27.3)	360(28.0)	0.97(0.83-1.12)	0.686	0.95(0.81-1.12)	0.554
00078 Gestión Ineficaz de la Salud	4301	951(31.6)	206(16.0)	2.42(2.05-2.86)	<0.001	1.41(1.18-1.70)	<0.001
00094 Riesgo de intolerancia a la actividad	4301	599(19.9)	256(19.9)	1.00(0.85-1.18)	0.997	1.00(0.84-1.19)	0.994
*00093b Riesgo de fatiga	4301	684(22.7)	227(17.6)	1.37(1.16-1.62)	<0.001	1.18(0.99-1.41)	0.069
00239 Riesgo de deterioro de la función cardiovascular	4301	694(23.0)	126(9.8)	2.76(2.25-3.38)	<0.001	1.60(1.29-1.99)	<0.001
00215 Salud deficiente de la comunidad	4301	642(21.3)	131(10.2)	2.39(1.96-2.92)	<0.001	1.26(1.02-1.57)	0.036
00155 Riesgo de caídas	4301	509(16.9)	173(13.4)	1.31(1.09-1.57)	0.004	1.16(0.95-1.41)	0.139
*00188b Riesgo de tendencia a adoptar conductas insanas	4301	676(22)	25(2.0)	14.61(9.75-21.91)	<0.001	11.02(7.31-16.62)	<0.001
00234 Riesgo de sobrepeso	4301	311(10.3)	214(16.6)	0.57(0.48-0.69)	<0.001	0.88(0.72-1.07)	0.205
00015 Riesgo de estreñimiento	4301	202(6.7)	34(2.6)	2.65(1.83-3.83)	<0.001	1.38(0.94-2.04)	0.103
00173 Riesgo de nivel de glucemia inestable	4301	163(5.4)	26(2.0)	2.78(1.83-4.22)	<0.001	1.44(0.93-2.24)	0.102
00079 Incumplimiento	4301	167(5.5)	25(1.9)	2.96(1.94-4.54)	<0.001	1.53(0.98-2.39)	0.059
00231 Riesgo de síndrome de fragilidad del anciano (mayores de 60 años)	515	124(27.0)	8(16.0)	6.92(3.38-14.20)	0.101	0.65(0.16-2.63)	0.550
*00078b Riesgo de gestión ineficaz de la salud.	4301	111(3.7)	5(0.4)	9.81(4.00-24.10)	<0.001	5.12(2.06-12.76)	<0.001
*00002b Riesgo de desequilibrio nutricional: inferior a necesidades corporales	4301	17(0.6)	20(1.6)	0.36(0.19-0.69)	0.002	0.64(0.32-1.25)	0.189

\*Etiquetas formuladas como diagnósticos de riesgo por el grupo investigador

\*\* Estimada con el modelo de regresión logística univariable.

\*\*\* Estimada con el modelo de regresión logística multivariable.

### Debilidades del estudio.

Tanto la determinación de la condición de posición social como de las necesidades de cuidados vienen influenciados por la auto declaración de los participantes en el estudio. Los datos obtenidos así y que conforman tanto la condición social como las definiciones de

etiquetas de necesidades de cuidados pueden estar afectados por problemas de auto declaración. No obstante, gran parte de ellos se han obtenido de forma objetiva a través de la exploración de datos procedentes de historias clínicas.

Por otro lado, la forma de clasificar el estatus socio-económico: la clasificación REI es muy específica y hasta la fecha no utilizada fuera del contexto de la población canaria. Sin embargo, esta clasificación ha sido validada para esta muestra de participantes y es propia de Canarias por su singularidad.

Es importante destacar que si bien el elevado tamaño de la muestra podría producir significaciones espurias, la magnitud y relevancia de las diferencias halladas es tal que exime de dicha posibilidad.

Fortalezas del estudio.

Una de las fortalezas de nuestro estudio consiste en el carácter prospectivo del mismo donde la condición de estatus social es precedente a las necesidades de cuidados. Por otro lado, cabe destacar la importancia del tamaño de la muestra y su representatividad de la población canaria. Por último, la consistencia de los datos es manifiesta ya que se reproducen las asociaciones conocidas, como son el carácter diferencial de las etiquetas diagnósticas de necesidades de cuidados según edad y sexo, por las cuales se ajustan todas las diferencias halladas.

## Conclusiones

Considerando las limitaciones y fortalezas de nuestra investigación y no habiendo encontrado en la literatura internacional estudios previos abordando las necesidades de cuidados poblacionales desde la perspectiva de las desigualdades sociales en salud, el principal aporte de este estudio consiste en la obtención, por primera vez, de un mapa de necesidades de cuidados en Canarias. Ello nos permite tener en cuenta aspectos epidemiológicos novedosos y no suficientemente investigados hasta la fecha.

Las necesidades de cuidados encontradas en nuestra población a través de la base CDC de Canarias se distribuyen de manera diferente según sexo y edad.

Una parte importante de los diagnósticos más prevalentes de la población canaria se distribuyen de manera diferente según se trate de población rural o urbana.

Es reconocida la importancia de la epidemiología como herramienta esencial para la formulación e implementación de políticas de salud nacionales, regionales y locales proporcionando la evidencia en la que esas políticas se pueden basar. En nuestro estudio, los determinantes sociales en salud afectan de manera significativa a las necesidades de cuidados de la población canaria y deben ser tenidos en cuenta en las políticas públicas encaminadas a las intervenciones para reducir su prevalencia.

Las necesidades de cuidados de la población guardan una estrecha relación con los problemas crónicos de salud por lo que deben ser tenidas en cuenta a la hora de abordarlos de manera integral.

Se han detectado y enunciado nuevos diagnósticos de riesgo al abrigo de los datos de este estudio que deberían ser desarrollados y propuestos para su inclusión en la clasificación NANDA-I.

## BIBLIOGRAFÍA

1. AMERICAN NURSES ASSOCIATION (2015) Code of Ethics for Nurses. Silver Springs. Maryland. Recuperado de: <https://www.nursingworld.org/coe-view-only>
2. BENACH, J. y MONTANER, C.(2005). Aprender a mirar la salud. Cómo la desigualdad social daña nuestra salud. Ed. El viejo topo.
3. BERNABEU-MESTRE, J y GASCÓN-PÉREZ, E. (1999) Historia de la Enfermería de Salud Pública en España (1860-1977). Alicante Publicaciones de la Universidad de Alicante.
4. BRITO-BRITO, P.R., AGUIRRE-JAIME, A., DUARTE-CLIMENTS, G. y SANCHEZ-GOMEZ, B.(2017) Investigación epidemiológica en diagnósticos enfermeros. En Investigación en metodología y lenguajes enfermeros (pp.187-199). Barcelona España : Elsevier
5. CABRERA DE LEON, A., RODRÍGUEZ-PÉREZ,M.C., ALMEIDA-GONZÁLEZ, D.,DOMINGUEZ-COELLO, S., AGUIRRE-JAIME,A.,BRITO-DÍAZ, B.,GONZÁLEZ-HERNÁNDEZ, A., PÉREZ-MÉNDEZ, L.I., et al. (2008). Presentación de la cohorte “CDC de Canarias”: Objetivos, diseño y resultados preliminares. Rev. Esp. Salud Pública 82:519-534
6. CABRERA DE LEÓN, A., RODRÍGUEZ-PÉREZ, M.C., DOMÍNGUEZ-COELLO, S., RODRÍGUEZ-DÍAZ, C., RODRÍGUEZ-ÁLVAREZ, C., AGUIRRE-JAIME,A., et al. (2009). Validación del modelo REI para medir la clase social en la población adulta. Rev Esp Salud Pública. 83, 231-242
7. CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERAS (2006) Código deontológico del CIE para la profesión enfermera. Ginebra. Suiza. Recuperado de: <http://castellon.san.gva.es/documents/4434516/5188103/Codigo+Deontologico+CIE.pdf>
8. OLSHANSKY, E.(2017) Social Determinants of Health: The Role of Nursing. The American Journal of Nursing.117(12), 11 doi: 10.1097/01.NAJ.0000527463.16094.39
9. ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERÍA.(1995) Código deontológico de la enfermería española. Ilmo. Colegio Oficial de Enfermería de Santa Cruz de Tenerife
10. OMS (2009) Subsanan las desigualdades en una generación. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: [http://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/finalreport/es/](http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/es/)
11. WILKINSON, R. y PICKET, K.(2009) The Spirit level.Why Equality is Better for Everyone London. UK. Penguin.

# Comunicaciones

# *Fortaleciendo la Adopción del Rol Materno en la Madre del Recién Nacido Prematuro Hospitalizado: Protocolo*

## **Autor/es**

Martha Isabel Camargo-Ramírez, Mayut Delgado-Galeano, Iliana Milena Ulloa-Sabogal, Beatriz Villamizar-Carvajal. Universidad Industrial de Santander. Colombia.

## **Palabras clave**

Recién nacido prematuro, escritura, relaciones madre-hijo, ajuste emocional

## **Introducción**

El nacimiento y hospitalización de un hijo prematuro es una situación de estrés psicológico que afecta todo el grupo familiar, especialmente a la madre, quien experimenta importantes niveles de estrés y síntomas de ansiedad y depresión, como consecuencia de la condición de salud del neonato, las características ambientales de la unidad neonatal, y la separación prolongada de su hijo. Estos factores estresantes pueden afectar el vínculo afectivo, el establecimiento de un apego seguro y el futuro desarrollo social, conductual y funcional del recién nacido. En este sentido, se requieren intervenciones que promuevan en la madre el bienestar emocional, la autoconfianza y satisfacción en su rol maternal.

## **Objetivos**

Establecer la eficacia de la intervención: “Llevar un diario” para mejorar la adopción del rol en madres con recién nacidos prematuros hospitalizados.

## **Material y métodos**

Ensayo Clínico Controlado. La muestra calculada por 30 madres en el grupo experimental y 30 madres en el grupo control. Ingresarán las madres con el Diagnóstico de Enfermería NANDA: Disposición para mejorar el rol materno (00164). Para la medición de los resultados antes y después de la intervención se aplicará a los dos grupos el Resultado de Enfermería - NOC: Desempeño del rol materno (2211). En el grupo experimental se aplicará la Intervención de Enfermería- NIC: Llevar un diario (4740) durante 4 días por 20 minutos cada día, los cuatro escritos estarán basados en los pensamientos y sentimientos más profundos relacionados con la experiencia de la hospitalización del recién nacido prematuro. Los escritos del grupo control estarán relacionados con aspectos generales sin involucrar emociones o sentimientos.

## **Resultados**

Demostrar la eficacia de la escritura en el fortalecimiento de la adopción del rol materno, de la madre con un hijo prematuro hospitalizado en la unidad neonatal.

## **Conclusiones**

No aplica



## **Bibliografia**

1. Johnson M, Bulechek GM, Dochterman JM, Maas ML, Moorhead S, Butcher H. North American Nursing Diagnosis Association. 2006; NANDA, NOC, and NIC linkages: Nursing diagnoses, outcomes, & interventions. Mosby.
2. Barry LM, Singer GH. Reducing maternal psychological distress after the NICU experience through journal writing. *J Early Interv.* 2001; 24(4):287–297
3. Horsch A, Tolsa JF, Gilbert L. et al. Improving Maternal Mental Health Following Preterm Birth Using an Expressive Writing Intervention: A Randomized Controlled Trial. *Child Psychiatry Hum Dev.* 2016; 47(5): 780-791.

# *NIconSimulation: integrando los lenguajes en la simulación de alta fidelidad*

## **AUTORES**

Raurell-Torredà M, Rifà-Ros, R, Lamoglia-Puig M, Llauredó-Serra M, Romero Collado A, Moreno-Arroyo Carmen.

## **PALABRAS CLAVE**

Educación en enfermería, simulación, alta fidelidad, taxonomía, currículum.

## **INTRODUCCIÓN**

El proceso de Bolonia, desarrollado en Europa para adaptar la educación superior a la investigación, a las nuevas necesidades socio sanitarias y al avance del conocimiento científico, ha implicado un cambio en el concepto de aprendizaje, orientado a la adquisición de competencias de los perfiles profesionales en lugar de en la adquisición de conocimientos (1). Este cambio ha conllevado, para los profesores universitarios, la necesidad de formarse e investigar en relación a nuevas metodologías de aprendizaje que faciliten esta adquisición de competencias.

En este sentido, la simulación, es una metodología de aprendizaje y evaluación, que permite formar y evaluar a los futuros profesionales de la salud, en un entorno que imita el clínico, sin riesgo para el paciente, centrado en el estudiante y con feedback inmediato por parte de los profesores, para que desarrollen habilidades técnicas (procedimientos) y no técnicas (toma de decisiones, pensamiento crítico, comunicación y trabajo en equipo) de forma uni e interdisciplinar a lo largo de su formación académica (2). La evidencia muestra que la simulación clínica es percibida por profesores y alumnos como un complemento de las prácticas clínicas en términos de preparación para la realidad asistencial, eficacia y confianza en sí mismo porque la combinación de simulación clínica y práctica clínica producen un impacto positivo en la adquisición de conocimientos, el pensamiento crítico y la competencia clínica de los futuros profesionales (3).

Siguiendo las recomendaciones del estudio de la National Council of State Boards of Nursing (NCSBN) (4), antes de introducir la simulación en el currículo del Grado es necesario reunir en un mismo proyecto formativo teorías que históricamente han guiado la formación enfermera, como la de Patricia Benner (5), así como las recomendaciones para un uso adecuado de la simulación, definidas en los estándares de la International Nursing Association for Clinical Simulation and Learning (INACSL) (6) y National League of Nursing/Jeffries Simulation Framework (7-9). En el estándar de la INACSL relacionado con la terminología (10) se define la simulación como una metodología educativa para promover, mejorar o validar a los participantes de una profesión desde el nivel novel al experto, citando a Benner (5).

El diseño de la simulación ha de ser adecuado a los contenidos teóricos de cada curso del Grado, impartidos mediante otras metodologías de aprendizaje como pueden ser la clase magistral, aprendizaje basado en problemas o seminarios.

En este sentido, en el documento de consenso “La simulación como metodología formativa y evaluativa en el Grado en Enfermería” (11), los miembros del grupo de investigación GRISCA (Grup Recerca en Simulació a Catalunya i Andorra) consideramos y proponemos que los estudiantes de enfermería deben formarse en escenarios de simulación diseñados conforme a los estándares de la International Nursing Association for Clinical Simulation and Learning (12,13) y siguiendo las directrices de la Jeffries Simulation Framework (7). Además, en España, existen diversos estudios que muestran el uso efectivo de intervenciones NIC en simulación (15-22). Finalmente, para comprender y disminuir la variabilidad en los escenarios simulados creemos que la clave está en la utilización de un lenguaje estandarizado común como es la taxonomía NIC (14). Por tanto, es necesario identificar las intervenciones enfermeras para la simulación clínica de alta fidelidad que guiaran la adquisición de las habilidades no técnicas (toma de decisiones, pensamiento crítico, comunicación y trabajo en equipo) NIC relacionadas con los contenidos teóricos de cada asignatura del Grado, ya que para las habilidades técnicas ya han sido identificadas (15). Por todo ello, desde el grupo GRISCA iniciamos este proyecto de investigación orientado a consensuar entre las universidades participantes el contenido curricular que debería guiar el aprendizaje de habilidades no técnicas integrando la Simulación Clínica de Alta Fidelidad y la taxonomía NIC (Clasificación Intervenciones Enfermeras).

## **OBJETIVOS**

### *Objetivo General*

Consensuar entre las universidades participantes el currículo de la enseñanza de habilidades no técnicas con simulación de alta fidelidad en el Grado de Enfermería usando el lenguaje NIC.

### *Objetivos específicos*

1. Identificar los NIC que permitan el desarrollo de habilidades no técnicas mediante la metodología de la simulación de alta fidelidad en estudiantes de 1º y 2º curso del Grado de Enfermería (enfermera novel).
2. Identificar los NIC que permitan el desarrollo de habilidades no técnicas mediante la metodología de la simulación de alta fidelidad en estudiantes de 3º y 4º curso del Grado de Enfermería (enfermera con poca experiencia).
3. Seleccionar los NIC que permitan el desarrollo de habilidades no técnicas mediante la metodología de la simulación de alta fidelidad en educación unidisciplinar (escenarios con estudiantes de enfermería únicamente con posible soporte telefónico de un médico).
4. Seleccionar los NIC que permitan el desarrollo de habilidades no técnicas mediante la metodología de la simulación de alta fidelidad en educación interdisciplinar (escenarios conjuntos con estudiantes de enfermería, fisioterapia, medicina, y farmacia).

## **MATERIAL Y MÉTODO**

### Diseño

Estudio descriptivo transversal realizado mediante la técnica Delphi

### Ámbito y sujetos de estudio

El ámbito del estudio está constituido por las facultades donde se imparte el Grado de Enfermería en las universidades españolas.

Los sujetos de estudio son diferentes enfermeros/as entre los que se encuentran: profesionales expertos en el uso de la taxonomía NIC, profesores/ras del Grado en Enfermería de las diferentes especialidades de enfermería y profesores/ras de simulación clínica del grado de enfermería.

### Recogida de datos

Se usará la técnica Delphi, un método de comunicación en grupo que usa una serie de cuestionarios con múltiples posibles itinerarios para llegar al consenso de opinión entre un grupo seleccionado de expertos.

El estudio está dividido en cuatro fases con la participación de diferentes expertos.

- Fase 1: Mediante la participación de profesionales expertos en el uso de la taxonomía NIC, se corrobora un listado de NIC según las especialidades de enfermería y que guardan relación con las asignaturas que configuran el currículum del Grado de Enfermería. Dicho listado es el que proponen los propios autores de la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC).
- Fase 2: En esta fase intervienen profesores/as de facultades donde se imparte el Grado de Enfermería (a tiempo completo y parcial) y que sean expertos en un área/especialidad de enfermería. Deben seleccionar a partir del listado NIC resultante de la fase 0, los que consideren importantes para ser trabajados en simulación de alta fidelidad para lograr el desarrollo de habilidades no técnicas.
- Fase 3: Con la participación de profesores/as de facultades donde se imparte el Grado de Enfermería y expertos en la metodología de simulación clínica. A partir del listado NIC resultante de la fase 2, dichos expertos deberán valorar cada NIC según la importancia y la factibilidad para ser incluidos en los escenarios de simulación de alta fidelidad en los diferentes cursos del grado y para trabajar las habilidades no técnicas.
- Fase 4: Con el listado NIC resultante en la fase 3 y con la participación de los mismos expertos en simulación, estos deberán seleccionar los NIC permitan el desarrollo de habilidades no técnicas mediante la metodología de la simulación de alta fidelidad en educación unidisciplinar (escenarios con estudiantes de enfermería únicamente con posible soporte telefónico de un médico) e interdisciplinar (escenarios conjuntos con estudiantes de enfermería, fisioterapia, medicina, y farmacia).

### Análisis de los datos

El consenso se evaluará con el cálculo de la mediana y desviación estándar de cada ítem según las puntuaciones obtenidas por los expertos participantes. El consenso óptimo para un ítem se conseguirá si la mediana de las respuestas de los participantes es igual o superior a 3 (en una escala Likert del 0 –nada importante a 4 –muy importante) y si el 80% de dichos participantes han

puntuado con un mínimo de 3. Los ítems sin este consenso serán eliminados en la siguiente ronda Delphi.

#### Limitaciones del estudio

Las limitaciones de este estudio son las propias del método Delphi. Las diferentes fases de la técnica Delphi requieren mucho tiempo. En cada fase se deberán realizar más de un recordatorio a los participantes por correo electrónico para conseguir el máximo de respuestas, sin embargo, es probable la pérdida de expertos durante el proceso, como apunta la literatura. Consideramos que también puede ser una limitación el desconocimiento y uso en su docencia por parte de algunos profesores/as del Grado de Enfermería de la taxonomía NIC y pueda dificultar la comprensión del objetivo del estudio.

#### Aspectos éticos

Este proyecto de investigación ha sido aprobado por la Comisión de Ética e investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud Blanquerna de la Universidad Ramon Llull de Barcelona. A cada participante del estudio se le envía una hoja informativa sobre el estudio y el documento de consentimiento informado.

Para garantizar la confidencialidad y la protección de los datos, el investigador principal del estudio, que es el que mantiene la correspondencia con los distintos participantes en cada fase, eliminará de la matriz de resultados los datos personales (correo electrónico). Y los investigadores que analizaran los resultados de las distintas fases y los que redactaran el informe final, no tendrán acceso a estos datos.

## **RESULTADOS**

El proyecto se encuentra en la actualidad en la 2ª ronda de la 3ª fase con los profesores de simulación clínica de las universidades españolas participantes y con ella se han obtenido los resultados relacionados con los dos primeros objetivos.

En la primera fase, en la que colaboraron los socios de AENTDE como expertos en lenguajes estandarizados, se definieron 8 cuestionarios para identificar las intervenciones NIC de las áreas de Enfermería Fundamental, Enfermería del adulto 1, Enfermería del adulto 2, Gerontología, Enfermería Materno-infantil, Enfermería en salud mental y psicosociales, Ética y Salud comunitaria.

En la segunda fase los profesores del Grado identificaron los NIC adecuados para ser abordados mediante la simulación de alta fidelidad:

- De los resultados de la fase 2 emergieron las NIC transversales que englobaban las comunes a todos los cuestionarios, junto con las que consensuaron expertos de ética y psicología.
- De las NIC propuestas por los profesores se eliminaron aquellas que correspondían a simulación de baja fidelidad (con partes de maniquí) por no ser objetivo del estudio. En la

3ª fase los profesores de simulación identificaron las intervenciones NIC consideradas idóneas y factibles de las distintas áreas.

A continuación, se muestra una síntesis cuantitativa de los resultados obtenidos hasta el momento, recogiendo el número de expertos y el número de intervenciones NIC aprobadas en cada ronda de las distintas áreas y fases:

### ***FASE 1: EXPERTOS AENTDE***

- Enfermería Fundamental: 8 expertos y 100 NIC consensuadas
- Enfermería del Adulto 1: 5 expertos y 91 NIC consensuadas
- Enfermería del Adulto 2: 6 expertos y 114 NIC consensuadas
- Intervenciones transversales: 6 expertos y 12 NIC consensuadas
- Gerontología: 10 expertos y 48 NIC consensuadas
- Maternoinfantil: 4 expertos y 71 NIC consensuadas
- Salud Pública y Comunitaria: 7 expertos y 54 NIC consensuadas
- Salud Mental: 5 expertos y 38 NIC consensuadas

### ***FASE 2: PROFESORES TEÓRICOS***

- Enfermería Fundamental: 18 expertos y 18 NIC consensuadas
- Enfermería del Adulto 1: 13 expertos y 30 NIC consensuadas
- Enfermería del Adulto 2: 11 expertos y 37 NIC consensuadas
- Intervenciones transversales: 37 expertos y 23 NIC consensuadas
- Gerontología: 18 expertos y 22 NIC consensuadas
- Maternoinfantil: 14 expertos y 31 NIC consensuadas
- Salud Pública y Comunitaria: 18 expertos y 27 NIC consensuadas
- Salud Mental: 12 expertos y 20 NIC consensuadas

### ***FASE 3: PROFESORES SIMULACIÓN***

- Enfermería Fundamental: 28 expertos y 14 NIC consensuadas
- Enfermería del Adulto 1: 33 expertos y 27 NIC consensuadas
- Enfermería del Adulto 2: 33 expertos y 34 NIC consensuadas
- Intervenciones transversales: 32 expertos y 21 NIC consensuadas
- Gerontología: 31 expertos y 12 NIC consensuadas
- Maternoinfantil: 31 expertos y 19 NIC consensuadas
- Salud Pública y Comunitaria: 30 expertos y 21 NIC consensuadas

- Salud Mental: 30 expertos y 11 NIC consensuadas

## CONCLUSIONES

El lenguaje NIC permite el consenso entre profesores teóricos y de simulación para desarrollar escenarios integrados transversales (de menor a mayor complejidad) en el currículo de Grado. Ello permitirá disminuir la variabilidad de contenidos, que permitan la adquisición de competencias en habilidades no técnicas, en el marco de las simulaciones clínicas de alta fidelidad del Grado de Enfermería.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Journal of the European Higher Education Area. [Internet]. [Consultado mayo 2017]. Disponible en: <http://www.ehea-journal.eu/>
2. Parker BC, Myrick F. A critical examination of high-fidelity human patient simulation within the context of nursing pedagogy. *Nurse Education Today*. 2009; 29(3):322- 329.
3. Larue C, Pepin J, Allard E. Simulation in preparation or substitution for clinical placement: A systematic review of the literature. *Journal of Nursing education and practice*. 2015; 5 (9): 132-140. DOI: 10.5430/jnep.v5n9p132
4. Hayden JK, Smiley RA, Alexander M, Kardong-Edgren S, Jeffries PR. The NCSBN national simulation study: A longitudinal, randomized, controlled study replacing clinical hours with simulation in prelicensure nursing education. *Journal of Nursing Regulation*. 2014; 5(2): supplement.
5. Benner P. From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice. Menlo Park, CA: Addison-Wesley Publishing Co., Nursing Division; 1984.
6. Rutherford-Hemming T, Lioce L, Durham CF. Implementing the Standards of Best Practice for Simulation. *Nurse Educator*. 2014; 40(2):96-100.
7. Jeffries PR. (Ed.). *Simulation in nursing education: From conceptualization to evaluation* (2nd ed). New York, NY: National League for Nursing; 2012.
8. Jeffries PR. Getting in S.T.E.P with simulations: Simulations take educator preparation. *Nursing Education Perspectives*. 2008; 29(2):70-73.
9. Jeffries PR. A framework for designing, implementing, and evaluating simulations used as teaching strategies in nursing. *Nursing education perspectives*. 2005; 26(2):96-103.
10. Meakim C, Boese T, Decker S, Franklin AE, Gloe D, Lioce L et al. Standards of Best Practice: Simulation Standard I: Terminology. *Clinical Simulation in Nursing*. 2013; 9(6S):S3-S11. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ecns.2013.04.001>
11. Grup Recerca Infermera en Simulació a Catalunya i Andorra (GRISCA). Documento de posicionamiento. La simulación como metodología formativa y evaluativa en el Grado en Enfermería. Barcelona; 2016. ISBN:978-84-617-6533-1. Disponible en: [https://archive.org/details/LaSimulacionComoMetodologiaFormativaYEvaluativaEnElGradoEnEnfermeriaGRISCA\\_201611](https://archive.org/details/LaSimulacionComoMetodologiaFormativaYEvaluativaEnElGradoEnEnfermeriaGRISCA_201611)
12. Boese T, Cato M, Gonzalez L, Jones A, Kennedy K, Reese C, et al. Standards of Best Practice: Simulation Standard V: Facilitator. *Clinical Simulation in Nursing*. 2013; 9(6S):S22-S25. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ecns.2013.04.010>

13. Sando CR, Coggins RM, Meakim C, Franklin AE, Gloe D, Boese T, et al. Standards of Best Practice: Simulation Standard VII: Participant Assessment and Evaluation. Clinical
14. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM. Nursing Intervention Classification (NIC) (6th ed.). St. Louis, MO: Mosby Elsevier; 2013.
15. Leal-Costa C, Díaz-Agea JL, Rojo-Rojo A, Juguera-Rodriguez, JL, López-Arroyo MJ. Practicum y simulación clínica en el Grado de Enfermería, una experiencia de innovación docente - REDU – Revista de Docencia Universitaria.2014; (12): 421-451.
16. -uguera-Rodriguez L, Díaz-Agea JL, Pérez-Lapuente ML, Leal-Costa C, Rojo-Rojo A, Echevarría- Pérez P. La simulación clínica como herramienta pedagógica. Percepción de los alumnos de Grado en Enfermería de la UCAM (Universidad Católica San Antonio de Murcia) - ENFERMERÍA GLOBAL. 2014; (33): 175-190.
17. Díaz- Agea JL, Leal-Costa C. Aprendizagem baseada em problemas com cenários simulados. um modelo pedagógico auto-dirigido em enfermagem - Rev Enferm UFSM. 2014; (4): 652-659.
18. Leal Costa C, Juguera Rodriguez L, Pardo Ríos M, Díaz Agea JL . Evaluación del curso de instructores en simulación clínica de la Universidad Católica de Murcia (UCAM). Revista Enfermería Docente. 2015; (1): 8-14.
19. Díaz Agea JL, Leal Costa C, García Méndez JA . Metodología de autoaprendizaje en entornos simulados (MAES©) - EVIDENTIA. REVISTA INTERNACIONAL DE ENFERMERÍA BASADA EN LA EVIDENCIA. 2014; (45): 1-9.
20. Sánchez Expósito J, Leal Costa C, Díaz Agea JL, Carrillo Izquierdo MD, Jiménez Rodríguez D. Ensuring relational competency in critical care: Importance of nursing students' communication skills - Intensive and Critical Care Nursing. 2018; ( 44): 85-91.
21. Díaz Agea JL, Jiménez Rodríguez D, García Méndez JA, Hernández Sánchez E, Sáez Jiménez A, Leal Costa C. Patient-oriented debriefing: Impact of real patients' participation during debriefing - Clinical Simulation in Nursing. 2017; (13): 405-413.
22. Díaz Agea JL, Leal Costa C, García Méndez JA, Hernández Sánchez E, Adánez Martínez MG, Sáez Jiménez A. Self-learning Methodology in Simulated Environments (MAES©) . Elements and characteristics. - Clinical Simulation in Nursing. 2016; (12): 268-274
23. Rifà R, Olivé C, Lamoglia M. (cord.) Lenguaje NIC para el aprendizaje teórico-práctico en enfermería. Barcelona: Elsevier; 2012.



# *Historia Clínica Electrónica como impulsora de la implantación del Proceso Enfermero en hospital monográfico pediátrico*

## **Autor/es**

Julio A. Mateos-Arroyo, Rosa Gómez de Merodio-Sarri, Margarita Escribano-Escribano, Ana Polo-Parada, Yolanda Sánchez-Cortés, Ignacio Garbisu-Urdániz

## **Palabras clave**

Procesos de enfermería, Enfermería pediátrica, Informática aplicada a la enfermería

## **Introducción**

El Proceso Enfermero puede describirse como la condición necesaria con la que las enfermeras organizan los cuidados ya sea a las personas de manera individual o grupal. Dicho proceso consta de 5 fases: Valoración, Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación. Las actividades que en ellas se realizan tienen que fundamentalmente ser ordenadas, organizadas y planificadas.

Durante las primeras etapas de la vida se hace difícil imaginar unos cuidados que tengan como receptor el niño y otros totalmente diferentes que tengan como destinatarios a la familia de éste. La planificación del cuidado tiene que contar necesariamente con la participación del grupo familiar de manera inseparable. Es lógico adaptar pues el Proceso Enfermero a las particularidades de la población pediátrica.

El Proceso Enfermero está dotado a su vez de un lenguaje específico, que mediante taxonomías ampliamente establecidas, consiguen que las enfermeras puedan ejercer un desarrollo elevado de sus competencias propias. La entrada en vigor del Real Decreto

1093/2010 sobre el Conjunto Mínimo Básico de Datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud dio relevancia estatal al hecho de que los en los Informes de Cuidados de Enfermería tuvieran necesariamente que usar este lenguaje propio mediante Diagnósticos Enfermeros (NANDA-I), Resultados de Enfermería (NOC) e Intervenciones de Enfermería (NIC)

Durante todo el proceso de cuidados las variables e información generada adoptan unas magnitudes considerables. Los Sistemas de información reducen y simplifican considerablemente la tarea de procesamiento, almacenamiento y posterior búsqueda. La herramienta HCIS (DXC Technology) como solución integral de Historia Clínica Electrónica (HCE) incluye dentro de sus funcionalidades un módulo específico para enfermería.

## **Objetivos**

Principal: Describir la implantación del proceso enfermero mediante los modelos y taxonomías más habituales durante el transcurso concurrente del establecimiento de la HCE en el Hospital Infantil Universitario Niño Jesús.

Secundario: Analizar si existieron posibles mejoras en el grado de cumplimentación de los registros específicos de enfermería, como son la Valoración, Planes de Cuidados e Informes de Cuidados de Enfermería al alta tras la implantación del Proceso Enfermero y la HCE.

## **Material y Método**

Diseño: Se utilizaron dos grandes ejes para el diseño y constitución de la metodología enfermera y su posterior introducción en la HCE: un Grupo de Desarrollo y diversos Grupos de Implantación por las diferentes áreas asistenciales. El Grupo de Desarrollo formado por 7 enfermeras llevó a cabo la dirección ejecutiva del proyecto y fueron éstos quienes durante el año 2016 desarrollaron la formación metodológica a los Grupos de Implantación que constaban a su vez de 34 enfermeras especialistas pediátricas y 6 enfermeras internas residentes pediátricas pertenecientes a diversos ámbitos asistenciales del Hospital Infantil Universitario Niño Jesús (Salud Mental, Oncohematología, Cuidados Intensivos Pediátricos-REA, Bloque Quirúrgico, Pediatría-Especialidades Médicas, Consultas Externas y Urgencias). Los Grupos de Implantación describieron y agruparon las actividades realizadas en sus puestos para posteriormente identificar Intervenciones NIC. El Grupo de Desarrollo mediante un razonamiento inductivo puso de manifiesto aquellos problemas a modo de Diagnósticos que podían dar explicación a todos los cuidados e intervenciones catalogados previamente. Posteriormente por cada Diagnóstico de Enfermería se estableció la norma inicial de solo seleccionar los dos resultados NOC principales que pudieran responder a la mayor casuística de resolución de los problemas en nuestro centro. Por último y de manera conjunta se establecieron los Planes de Cuidados Estandarizados mediante reuniones entre el Grupo de Desarrollo y los diferentes Grupos de Implantación. Una vez delimitada la base de conocimiento de la HCE, en Abril de 2017 se capacitó a todos los profesionales de Enfermería del Hospital en el módulo de Plan de Cuidados conjuntamente con la adaptación al modelo valorativo de Patrones Funcionales de Gordon, ya que se entendió por parte del Grupo de Desarrollo que los patrones de Gordon tienen un mayor paralelismo con los Dominios NANDA y esto facilitaría el flujo de trabajo dentro del Proceso Enfermero. Los miembros de los Grupos de Implantación realizaron la canalización de las cuestiones metodológicas en sus respectivas unidades.

El ámbito cronológico del estudio de los registros se desarrolló de forma ambispectiva tomando los 7 meses anteriores y los 7 posteriores al mes de Junio del 2017, momento en que se implantó la Historia Clínica Electrónica.

Análisis Estadístico: El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS para Windows versión 15.0 (SPSS INC, Chicago, Estados Unidos). Para el análisis de las variables se utilizó estadística descriptiva: Las variables cuantitativas son expuestas mediante la media, desviación estándar, mínimos y máximos. Para evaluar el grado de asociación o independencia entre variables previas y posteriores a la implantación se utilizaron la prueba t de Student para muestras independientes en variables con distribución normal y la prueba no paramétrica de U de Mann-Whitney para las que no seguían normalidad. Se aceptó el 5% ( $p < 0,05$ ) como el nivel de significación estadística relevante. Los datos y resultados han sido tratados de forma confidencial

de acuerdo con la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal.

## Resultados

Se creó por parte de los grupos de trabajo un inventario ajustado a población pediátrica de los diagnósticos (80.8%), resultados (36.3%) e intervenciones (46.9%) del total de las taxonomías NANDA, NOC y NIC respectivamente. Se instauraron un total de 43 Planes de Cuidados Estandarizados, estructurados en diferentes ámbitos (tabla 1). La formación a todos los profesionales de Enfermería en el módulo de Plan de Cuidados fue finalmente dirigida a un total de 621 personas. En Junio de 2017 se implantó la HCE, pero es a partir del mes de Julio cuando se comienzan a poder explotar datos acerca de los registros enfermeros postimplantación. Los registros evaluados para poder inferir el impacto de la implantación del Proceso Enfermero, así como de la HCE fueron la Valoración de Enfermería en el Ingreso, la existencia de un Plan de Cuidados (estandarizado o individualizado) y la constancia de un Informe finalizado de Cuidados Enfermeros al alta. Los estadísticos descriptivos son mostrados en la tabla 2 así como el nivel de significación estadística en la asociación. Los porcentajes medios obtenidos (Pre/Post) fueron para la Valoración Enfermera al ingreso (94.9 / 89.7 %), Planes de Cuidados (0 / 57 %) e Informe de Cuidados Enfermeros (43.4 / 58.9 %). Fue significativo el impacto de la implantación en los Planes de Cuidados ( $p < 0,001$ ) y en los Informes de Cuidados de Enfermería ( $p < 0,009$ ) siendo las medias superiores tras la implantación de la HCE. El valor previo a la implantación de los Planes de Cuidados fue nulo, debido a que anteriormente a Junio se registraban los planes sin ningún tipo de organización taxonómica. Cabe destacar las diferencias en el tamaño muestral en alguno de los registros como puede ser en la Valoración de Enfermería (tabla 3) ya que previo a la implantación de la HCE y para dar cumplimiento a los indicadores de diversas certificaciones y acreditaciones (ISO 9001, JAICE, CAT, etc.) se calculaba un muestreo por conveniencia donde se incluían los servicios con dichos sistemas de gestión de la calidad. Tras la implantación todas las muestras representan todo el universo del estudio.

## Conclusiones

El uso de taxonomías permite al profesional de enfermería pediátrica desarrollar el cuidado de la manera más rigurosa y normalizada. Se han mejorado los registros en base al convencimiento de la utilidad de éstos y no por la mera obligación de ser cumplimentados. El uso de Planes de Cuidados ha facilitado el espacio reflexivo sobre los problemas de los pacientes, así como del establecimiento de resultados a evaluar en base a la evidencia disponible. En consecuencia con lo estudiado existen mejoras objetivadas en el Proceso Enfermero en un centro monográfico pediátrico.

**Ámbito del Plan de Cuidados n**

**Bloque quirúrgico 8**

**Oncohematología Pediátrica 5**

**Pediatría y Especialidades 14**

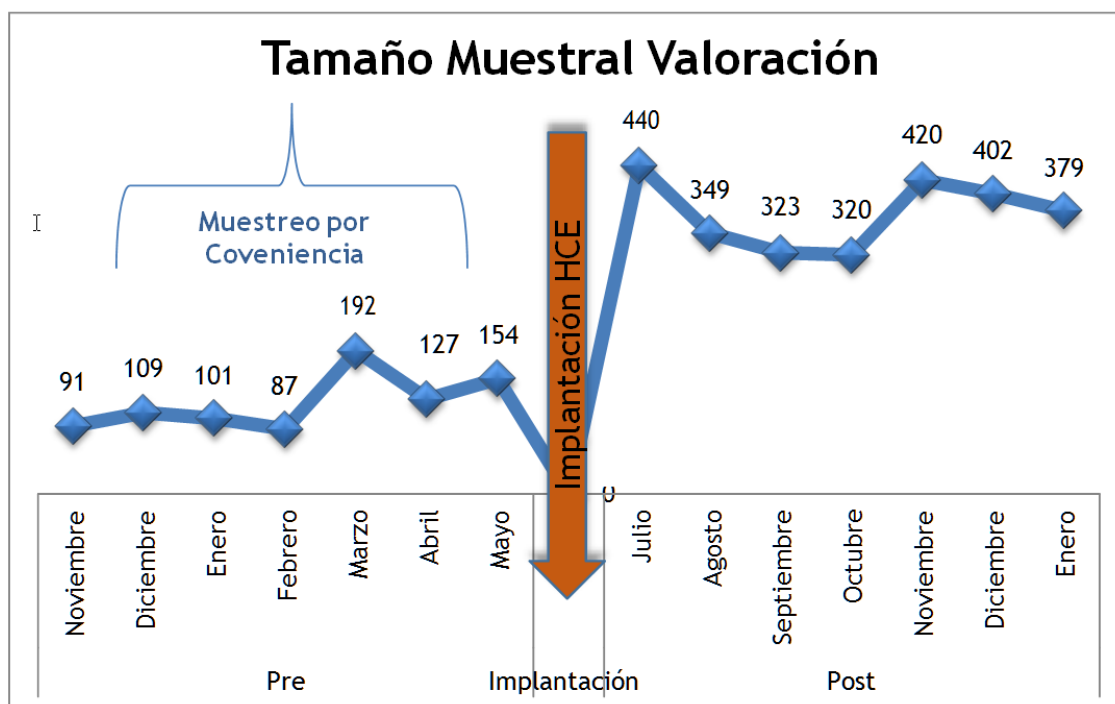
**Salud Mental Infanto-Juvenil 6**

**Cuidados Intensivos Pediátricos 7**

**Cuidados Paliativos Pediátricos 3**

**Tabla 2- Estadísticos descriptivos y significación para registros previos y posteriores a la implantación**

	Estado de Implantación	Estadístico	Valor	Significación (Valor p)	
	Preimplantación	Media	▲ 94,8971	<b>p=0,35</b>	
		Desviación estándar	6,31164		
		Mínimo	82,47		
		Máximo	100,00		
	Postimplantación	Media	▼ 89,6557		
		Desviación estándar	13,03385		
		Mínimo	61,36		
		Máximo	98,10		
	Preimplantación	Media	-		<b>p&lt;0,001</b>
		Desviación estándar	-		
		Mínimo	-		
		Máximo	-		
Postimplantación	Media	▲ 57,0300			
	Desviación estándar	15,66095			
	Mínimo	22,17			
	Máximo	68,19			
Preimplantación	Media	▼ 43,4586	<b>p&lt;0,009</b>		
	Desviación estándar	6,41788			
	Mínimo	34,52			
	Máximo	53,21			
Postimplantación	Media	▲ 58,9329			
	Desviación estándar	11,52612			
	Mínimo	37,15			
	Máximo	74,89			



## Bibliografía

1. Herdman TH, editor. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación, 2015-2017. Barcelona: Elsevier España; 2014.
2. Moorhead S, Johnson M, Swanson E, editores. Clasificación de resultados de enfermería (NOC): medición de resultados en salud. 5.a ed. Barcelona: Elsevier España; 2013.
3. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CH, editores. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 6.a ed. Barcelona: Elsevier España; 2013.
4. Gordon M. Implementation of nursing diagnoses. An overview. Nurs Clin North Am. 1987;22:875---9.
5. Ramírez Elías A. Proceso de enfermería; lo que sí es y lo que no es. Enferm Univ. 2016;13:71---2.
6. Bernhart-Just A, Hillewerth K, Holzer-Pruss C, Paprotny M, Zimmermann Heinrich H. The electronic use of the NANDA-, NOC- and NIC- classifications and implications for nursing practice. Pflege. 2009;22:443---54.
7. Bong MR, Lee YS, Park KO, Ahn YH, Kwon CY. A clinical-decision support system for the nursing process in the ENR. Stud Health Technol Inform. 2009;146:815--6.
8. Merino-Ruiz M, Sebastián-Viana T, Gómez-Díaz MC, Leo del Castillo Y. Utilidad y dificultades para la realización del informe de enfermería al alta hospitalaria según las enfermeras del Hospital de Fuenlabrada. Enferm Clin. 2008;18:77---83.
9. Román Cereto M, Campos Rico A, Vinas ~ Heras C, Palop R, Zamudio Sánchez A, Domingo García R, et al. Las taxonomías enfermeras NANDA, NOC y NIC en la práctica asistencial hospitalaria. Enferm Clin. 2005;15:163---6.

# *¿A través de qué diagnósticos e intervenciones comunicamos la educación en pacientes agudos hospitalizados?*

## **Autor/es**

Marta Tapia-Pérez, Jordi Adamuz-Tomás, Maribel González-Samartino, Maria-Magdalena López-Jiménez, Hugo Rodríguez Fernández, María-Eulalia Juvé-Udina.

## **Palabras clave**

Planificación de cuidados; Alta hospitalaria; Diagnósticos Enfermeros; Intervenciones enfermeras; Terminología

## **Introducción**

La efectividad de la planificación de los cuidados al alta hospitalaria aún carece de evidencia científica. Los lenguajes enfermeros ayudan a mejorar el registro y evaluar la efectividad de las intervenciones educativas realizadas durante la hospitalización.

## **Objetivos**

Describir los principales diagnósticos e intervenciones enfermeras educativas registradas durante el período de hospitalización.

## **Material y métodos**

Estudio observacional retrospectivo realizado en un hospital de tercer nivel. Se incluyeron pacientes adultos ingresados en unidades de hospitalización durante 2016. Las variables principales del estudio fueron: diagnósticos enfermeros reales y de riesgo relacionados con problemas de adaptación y afrontamiento al nuevo estado de salud e intervenciones de educación sanitaria (ES), registradas en la historia clínica con terminología ATIC. Se recogieron otras variables demográficas y clínico-evolutivas. Los datos fueron analizados con estrategia descriptiva.

## **Resultados**

Se incluyeron 21.602 pacientes ingresados en unidades de hospitalización durante 2016. El 59,3% fueron hombres y la mediana de edad fue 67 años (rango intercuartil [RIQ]=54-77). El 51,5% de los pacientes ingresaron por motivos médicos y el 3,6% tuvieron estancia en unidad de cuidados intensivos. La mediana de días de ingreso fue de 5 (RIQ=2-11). El 97,5% (21.054) de los pacientes tuvieron planificados cuidados relacionados con ES, documentando un total 37 diagnósticos enfermeros relacionados con intervenciones educativas. El 94,3% tuvieron registrados diagnósticos enfermeros, los principales: Ansiedad fisiológica(52,6%), Riesgo de manejo inefectivo del régimen terapéutico(34,8%), Temor(31,2%) y Riesgo de deterioro de adaptación al nuevo estado de salud(27,9%). Se documentaron 15 intervenciones de ES relacionadas con los diagnósticos enfermeros identificados, registradas en el 97,1% de los pacientes, las principales: ES Prevención de complicaciones(89,1%), Cuidador implicación(86,6%), ES medicación(79,25%) y ES dieta(43%).

## Conclusiones

Se identifican más de 30 diagnósticos enfermeros relacionados con intervenciones educativas durante la hospitalización. La proximidad de la terminología ATIC y su elevado nivel de especificidad, facilita la selección del diagnóstico más adecuado según la situación de salud del paciente.

## Bibliografía

1. Mabire C, Dwyer A, Garnier A, Pellet J. Meta-analysis of effectiveness of nursing discharge planning interventions for older inpatients discharged home. *Journal of Advanced Nursing*. 2017; 1-12.
2. Juvé-Udina ME. Discriminant capability of the main nursing diagnosis using the ATIC terminology: preliminary weighting. *ENE, Revista de Enfermería*. 2017; 11(3):1-12.

## *Diagnósticos de adaptación y afrontamiento al nuevo estado de salud relacionados con reingreso hospitalario*

### **Autor/es**

Maria-Magdalena López-Jiménez, Jordi Adamuz-Tomás, Maribel González-Samartino, Marta Tapia-Perez, Maria-Soledad Ruiz-Gutiérrez, María-Eulalia Juvé-Udina.

### **Palabras clave**

diagnósticos enfermeros; terminología; planificación de cuidados; alta hospitalaria; reingreso hospitalario.

### **Introducción**

La elección de los diagnósticos enfermeros al alta hospitalaria según el problema o situación de la persona (familia, grupo o comunidad) por su factor etiológico o potencial para producir complicaciones podría emplearse como factor de riesgo de acontecimientos adversos (1).

### **Objetivos**

Identificar los principales diagnósticos de adaptación/afrontamiento al nuevo estado de salud asociados a reingreso hospitalario.

### **Material y métodos**

Se realizó un análisis observacional de una cohorte retrospectiva de pacientes adultos hospitalizados en un hospital de tercer nivel, de enero a diciembre de 2016. Fueron incluidos aquellos pacientes adultos ingresados en unidades de hospitalización de alta complejidad o de cuidados intermedios con registro de la valoración enfermera cumplimentada. Se excluyeron los pacientes que fallecieron durante el ingreso. Las variables principales de estudio fueron: Reingreso  $\leq 30$  días y diagnósticos de adaptación/afrontamiento al nuevo estado de salud, registrados en la Historia Clínica Electrónica con terminología ATIC. También se recogieron otras variables demográficas y clínico-evolutivas. Los datos se analizaron mediante el programa informático SPSS versión 18.0 mediante un análisis descriptivo e inferencial.

### **Resultados**

De 16.482 pacientes evaluados, 653 (6,7%) reingresaron durante los 30 días posteriores al alta hospitalaria. En los pacientes que reingresaron se registraron con mayor frecuencia durante el ingreso previo los diagnósticos: Riesgo de deterioro de adaptación al nuevo estado de salud, Riesgo de afrontamiento familiar ineficaz y Riesgo de claudicación familiar (P-valor  $< 0,05$ ). En cambio, los pacientes que no precisaron reingreso tuvieron mayor registro del diagnóstico Riesgo de manejo inefectivo del régimen terapéutico (P-valor  $< 0,05$ ).

### **Conclusiones**

El elevado nivel de especificidad de los diagnósticos enfermeros con terminología ATIC facilita la selección del diagnóstico de adaptación/afrontamiento al nuevo estado de salud más adecuado



según la situación de salud del paciente. Los diagnósticos de adaptación/afrontamiento al nuevo estado de salud, registrados al alta, podrían emplearse como indicador de riesgo de rehospitalización.

### **Bibliografía**

1. Juvé-Udina ME. Discriminant capability of the main nursing diagnosis using the ATIC terminology: preliminary weighting. ENE, Revista de Enfermería. 2017; 11(3):1-12.

# *Evaluación del registro de los diagnósticos enfermeros al alta hospitalaria*

## **Autor/es**

Maribel González-Samartino, Jordi Adamuz-Tomás , Marta Tapia-Pérez, Maria-Magdalena López-Jiménez, Sonia Regadera Martin , María-Eulalia Juvé-Udina.

## **Palabras clave**

planificación de cuidados; alta hospitalaria; diagnósticos enfermeros; intervenciones enfermeras; terminología.

## **Introducción**

Los cuidados durante la hospitalización, planificación del alta y seguimiento post-hospitalización son factores esenciales para garantizar una transición eficaz. Los lenguajes enfermeros ayudan a mejorar la calidad del registro y evaluar la efectividad de las intervenciones enfermeras.

## **Objetivos**

Analizar la relación entre diagnósticos e intervenciones registradas durante la hospitalización y el tipo de alta hospitalaria.

## **Material y métodos**

Estudio observacional retrospectivo realizado en un hospital de tercer nivel. Se incluyeron los pacientes adultos ingresados en unidades de hospitalización durante 2016. Variables principales: diagnósticos enfermeros relacionados con problemas de adaptación y afrontamiento al nuevo estado de salud, registrados en la historia clínica electrónica con terminología ATIC y destino de alta hospitalaria. Los datos fueron analizados con estrategia descriptiva e inferencial.

## **Resultados**

Se incluyeron 21.602 pacientes ingresados en unidades de hospitalización durante 2016. El 88,1% fueron dados de alta a domicilio, el 9,8% derivados a otro centro, y el 2,1% fallecieron durante la hospitalización. Se documentaron 37 diagnósticos relacionados con problemas de adaptación y afrontamiento al nuevo estado de salud. En los pacientes que fueron dados de alta a domicilio se registraron con mayor frecuencia: Baja autoestima situacional crónica, Temor y Ansiedad familiar (pValor<0,001). En los pacientes derivados a otro centro se registraron con mayor frecuencia: Riesgo de deterioro de adaptación al nuevo estado de salud, Riesgo de afrontamiento familiar inefectivo, Riesgo de síndrome ansioso-depresivo, Alteración del patrón del sueño e Impotencia familiar, (pValor<0,05). En pacientes fallecidos se registraron más diagnósticos relacionados con problemas de afrontamiento familiar (Impotencia familiar) y de adaptación (Riesgo de afrontamiento defensivo y Duelo familiar)(pValor<0,05).

## Conclusiones

Los diagnósticos ATIC relacionados con el componente adaptativo son más prevalentes en pacientes altados a domicilio, mientras que los diagnósticos relacionados con el afrontamiento al nuevo estado de salud y el entorno familiar se registraron con mayor frecuencia en pacientes derivados a otro centro sanitario.

## Bibliografía

1. Feigenbaum P, Neuwirth E, Trowbridge L, et al. Factors contributing to all-cause 30-day readmissions: a structured case series across 18 hospitals. *Medical Care*. 2012; 50(7): 599-605.
2. Juvé-Udina ME. Discriminant capability of the main nursing diagnosis using the ATIC terminology: preliminary weighting. *ENE, Revista de Enfermería*. 2017; 11(3):1-12.

# *La Ansiedad ante la Muerte como diagnóstico de Enfermería. Una revisión de la literatura*

## **Autor/es**

Javier Montes-Hidalgo, Yessica Marqueño-Prada, Joaquín Tomás-Sábado.

## **Palabras clave**

Ansiedad ante la Muerte. Diagnóstico de Enfermería. Revisión de la Literatura

## **Introducción**

En la taxonomía 2001-2002, NANDA incluyó la etiqueta diagnóstica ansiedad ante la muerte, definida como aprensión, preocupación o miedo relacionado con la muerte o con la agonía. Posteriormente, en la edición de 2007 del Libro de Diagnósticos de Enfermería, se incluye una revisión del diagnóstico con sus características definitorias y factores relacionados.

## **Objetivos**

Estudiar la aplicación del diagnóstico de enfermería “Ansiedad ante la Muerte” mediante una revisión de la literatura internacional sobre el tema

## **Material y métodos**

Se realizó la búsqueda en las bases de datos Pub Med y CINAHL, aplicando los términos de búsqueda “Nursing, Diagnosis, Death, Anxiety”. No se estableció ninguna restricción temporal ni de idioma.

## **Resultados**

Se obtuvieron un total de 168 registros de artículos potencialmente relevantes, de los cuales, en un primer examen, se eliminaron 28 por estar duplicados, quedando un total de 140 trabajos. Tras el análisis sucesivo de título, abstract y texto completo, la selección final quedó reducida a cinco artículos que se referían específicamente al diagnóstico de enfermería de Ansiedad ante la Muerte, y trataban sobre la validación del diagnóstico (España), las intervenciones de soporte emocional (República Checa), la influencia subjetiva de la enfermera en la formulación del diagnóstico (Estados Unidos), y las dificultades para identificar e incluir diagnósticos relacionados con la muerte y con factores psicosociales (Japón).

## **Conclusiones**

Aunque el concepto de ansiedad ante la muerte es relativamente frecuente en la literatura científica, es difícil encontrar trabajos que lo utilicen en el ámbito de los planes de cuidados de enfermería. De hecho, en las dos bases de datos más frecuentemente usadas en la investigación de enfermería, únicamente se identifican cinco trabajos publicados que se refieran a este diagnóstico de enfermería, poniendo en evidencia las dificultades que existen para que las enfermeras incluyan en sus planes de cuidados aquellos diagnósticos de enfermería relacionados con el fin de vida.

## Bibliografía

1. Shimomai K, Furukawa H, Kuroda Y, Fukuda K, Masuda M, Koizumi J. The Difficulty of Selecting the NANDA-I Nursing Diagnosis (2015-2017) of "Death Anxiety" in Japan. *Int J Nurs Knowl*. 2018 Jan;29(1):4-10. doi: 10.1111/2047-3095.12154
2. Tomás-Sábado J, Fernández-Narváez P, Fernández-Donaire L, Aradilla-Herrero A..Revisión de la etiqueta diagnóstica ansiedad ante la muerte. *Enferm Clin*. 2007;17(3):152-6.
3. Ogasawara C, Hasegawa T, Kume Y, Takahashi I, Katayama Y, Furuhashi Y, Andoh M, Yamamoto Y, Okazaki S, Tanabe M. Nursing diagnoses and interventions of Japanese patients with end-stage breast cancer admitted for different care purposes. *Int J Nurs Terminol Classif*. 2005;16(3-4):54-64

## *Propuesta de NIC para el nuevo diagnóstico: Riesgo de Mutilación Genital Femenina: Desmitificación*

### **Autor/es**

Ismael Jiménez-Ruiz, María del Mar Pastor-Bravo, Ana Myriam Seva-Llor y Pilar Almansa-Martínez

### **Fundamentación de la inclusión**

La violencia contra las mujeres, en sus diferentes manifestaciones, es un problema de salud universal fundamentado principalmente en la construcción sociocultural y simbólica del género a través del modelo patriarcal (Jiménez-Ruiz, 2017). Dentro de este contexto de discriminación sistemática nacen las prácticas nocivas basadas en la tradición, cultura, religión o superstición. Este tipo de prácticas afectan principalmente a las mujeres y las niñas, dañando su salud y normalizando la violencia como una herramienta básica para el mantenimiento de los roles estereotipados atribuidos a la identidad que cada cultura genera en torno al género.

En este grupo de prácticas que vulneran los derechos humanos de mujeres y niñas, destacan las Mutilaciones Genitales Femeninas (MGFs), definidas por la Organización Mundial para la Salud (World Health Organization, 2017), como todos aquellos procedimientos consistentes en la lesión de los órganos genitales femeninos sin ninguna motivación terapéutica. A pesar de que pueda parecer que se trata de una práctica exótica, afecta a entre 200 y 250 millones de mujeres y niñas de más de 40 países de los cinco continentes (United Nations Women, 2017; UNICEF, 2016). Y aunque principalmente se extiende por treinta países de África, Oriente Medio e Indonesia (UNICEF, 2016), los flujos migratorios junto con el asentamiento producido en los países occidentales y el alto índice de natalidad, han facilitado el acercamiento de esta tradición a los países receptores de población migrante. En cuanto a las consecuencias para la salud asociadas a la MGF, esta práctica aumenta el riesgo de morbilidad pudiendo provocar complicaciones a corto y largo plazo, en las esferas física, psicosocial, obstétrica, sexual y social (Jiménez Ruiz, 2015). A pesar de la amplia gama de complicaciones y patologías asociadas a las MGF, existen diversas argumentaciones utilizadas para el mantenimiento de las MGF. Entre ellas, las justificaciones socio-culturales, higiénico-estéticas, religioso-espirituales, los argumentos relacionados con el control de la sexualidad de las mujeres y los relativos a la salud de las mujeres, son las más empleadas. Cabe destacar que dichas justificaciones responden a argumentaciones que nacen de premisas falsas o hechos no probados (Jiménez Ruiz, 2015).

En el contexto internacional se están desarrollando iniciativas, protocolos de actuación e intervenciones y herramientas para el abordaje socio-sanitario de éste tipo de las MGFs. Pero el hecho de que sean prácticas tradicionales ampliamente enraizadas en las culturas donde se realiza, genera una gran dificultad para visibilizar, identificar y trabajar con las mujeres en riesgo o afectadas por MGF. Es por ello que se requiere de mecanismos y herramientas que permitan tanto determinar el riesgo como trabajar con las creencias comunitarias y familiares. En este sentido, la aceptación del diagnóstico "Riesgo de Mutilación Genital Femenina", en la próxima edición de NANDA-International 2018-2020 (NANDA-Internacional, 2017; Almansa-Martínez,

Jiménez-Ruiz 2017), y la propuesta de “Síndrome Post-Mutilación Genital Femenina” (Jiménez-Ruiz, Almansa-Martínez, Carpenito, 2017), evidencian la confirmación de que Enfermería es una pieza clave en la detección precoz de casos de riesgo y consumados (Jiménez-Ruiz, 2017). Pero estas propuestas estarían incompletas sin la creación de intervenciones y actividades propias de enfermería para abordar esta problemática.

Por ello y porque en la actual taxonomía NIC no existen intervenciones específicas para el abordaje de estos problemas, planteamos la “Desmitificación” como una intervención de enfermería centrada tanto para el diagnóstico “Riesgo de Mutilación Genital Femenina” como en futuros diagnósticos que puedan surgir asociados al abordaje de las distintas prácticas nocivas para la salud de las mujeres.

## **Objetivo**

Desarrollar una propuesta de intervención enfermera para el abordaje preventivo de las prácticas nocivas para la salud de las mujeres

## **Desarrollo conceptual**

Tras el desarrollo teórico de la propuesta de intervención, se creó una Comisión de tres expertas en MGF y tres profesoras de fundamentos metodológicos integrada por investigadoras del Grupo de Investigación en Enfermería, Mujer y Cuidados de la Universidad de Murcia. Esta comisión sometió a examen la estructura y el contenido de la propuesta a través de un check-list creado a partir de los elementos solicitados por la taxonomía NIC para la realización de nuevas propuestas. Tras la evaluación de la propuesta se realizaron una serie de modificaciones hasta la composición final de la intervención denominada “Desmitificación”. En el anexo 1 se puede ver el listado de verificación utilizado para validar todos los componentes de la NIC.

## **Desarrollo de la propuesta NIC**

Etiqueta: Desmitificación

Definición Promover el abandono de las prácticas nocivas para la salud de las mujeres basadas en la tradición, religión y/o superstición a través de la contrastación de creencias falsas o no probadas con respecto a la idoneidad de dichas prácticas.

Campo: 4 Seguridad

Clase: V Control de riesgos

Actividades:

- Para esta intervención se presentan 16 acciones específicas para llevar a cabo la desmitificación:
- Determinar posicionamiento familiar y/o personal a favor o en contra de la práctica.
- Determinar el riesgo (p. ej., Riesgo de mutilación genital femenina, matrimonios forzados...)

- Determinar factores de riesgo inminente, si procede (p. ej., en riesgo de mutilación genital femenina: Viaje al país de origen, familiar con mutilación genital femenina o verbalización de posicionamiento a favor de la práctica)
- Crear genograma familiar para determinar la presencia de otras mujeres y niñas en riesgo del entorno.
- Activar el equipo multidisciplinar ante la presencia de indicadores de riesgo inminente, según protocolos.
- Obtener información sobre las justificaciones utilizadas para el mantenimiento de la práctica, además de sus valores, creencias y estilos de vida.
- Implicar a la familia en el proceso de desmitificación.
- Proporcionar un ambiente respetuoso y de confianza (p. ej., Actuar sin alarmismos y sin culpabilizar ni juzgar a las familias, empatizando y propiciando un acercamiento cultural, evitar situaciones de vergüenza, rechazo y humillación; utilizando sus propios términos para referirnos a la práctica en cuestión).
- Facilitar la comunicación intercultural (uso de mediadores/as interculturales, uso de un traductor, materiales/medios bilingües por escrito, comunicación no verbal precisa; evitar los estereotipos).
- Contrastar las justificaciones utilizadas para mantener las prácticas culturales a través de hechos contrastados y evidencias científicas.
- Explicar las consecuencias físicas, psicológicas y sociales de las prácticas tradicionales y su repercusión perjudicial sobre la salud integral de las mujeres y las niñas.
- Dar a conocer la legislación vigente tanto en el país receptor como en el país de origen con respecto a la práctica tradicional.
- Establecer un programa de seguimiento, con visitas regulares para valorar los cambios de actitud con respecto a la práctica tradicional.
- Promover la firma de compromiso preventivo con el que se comprometen a no someter a su hija a la práctica en cuestión.
- Proporcionar información sobre los recursos de la comunidad y los programas disponibles.
- Sensibilizar y concienciar a la opinión pública sobre la existencia de prácticas nocivas que atentan contra los derechos de las mujeres.

## Bibliografía

1. Almansa-Martínez, Pilar, Jiménez-Ruiz, Ismael. (2017). Riesgo de Mutilación Genital Femenina: propuesta de diagnóstico de Enfermería. *Index de Enfermería*, 26(4), 288-291. Recuperado en 24 de abril de 2018, de



- [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962017000300012&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962017000300012&lng=es&tlng=es).
2. CEPAIM. (2014). Mujeres Plenas. Notas sobre Mutilación Genital Femenina. Disponible en: CEPAIM Foundation: <http://cepaim.org/wp-content/uploads/2014/06/GUia-MGF-Definitiva-1.pdf>
  3. Jiménez-Ruiz, I. (2015). Enfermería y Cultura: las fronteras del androcentrismo en la Ablación/Mutilación Genital Femenina. Digitum. Biblioteca Universitaria. Disponible en: <https://digitum.um.es/jspui/handle/10201/45704>
  4. Jiménez-Ruiz Ismael (2017). NANDA-I en la lucha contra las mutilaciones genitales femeninas: "Riesgo de Mutilación Genital Femenina". Metas de Enfermería. 20(4),3. Disponible en: <http://www.enfermeria21.com/revistas/metlas/articulo/81065/>
  5. Jiménez-Ruiz Ismael, Almansa-Martínez, Pilar, Carpenito Lynda Juall (2017). Propuesta de diagnóstico de Síndrome Post Mutilación Genital Femenina. Enfermería Global. 16(1): 51-59. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/263331/201141>
  6. Jiménez-Ruiz Ismael, Almansa-Martínez, Pilar, Pastor-Bravo, María del Mar (2016). Key points for abolishing female genital mutilation from the perspective of the men involved. Midwifery. 34: 30-5.
  7. Jiménez-Ruiz, Ismael; Almansa-Martínez, Pilar; Alcón-Belchi, Carolina. (2017). Dismantling the Man-Made Myths Upholding Female Genital Mutilation. Health Care for Women International. 38(5): 478-491. DOI: <https://doi.org/10.1080/07399332.2017.1289211>
  8. NANDA International (2017). Nanda Nursing Diagnoses: Definitions and Classification 2018-2020. New York: Thieme.
  9. Pastor Bravo, María del Mar; Almansa Martínez, Pilar; Jiménez-Ruiz, Ismael; Pastor Rodríguez, Jesús David (2015). Estrategias para el abordaje y prevención de la mutilación genital femenina desde la Enfermería: una revisión videográfica. Index de Enfermería 24(3):159-163. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962015002200009&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962015002200009&lng=es) (acceso: 28/08/2016).
  10. UNICEF. (2016). Female Genital Mutilation/Cutting: A global Concern. UNICEF's data work on FGM/C. Obtenido de UNICEF: [https://www.unicef.org/media/files/FGMC\\_2016\\_brochure\\_final\\_UNICEF\\_SPREAD.pdf](https://www.unicef.org/media/files/FGMC_2016_brochure_final_UNICEF_SPREAD.pdf)
  11. UNAF. (2016). Guía para Profesionales. La mutilación genital femenina en España. Prevención e Intervención. Madrid: Unión Nacional de Asociaciones Familiares. Available at UNAF- Unión Nacional de Asociaciones Familiares. Disponible en: <https://unaf.org/wp-content/uploads/2017/02/AF-2016-10-09-DIGITAL-GUIA-MGF.pdf>
  12. United Nations Women. (2017). Message by UN Secretary-General António Guterres on the International Day for the Elimination of Violence against Women. Obtenido de United Nations Women: <http://www.unwomen.org/en/news/stories/2017/11/statement-sg-guterres-25-november>
  13. World Health Organization. (Febrero de 2017). Female genital mutilation. Fact sheet. Obtenido de World Health Organization. Media Center: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/en/>

Anexo I. Validación de propuesta de Intervención NIC

Ítem de valoración	Escala Likert para la valoración del Ítem					Observaciones
	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	
Etiqueta de la NIC es concisa (entre 3 y 5 palabras o menos).						
La etiqueta se expresa con sustantivos y evita la utilización de verbos.						
Le etiqueta es coherente para el abordaje de las prácticas nocivas para la salud de las mujeres						
Definición de la NIC define claramente el concepto						
Dispone de una lista de al menos 10 actividades ordenadas según el orden lógico de ejecución						
La redacción de las actividades es adecuada (comienzo por verbo).						
Las actividades son coherentes con la etiqueta y la definición						
Las actividades son coherentes entre sí						
Dispone de referencias bibliográficas con impacto						

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, con DNI \_\_\_\_\_, hago constar que he revisado con fines de validación de la propuesta NIC denominada "Desmitificación".

Firma:

# *Evaluación del Diagnóstico “Sufrimiento Espiritual” mediante análisis comparativo de contenido con Escalas de Espiritualidad*

## **Autor/es**

Daniel Muñoz-Jiménez, Ismael Ortuño-Soriano, Paloma Echevarría Pérez

## **INTRODUCCIÓN**

North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) incluyó “Angustia espiritual” como diagnóstico enfermero (DxE) en el año 1978. En la actualidad, se etiqueta como "Sufrimiento espiritual" y se define como: “Estado de sufrimiento relacionado con el deterioro de la habilidad para experimentar el sentido de la vida a través de conexiones con el yo, los otros, el mundo o un ser superior”. Cuenta con 33 características definitorias (CD) y 20 factores relacionados (Herdman & Kamitsuru, 2014).

Las primeras revisiones conceptuales mostraron la gran complejidad del constructo por su carácter holístico, multicultural y fenomenológico asociado a fases complejas como el final de la vida. El diagnóstico “Sufrimiento Espiritual”, así como el resto de diagnósticos asociados a la espiritualidad y religiosidad tienen un escaso poder discriminatorio que dificulta su uso a los profesionales (Kohler, 1999). Posteriormente, la literatura recoge revisiones integradoras en las que se llevó cabo la descripción de la etiqueta diagnóstica y sus características específicas (Chaves E. C., Carvalho, Goyatá, & Galvão, 2008), asimismo se cuenta con diversas validaciones de contenido por expertos (Twibell, Wieseke, Marina, & Schoger, 1996; Pehler, 1997; Chaves, Carvalho, & Hass, 2010). Sin embargo, el abordaje metodológico de éstas validaciones obviaba la perspectiva que constituye la esencia misma de la espiritualidad: la experiencia subjetiva desde la perspectiva del paciente.

Existen pocos estudios publicados de validación clínica a este respecto. De Cássia et al. (2010) describieron una prevalencia del diagnóstico del 27%-35% en pacientes con enfermedad renal crónica. Asimismo, demostraron la eficacia de la Escala de Espiritualidad (Pinto & Pais-Ribeiro, 2007) y de la Subescala de Bienestar Existencial de la Escala de Bienestar Espiritual, como herramientas de apoyo a la determinación diagnóstica. Caldeira et al. (2014) realizan una nueva validación del diagnóstico en pacientes de edad avanzada con cáncer que mostró una prevalencia del 42,2%, muy similar a la hallada por el mismo autor en su trabajo de validación en pacientes en tratamiento de quimioterapia (Caldeira et al. 2015) en el que se identificaron características definitorias con frecuencia superior al 80% (expresión de sufrimiento, ansiedad, alienación, llanto, cuestionamiento de la identidad, cuestionamiento del sentido de la vida, temor, pérdida de serenidad, insomnio, fatiga e incapacidad para expresar creatividad). Recientemente, Caldeira et al. (2016) publicaron parte de un trabajo de validación del diagnóstico “Sufrimiento espiritual” sobre 70 pacientes diagnosticadas de cáncer de mama y en tratamiento de quimioterapia. Las herramientas empleadas para la validación fueron un cuestionario de 40 características definitorias obtenidas de revisiones previas (Caldeira, Carvalho, & Vieira, 2013) y de la Taxonomía II de NANDA-I (edición 2009-2011). Asimismo, la herramienta buscó la ponderación de las

características definitorias así como el “autodiagnóstico” por parte del paciente. Como resultado de dicho trabajo se describió una prevalencia del 38,6% y un total de 11 características definitorias, que estaban presentes en más de un 80% de los pacientes en los que se determinaba el diagnóstico, entre las que se recogieron por orden de frecuencia: expresión de sufrimiento, llanto, ansiedad, alienación, preocupación por la familia, cuestionar el sentido de la vida, temor, dudas sobre la identidad, intranquilidad, insomnio e incapacidad de expresar creatividad. Pese a que los estudios citados parten de muestras homogéneas obtenidas mediante técnicas de muestreo que no permiten la generalización de los resultados, anticipan que al menos un tercio de los pacientes diagnosticados de cáncer son propensos a experimentar angustia espiritual, convirtiendo la valoración y abordaje de las necesidades espirituales en una cuestión esencial.

Los estudios sobre el diagnóstico “Sufrimiento espiritual” han demostrado que el concepto comprende aún numerosas cuestiones complejas y subjetivas, que requieren ser objeto de futuras investigaciones. La formulación de diagnósticos de enfermería relacionados con la espiritualidad requiere un esfuerzo por parte de las enfermeras en interpretar respuestas que se caracterizan por un alto grado de abstracción y subjetividad. Es importante que la enfermera esté alerta ante la presencia de signos de sufrimiento espiritual, ya que la presencia de este diagnóstico, puede empeorar los síntomas físicos, emocionales y la disminución de la capacidad para hacer frente a la enfermedad.

La literatura científica recoge una amplia diversidad de escalas validadas para la valoración de la espiritualidad y la religiosidad desde distintas perspectivas conceptuales, escalas que van desde preguntas específicas y de nivel de autopercepción (Williams & Sternthal, 2007) hasta instrumentos multidimensionales (Eun-Kyoung, 2007). Una revisión sistemática publicada por Best et al. (2015) recoge un total de 58 escalas que miden el sufrimiento espiritual en pacientes con cáncer. Pese a que la manera más adecuada de llevar a cabo un abordaje de la experiencia espiritual es desde la respuesta subjetiva, abstracta y personal (Bash, 2004), se considera que el uso de herramientas cuantitativas permite medir de manera más precisa el impacto que las intervenciones tienen sobre la espiritualidad del paciente (McEwen, 2005). La mayor parte de las escalas de espiritualidad se han desarrollado en situaciones de enfermedad o transición vital y se han centrado más en valorar aspectos religiosos que existenciales. Además muchas de ellas han sido diseñadas para la investigación y no están validadas para su uso clínico en nuestro contexto sociocultural.

## **OBJETIVOS**

Analizar y comparar las características definitorias del DxE “Sufrimiento espiritual” con los contenidos de escalas y cuestionarios validados de espiritualidad publicados en la literatura científica.

Secundariamente:

- Relacionar las principales escalas empleadas para la valoración de la espiritualidad y definir sus contenidos.

- Analizar las cualidades asociadas a los contenidos y categorizar dichas cualidades en categorías comparables con las CDs del DxE “Sufrimiento Espiritual”.
- Describir las similitudes y diferencias entre las categorías extraídas de los cuestionarios y las CDs del diagnóstico.
- Identificar y relacionar los ítems más representativos de cada categoría con las CDs para su propuesta como elementos operativos de valoración.

## MATERIAL Y MÉTODO

Análisis comparativo-interpretativo de contenidos de escalas y cuestionarios de espiritualidad vs contenido diagnóstico. Se realizó una búsqueda bibliográfica orientada a la localización de herramientas destinadas a la evaluación de la espiritualidad. La búsqueda se realizó en las bases de datos Medline, Scielo y Cinahl con los términos clave “questionnaire”, “scale”, “score” y “spiritual\*” en inglés y castellano. De entre los hallazgos se seleccionaron aquellas herramientas que valoraban de forma unidimensional o multidimensional las necesidades espirituales, empleadas en estudios relevantes y/o cuya fiabilidad hubiera sido objeto de validación mediante coeficiente Alfa de Cronbach. De entre éstas se seleccionaron aquellas herramientas cuyos contenidos íntegros y literales estuvieran accesibles a través de los artículos de validación o publicaciones derivadas.

Se realizó la traducción de la totalidad de los ítems al castellano y se llevó a cabo un análisis interpretativo de los mismos del cual se construyó una estructura de categorías conceptuales. La estructura de categorías obtenida se contrastó con la estructura de contenidos diagnósticos del DxE “Sufrimiento espiritual” mediante cuadros comparativos independientes por dimensiones de la espiritualidad (intrapersonal/interpersonal/transpersonal). Se emplearon los acrónimos de las herramientas como sistema de codificación.

Se obtuvieron un total de 20 herramientas útiles para los objetivos del análisis. Éstas incluían escalas o cuestionarios de evaluación de la espiritualidad tanto unidimensionales como multidimensionales. Solamente 2 de las escalas fueron diseñadas y validadas en castellano. La relación y referencias de las escalas se recogen en la Tabla 1.

Herramienta	Abrev	Año	Autor/es
<i>The Spiritual Well-Being Scale</i>	SWBS	1982	Paloutzian, R. F., & Ellison, C.
<i>Spiritual Perspective Scale</i>	SPS	1986	Reed, P. G.
<i>Self-Transcendence Scale</i>	STS	1987	Reed, P. G.
<i>Index of Core Spiritual Experiences</i>	INSPIRIT	1991	Kass, Friedman, Laserman, Zuttermeister y Benson
<i>Spiritual Health Inventory</i>	SHI	1992	Highfield
<i>The Spiritual Involvement and Beliefs Scale</i>	SIBS	1998	Hatch, Burg, Naberhaus y Hellmich
<i>The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy—Spiritual Well-Being Scale</i>	FACIT-Sp	1999 2002	Brady, Peterman, Fitchett, & Cella Peterman, Fitchett, Brady, Hernandez, & Cella
<i>Daily Spiritual Experiences Long Form</i>	DSES	2002	Underwood & Teresi
<i>Spiritual Coping Strategies</i>	SCS	2003	Baldacchino y Buhagiar
<i>Spirituality Index of Well-Being</i>	SIWB	2004	Daaleman & Frey
Escala de Espiritualidad de Pinto y País-Ribero	EEPP-R	2007	Pinto & Pais-Ribeiro
<i>Spirituality Self-Rating Scale</i>	SSRS	2007	Galanter, Dermatis, Bunt, Williams, Trujillo, & Steinke
<i>Spirituality Questionnaire</i>	SQ		Parsian y Dunning

<i>Spiritual Needs Questionnaire</i>	SpNQ		Büssing et al.
Cuestionario del Grupo de Espiritualidad de SECPAL	GES	2014	Benito, Oliver, Galiana, Barreto, Pascual, & Gomis
<i>Systems of Beliefs Inventory</i>	SBI	1998	Holland et al.
<i>Multidimensional Measure of Religiousness/Spirituality</i>	MMRS	1999	Fetzer Institute/National Institute on Aging Working Group
<i>Spiritual Well-Being Questionnaire</i>	SWBQ	2003	Gomez & Fisher
<i>Spirituality Scale</i>	SS	2005	Delaney
<i>Spiritual and Religious Attitudes in Dealing with Illness</i>	SpREUK	2010	Büssing

Tabla 1: Relación de escalas que constituyen la muestra. Fuente: elaboración propia

## RESULTADOS

A continuación se muestran los resultados en forma de cuadros comparativos en los que se incluyen únicamente un ítem diana o más representativo de cada categoría, asociado a las escalas en que dicho ítem figura de manera literal. Dentro de la dimensión intrapersonal se obtuvieron 13 categorías de significado de las cuales 8 tenía correspondencia con 12 CDs, quedando sin asociación “el sentido de conexión con uno mismo”, “agradecimiento”, “autoestima”, “alegría” y “evaluación de la vida” (Tabla 2).

Categoría	Item diana	Escalas	Característica definitoria
<b>Conexión con uno mismo</b>	<i>Siento una conexión con todo lo que es mi vida.</i>	DSES, MMRS	
<b>Introspección</b>	<i>Yo medito para tener acceso a mi espíritu interior</i>	FACIT-SP, SWBQ, SS	Incapacidad para la introspección (trans)
<b>Paz</b>	<i>Siento profunda paz interior o armonía</i>	MMRS, DSES, FACIT-SP, SWBQ, STS, INSPIRIT	Disminución de la serenidad (intra) Ira (intra)
<b>Agradecimiento</b>	<i>Me siento agradecido por mis bendiciones.</i>	DSES, MMRS	
<b>Aceptación</b>	<i>Acepto las situaciones de mi vida.</i>	SWBS	Aceptación insuficiente (intra)
<b>Adaptación</b>	<i>Aprendí a dar valor a las pequeñas cosas de la vida</i>	EEPP-R, STS	Estrategias de afrontamiento ineficaces (intra)
<b>Autoestima</b>	<i>En general me siento satisfecho con la persona que soy</i>	SQ, SS	
<b>Encontrar significado</b>	<i>Encuentro significado y propósito en la vida</i>	SWBS, GES, FACIT-SP, SS, SHI, SQ	Cuestionamiento del sentido de la vida; cuestionamiento del sentido del sufrimiento Percepción de sentido de la vida insuficiente
<b>Alegría</b>	<i>El desarrollo de la alegría en la vida</i>	SWBQ., INSPIRIT	
<b>Esperanza</b>	<i>Creo que las cosas serán mejores.</i>	SHI	Desesperanza (trans)
<b>Miedo</b>	<i>Me preocupo por las pruebas y el diagnóstico.</i>	SHI	Temor Valentía insuficiente (intra)
<b>Evaluación de la vida</b>	<i>Estoy satisfecho con mi vida</i>	FACIT-SP, SWBS	
<b>Perdón a sí mismo</b>	<i>Me he perdonado por cosas que he hecho mal</i>	MMRS; STS	Culpabilidad (intra)

Tabla 2: Comparación categorías y CDs del DxE Sufrimiento Espiritual de la dimensión intrapersonal. Fuente: elaboración propia.

En la dimensión interpersonal se obtuvieron 11 categorías bien diferenciadas de las que solamente 5 encontraron equivalencia conceptual con 6 CD. No encontraron asociación algunas categorías de relevancia como “dar y compartir”, “recibir”, “perdonar a otros” y “sentirse perdonado por otras personas” y “el mantenimiento del rol social” (Tabla 3).

Categoría	Item diana	Escalas	Característica definitoria
<b>Conexión con los otros</b>	<i>Necesito tener un vínculo emocional fuerte con las personas que me rodean</i>	SQ; SS	Rechaza la interacción con otras personas (inter) Separación de sistemas de apoyo (inter)

<b>Unión con la naturaleza</b>	<i>Trato de vivir en armonía con la naturaleza</i>	SQ, SWBQ, INSPIRIT, SS	Desinterés por la naturaleza
<b>Dar y compartir</b>	<i>Creo que he podido aportar algo valioso a la vida de los demás</i>	GES, STS	
<b>Recibir</b>	<i>Tener consuelo de alguien</i>	SpNQ	
<b>Tolerancia y respeto</b>	<i>Acepto a los demás incluso cuando hacen cosas y creo que están equivocados.</i>	MMRS, DSES	
<b>Perdonar y ser perdonado</b>	<i>Me siento en paz y reconciliado con los demás.</i>	GES	
<b>Amor</b>	<i>Soy capaz de recibir el amor de los demás</i>	SS, SWBS, SWBQ, SpNQ	No sentirse querido (intra)
<b>Identidad</b>	<i>No sé quién soy</i>	SIWB	Cuestionamiento de la identidad Alineación (inter)
<b>Rol social/familiar</b>	<i>Me preocupa que no pueda proporcionar a mi familia</i>	SHI	
<b>Belleza</b>	<i>Me siento tocado espiritualmente con la belleza de la creación.</i>	DSES, MMRS	
<b>Arte</b>	<i>Realmente disfruto escuchar la música.</i>	SQ	Disminución de la expresión de patrones previos de creatividad

Tabla 3: Comparación categorías y CDs del DxE Sufrimiento Espiritual de la dimensión interpersonal. Fuente: elaboración propia

Por último la dimensión transpersonal recogió 13 categorías que de las que 5 tuvieron equivalencia con 7 CD. Quedaron fuera de dicha asociación el sentimiento de “continuidad existencial”, el “sentido de la vida basado en las creencias espirituales”, las “experiencias sobrenaturales” y “congruencia entre creencias y actos” (Tabla 4).

<b>Categoría</b>	<b>Item diana</b>	<b>Escalas</b>	<b>Característica definitoria</b>
<b>Conexión con un Ser Superior</b>	<i>Me siento conectado con una realidad superior (la naturaleza, Dios, etc.)</i>	GES, SpREUK	Ira hacia un poder superior al yo (trans) Sentimiento de abandono (trans)
<b>Ayuda</b>	<i>Le pido ayuda a Dios en medio de las actividades diarias.</i>	DSES, MMRS	
<b>Continuidad</b>	<i>Estoy convencido de que la muerte no es un fin</i>	SpREUK, SWBS	
<b>Guía</b>	<i>La espiritualidad me ayuda a decidir mi orientación general en la vida.</i>	SQ	
<b>Oración</b>	<i>Rezo o hago meditación</i>	SPS, SIBS	Incapacidad para orar (trans)
<b>Valor de Creencias</b>	<i>Mis creencias espirituales son algo importante en mi vida</i>	SPS, DUREL, SSRS	Repentino cambio en las prácticas espirituales
<b>Perdón</b>	<i>Sé que Dios me perdona</i>	MMRS	
<b>Propósito/Sentido</b>	<i>Mis creencias espirituales dan a mi vida un sentido de significado y propósito</i>	MMRS, SPS, EEPP-R	
<b>Experiencias sobrenaturales</b>	<i>Una experiencia de ángeles o espíritus guía</i>	INSPIRIT	
<b>Consuelo/fuerza/protección</b>	<i>Mi fe y creencias me dan fuerzas en los momentos difíciles</i>	FACIT-SP, EEPP-R, SS, MMRS, SBI, DSES	
<b>Comunidad/Guía religiosa/espiritual</b>	<i>Conozco gente de mi comunidad espiritual o religiosa a quien acudir</i>	SBI	Rechaza la interacción con líder espiritual (inter) Demanda un líder espiritual (trans)
<b>Congruencia entre creencias y actos</b>	<i>Siento que hay una relación cercana entre mis creencias espirituales y lo que hago</i>	SWBS	
<b>Lectura</b>	<i>Leo libros de crecimiento espiritual y autoayuda</i>	SPS, SQ, SpNQ	Desinterés por la lectura espiritual

Tabla 4: Comparación categorías y CDs del DxE Sufrimiento Espiritual de la dimensión transpersonal. Fuente: elaboración propia

Quedaron fuera de las asociaciones 4 de las CD generales (“ansiedad, fatiga, insomnio y llanto”), la “incapacidad para experimentar la trascendencia” y la “percepción de sufrimiento”, ésta última estrechamente vinculada a la autodeterminación diagnóstica. Por último, también queda

desvinculada la CD “Incapacidad para participar en actividades religiosas” que se asocia más directamente al DxE “Deterioro de la religiosidad”.

## CONCLUSIONES

El análisis comparativo ha permitido asociar las CD del DxE “Sufrimiento espiritual” a las categorías obtenidas del análisis de cuestionarios, validando así parte de los contenidos diagnósticos. Asimismo, la inclusión de ítems diana resultó de utilidad para favorecer la comprensión de las categorías espirituales y de las CDs, facilitando con ello su uso en la práctica clínica. Más allá de los ítems diana se obtuvieron otros muchos más ítems asociados a cada categoría, que aportaron matices de interés y que requerirían de un análisis más pormenorizado. Sin embargo, diversas categorías no encontraron asociación con las CD, categorías, a priori relevantes en el fenómeno espiritual, que deberían ser consideradas para una valoración integral del mismo. Igualmente se observa que la organización de CDs según un modelo de dimensionales espirituales presenta conflictos con la categorización, dificulta su interpretación y justifica su escaso uso en la práctica asistencial. Esto sugiere la posibilidad de reformular la estructura de contenidos diagnósticos del DxE “Sufrimiento espiritual”, de manera que pueda fundamentarse no solo en los modelos teóricos tradicionales sino en modelos más flexibles y comprensivos para los profesionales de la salud.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Bash, A. (2004). Spirituality: the emperor's new clothes? *Journal of Clinical Nursing*, 13 (1), 11-16.
2. Best, M., Aldridge, L., Butow, P., Olver, I., Price, M., & Webster, F. (2015). Assessment of spiritual suffering in the cancer context: a systematic literature review. *Palliative and Supportive Care*, 13 (5), 1335-1361.
3. Caldeira, S., Carvalho, C. E., & Vieira, M. (2013). Spiritual distress—Proposing a new definition and defining characteristics. *International journal of nursing knowledge*, 24 (2), 77-84
4. Caldeira, S., Carvalho, E. C., & Vieira, M. (2014). Between spiritual wellbeing and spiritual distress: possible related factors in elderly patients with cancer. *Revista latino-americana de enfermagem*, 22 (1), 28-34.
5. Caldeira, S., Timmins, F., Carvalho, E. C., & Vieira, M. (2015). Clinical validation of the nursing diagnosis spiritual distress in cancer patients undergoing chemotherapy. *International journal of nursing knowledge*, 28 (1), 44-52.
6. Caldeira, S., Timmins, F., de Carvalho, E. C., & Vieira, M. (2016). Nursing diagnosis of "Spiritual Distress" in women with breast cancer: Prevalence and major defining characteristics. *Cancer Nursing*, 39 (4), 321-7.
7. Chaves, E. C., Carvalho, C. E., Goyatá, S. L., & Galvão, C. M. (2008). Angustia espiritual: revisión integradora de la literatura. *Online Braz J Nurs*, 7 (2), 0-9.
8. Chaves, E. C., Carvalho, E. C., & Hass, V. J. (2010). Validação do diagnóstico de enfermagem Angústia Espiritual: análise por especialistas. *Acta Paulista de Enfermagem*, 23 (2), 264-270.
9. de Cássia, E., Campos, E., De Souza, F., & Terra, F. (2010). Clinical validation of impaired spirituality in patients with chronic renal disease. *Rev Lat Am Enfermagem*, 18 (3), 309-316.



10. Eun-Kyoung, O. L. (2007). Religion and spirituality as predictors of well-being among Chinese American and Korean American older adults. *Journal of Religious, Spirituality & Aging*, 19, 77-100.
11. Herdman, T. H., & Kamitsuru, S. (Edits.). (2014). *NANDA International. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación 2015-2017*. Barcelona: Elsevier
12. Kohler, C. (1999). The nursing diagnosis of" spiritual distress", a necessary re-evaluation. *Recherche en soins infirmiers* (56), 12-72.
13. McEwen, M. (2005). Spiritual nursing care. *Holist Nurs Pract*, 19 (4), 161-8.
14. Pehler, S. R. (1997). Children's spiritual response: validation of the nursing diagnosis spiritual distress. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 8 (2), 55-66.
15. Twibell, R. S., Wieseke, A. W., Marina, M., & Schoger, J. (1996). Spiritual and coping needs of critically ill patients: validation of nursing diagnoses. *Dimens Crit Care Nursing*, 15 (5), 245-253.
16. Williams, D. R., & Sternthal, M. J. (2007). Spirituality, religion and health: Evidence and research directions. *Medical Journal of Australia*, 186, S47-S50.

# *Marco conceptual fenomenológico-existencial: una aproximación para la aplicación de las clasificaciones de enfermería*

## **Autor/es**

Maria da Graça Oliveira Crossetti, Carolina Giordani da Silva.

## **Palabras clave**

Enfermería, Proceso de Enfermería, Filosofía en Enfermería, Taxonomía, Teoría de Enfermería

## **Introducción**

Las clasificaciones han construido el saber hacer de la enfermería desde hace tres décadas y aun así continúan existiendo tensiones en sus aplicaciones en los diferentes escenarios del cuidado. Incluso con las diferentes propuestas taxonómicas, se enfrentan desafíos en la toma de decisión clínica ante pacientes con problemas de salud relativos a su condición existencial. Lo que expresa una laguna en la práctica, pues con la utilización del pensamiento crítico en el proceso diagnóstico, prevalecen datos empíricos sobre las dimensiones holísticas. Se considera necesario el desarrollo de marcos conceptuales para buscar evidencias cualitativas, que caractericen los dominios y diagnósticos de enfermería en la perspectiva fenomenológica existencialista, para que así puedan ser aplicados en diferentes lenguajes.

## **Objetivos**

Desarrollar un marco conceptual fenomenológico existencial para aplicación de las clasificaciones de enfermería.

## **Material y métodos**

Estudio teórico reflexivo basado en la filosofía existencialista de Heidegger, modelo teórico de Paterson y Zderad y en las clasificaciones.

## **Resultados**

Desvelaron presupuestos y conceptos que estructuran los meta paradigmas del Marco: ser humano: ser que proyectándose en el mundo hace y/o recibe la acción de cuidar; enfermería: disciplina que sucede con y para el ser humano en su condición existencial, es cuidar/cuidado; cuidado existencial fenomenológico: condición resultante del encuentro dialógico entre los seres de cuidado mediado por el pensamiento crítico y holístico en el proceso diagnóstico, priorizando los aspectos biopsicosociales y valores; salud: condición del ser humano para seguir existiendo hacia el estar mejor como ser-estar-en-el-mundo; enfermedad: facticidad no inviabilizando la condición del ser humano de seguir existiendo; ambiente: espacio donde la enfermería/cuidado existencial ocurren; clasificaciones de enfermería: estructuras teóricas que sistematizan problemas de salud del ser humano por medio del lenguaje común de los enfermeros.

## Conclusões

El modelo contribuye a identificar evidencias cualitativas en el proceso diagnóstico en el que lo vivido del individuo es desvelado en su condición existencial.

## Bibliografia

1. Oliveira MFV, Carraro TE. Cuidado em Heidegger: uma possibilidade ontológica para a enfermagem. Rev. Bras. Enferm, Brasília, 2011 mar-abr; 64(2):376-80. 2.
2. Hammerschmidt KSA. Cuidado de enfermagem: interfaces teórica e práticas no ciclo vital do ser humano. 1ª ed. – Curitiba, PR: CRV, 2015. 3.
3. McEwen M, Wills EM. Bases teóricas de enfermagem. 4ª ed. – Porto Alegre: Artmed, 2016. 4.
4. Herdman TH, Kamitsuru S. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2015-2017. 10ª ed. – Porto Alegre: Artmed, 2015. 5.
5. Favero L, Wall ML, Lacerda MR. Diferenças conceituais em termos utilizados na produção científica da enfermagem Brasileira. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2013 Abr-jun;22(2):534-42.

## *Proyecto de validación de una base de datos clínica para la planificación de cuidados*

### **Autores**

Almudena Alameda-Cuesta; Dolores Herrera-de Elera; Gema Cid-Expósito; Ángel Lizcano-Álvarez; Martín Rodríguez-Álvaro; Cristina Oter-Quintana.

### **Palabras clave**

Estudios de Validación; Terminología Normalizada de Enfermería; Informática Aplicada a la Enfermería; Bases de Datos.

### **Introducción**

La utilización de metodología enfermera, así como el uso de lenguajes estandarizados tienen como objetivo mejorar la calidad en la prestación de cuidados de enfermería. Ambos elementos, metodología y lenguaje, están íntimamente relacionados con el modelo conceptual u orientación filosófica que guía la aplicación de cuidados. El Proceso de Atención de Enfermería, como aplicación del método científico a la actividad cuidadora, proporciona un método sistemático que permite trabajar con seguridad. Asimismo, la normalización del lenguaje facilita la comparación de resultados de salud, facilitando la construcción de estándares de calidad asistencial y, sobre todo, haciendo posible el desarrollo de una investigación netamente enfermera.

Desde las primeras conceptualizaciones del diagnóstico enfermero, en EE.UU. en la década de 1950, hasta la actualidad, se han desarrollado diversos lenguajes enfermeros estandarizados, de aplicación desigual en el contexto internacional. En el caso del Estado Español, el Real Decreto 1093/2010, recoge que el conjunto mínimo de datos del informe de cuidados de enfermería del Sistema Nacional de Salud debe incluir los diagnósticos, resultados e intervenciones de enfermería utilizando, respectivamente, los lenguajes NANDA-I (Clasificación de Diagnósticos de Enfermería de NANDA Internacional), NOC (Clasificación de Resultados de Enfermería) y NIC (Clasificación de Intervenciones de Enfermería). Estos lenguajes han mostrado un alto grado de usabilidad en la práctica clínica, además de contar con un considerable impacto en términos bibliométricos, lo que facilita su sostenibilidad y mejora continuada (1). Por otra parte, el desarrollo de la historia clínica electrónica implica, para una adecuada recuperación y almacenamiento de los datos, la utilización de lenguajes normalizados (2), lo que hace imprescindible la incorporación de estos últimos en la realidad clínica.

A pesar de todo ello, el nivel de validación clínica de los lenguajes enfermeros, así como las interrelaciones entre ellos, todavía se encuentra en periodo de desarrollo. De hecho, en la edición 2015-2017 de la taxonomía NANDA-I, de los 235 diagnósticos de enfermería incluidos, sólo 15 tienen un nivel de evidencia 2.2 (análisis de concepto) y tan sólo 2 un nivel 3.2 (estudios clínicos relacionados con el diagnóstico, pero no generalizables a la población) (3). Estos datos reflejan bien la necesidad de aumentar el conocimiento enfermero en lo que respecta a los lenguajes estandarizados.

Este problema es aún más notable en lo que respecta a las interrelaciones entre diagnósticos, resultados e intervenciones de enfermería, siendo prácticamente inexistente la literatura disponible sobre esta cuestión (4).

Todo ello dificulta la elaboración de registros precisos y útiles para la asistencia, la gestión, la investigación y la docencia, que permitan integrar el modelo conceptual y la metodología enfermera en la práctica clínica cotidiana. Además, se corre el riesgo de generar una brecha entre la realidad asistencial y los requisitos normativos sobre los registros clínicos, pudiendo provocar que los registros de los profesionales de enfermería no sean un reflejo fidedigno de la actividad asistencial que estos desarrollan.

Una forma de abordar esta problemática es contar con bases de datos clínicas, construidas a partir de la realidad asistencial, que sigan el proceso enfermero y utilicen lenguajes estandarizados. Por otra parte, debido a la diversidad de modelos cuidadores con los que cada centro asistencial puede trabajar, las bases de datos deberían poseer suficiente flexibilidad como para poder adaptarse a los planteamientos teórico-filosóficos de los modelos enfermeros de uso más habitual. Estas estructuras de información serían las encargadas de nutrir las aplicaciones de apoyo a la decisión clínica, facilitando su implementación en la realidad asistencial.

Por este motivo, entre los años 2013 y 2016, desde el Área de Enfermería de la Universidad Rey Juan Carlos, se construyó una base de datos clínica, utilizando lenguajes NANDA-I, NOC y NIC. Esta base de datos fue diseñada para alimentar la aplicación de cuidados de enfermería Gacela Universidades® (OESIA), herramienta de apoyo a la decisión clínica con la que trabaja esta universidad. El objetivo era contar con un instrumento que facilitara la docencia de metodología y lenguajes enfermeros, a la vez que mejorara la interrelación entre asignaturas de contenido clínico y de contenido metodológico. Esta base de datos se encuentra inscrita en el Registro de la Propiedad Intelectual con número M-008084/2016.

Para la elaboración de la base de datos, en primer lugar, se realizó una revisión de la literatura, para explorar la evolución de las características definitorias (CD) y los factores de relación o de riesgo (FR o FRi) de los diagnósticos de la taxonomía NANDA a lo largo de su historia. Después, se seleccionaron, adaptaron y definieron los diagnósticos más utilizados en el ámbito de referencia, realizando la normalización y codificación de sus CD y sus FR o FRi. Las CD se ponderaron según su relevancia clínica para el diagnóstico.

En cuanto a los resultados de enfermería, siguiendo a Morilla y colaboradores (5,6), se asignó un indicador de resultado a cada una de las CD y FR/FRi de los diagnósticos seleccionados. Por último, se asignaron intervenciones de enfermería a cada diagnóstico incluido.

La base de datos elaborada incluye 63 diagnósticos reales y 72 de riesgo, 197 resultados NOC, y 248 intervenciones NIC.

Una vez finalizado este proceso de construcción, se hace necesario proceder a su validación, motivo por el que se diseña el presente proyecto de investigación.

## OBJETIVOS

General: Validar una base de datos para la planificación de cuidados, construida con lenguajes NANDA-I, NOC y NIC.

Operativos: 1. Validar el contenido de los diagnósticos de enfermería; 2. Validar las interrelaciones entre diagnósticos y resultados/indicadores NOC; 3. Validar las interrelaciones entre diagnósticos e intervenciones NIC.

## MATERIAL Y MÉTODO

### Diseño y ámbito de estudio

Estudio descriptivo y exploratorio, de ámbito nacional y carácter multicéntrico (12 instituciones implicadas).

Se hará uso de la propuesta de Fehring para la validación del contenido diagnóstico (VCD) (7), en la que el proceso de validación es realizado por enfermeros expertos. Este método es uno de los más utilizados y, si bien fue diseñado para la validación de las características definitorias (CD), también ha sido usado para la validación de los factores de relación (FR), así como de las interrelaciones entre los diagnósticos y los resultados e intervenciones de enfermería.

### Sujetos de estudio: expertos

Para la selección de los expertos se utilizará una adaptación de la propuesta de Quatrini y colaboradores (8). Este planteamiento sigue la línea de los criterios de Fehring y las recomendaciones de otros autores (9) respecto a la necesidad de aunar formación y bagaje asistencial en esta figura. Estos criterios de selección pueden consultarse en la Tabla 1.

Los expertos se reclutarán mediante la técnica de bola de nieve, realizando un muestreo por conveniencia inicial, seguido de un muestreo por propósito, con el fin de alcanzar la máxima cobertura territorial y disponer de diferentes perfiles según los criterios establecidos.

Con relación al tamaño muestral, se ha estimado un número mínimo a alcanzar de 60 expertos. Esta cifra se ajusta a lo recomendado por algunos autores (10) e inclusive podría verse aumentada con el propósito de garantizar que en la muestra exista heterogeneidad territorial y diversidad de perfiles.

### *Procedimiento*

La investigación se desarrollará en cuatro fases.

- Fase 0. Diseño de las herramientas de recogida de datos: Se realizará la definición operativa de los elementos de la base de datos. Para ello se hará uso de la literatura disponible y del consenso entre los miembros del equipo investigador. Después se diseñará el cuestionario en formato electrónico para su realización. Tres expertos en el uso del lenguaje enfermero revisarán el cuestionario antes de su envío, para valorar su pertinencia, claridad y tiempo necesario para su cumplimentación (11). El cuestionario dispondrá de un primer apartado, común a las diferentes fases de la investigación, y un segundo variable en función de aquellos contenidos que estén siendo validados. Para

caracterizar a la muestra y corroborar su expertía (12), el primer apartado recogerá las siguientes variables: edad, sexo, máximo grado académico alcanzado, especialidad enfermera, puesto de trabajo actual, tiempo de experiencia clínica en un entorno en el que se utilizan lenguajes enfermeros, tiempo de experiencia docente en metodología enfermera, publicaciones científicas en el área de metodología y/o lenguajes enfermeros, participación en proyectos de investigación que incorporen metodología enfermera y/o lenguajes enfermeros.

- Fase 1. Validación de contenido diagnóstico: En esta fase se incorporarán al cuestionario las CD y FR de cada diagnóstico de la base de datos, junto con su definición operativa. Se pedirá a los participantes que identifiquen, según una escala Likert de 5 puntos, aquellos FR que, a su juicio, influyen en la aparición del diagnóstico. Se procederá de igual modo con las CD.
- Fase 2. Validación de interrelación entre diagnóstico y resultados, y entre CD/FR e indicadores: En esta fase se incorporarán al cuestionario sólo aquellas CD y FR previamente validadas. Se solicitará a los expertos que analicen, por una parte, la congruencia entre la definición del diagnóstico y la definición de los resultados propuestos para ese diagnóstico. Por otra parte, se les pedirá que examinen el grado de concordancia entre CD/FR e indicadores. En ambos casos, se utilizará una escala Likert de 5 puntos.
- Fase 3. Validación de interrelación entre diagnóstico e intervenciones: Se solicitará a los expertos que valoren la utilidad de las intervenciones propuestas para el tratamiento del diagnóstico, empleando también una escala Likert de 5 puntos.

### *Análisis de los datos*

Las variables sociodemográficas se presentarán en términos de frecuencia y porcentaje, en el caso de las cualitativas, y de medias y medianas junto con desviación típica y rango intercuartílico respectivamente en el caso de las cuantitativas

1. Análisis de la validación de contenido diagnóstico: Se asignará a cada punto de la escala Likert un peso, de manera que: 1=0; 2=0,25; 3=0,50; 4=0,75 y 5=1. Se calculará la media de las puntuaciones atribuidas a cada una de las CD. Si la puntuación es mayor o igual a 0,8, la CD será considerada como altamente representativa del diagnóstico y catalogada como mayor. Aquellas que tengan puntuaciones menores de 0,8 pero superiores a 0,5 se considerarán como poco representativas o menores. Las CD de valores menores o iguales a 0,5 serán consideradas no representativas y descartadas. A partir de los puntajes atribuidos por los expertos a cada CD validada, se determinará el índice de validez de contenido (DCV) total de cada diagnóstico. En aquellos que cuenten con más de 7 CD, el DCV se calculará siguiendo la propuesta de Sparks y Lien-Gieschen (13). Con relación a los FR, se actuará de manera análoga. Tras calcular la media de las puntuaciones, se considerarán FR influyentes aquellos que tengan una puntuación superior a 0,5, descartando los que tengan una puntuación igual o inferior.

2. Análisis de la interrelación entre diagnóstico y resultados, y entre CD/FR e indicadores: Igual que en el caso anterior, se calculará la media de las puntuaciones atribuidas a cada interrelación entre diagnóstico y resultado. Si la puntuación de la interrelación es mayor o igual a 0,8 el resultado será considerado principal; si tiene una puntuación inferior a 0,8 pero mayor de 0,5 será considerado complementario; si el valor es igual o inferior a 0,5 se descartará. Para las interrelaciones entre CD/FR e indicadores, se asignará a cada punto de la escala Likert un valor similar a los anteriores. De nuevo se calcularán las puntuaciones medias de interrelación. Se considerará que aquellas relaciones con una puntuación superior a 0,5 son adecuadas para medir los cambios en la CD/FR correspondiente, y aquellas iguales o inferiores a 0,5 serán descartadas.
3. Análisis de la interrelación entre diagnóstico e intervenciones: Se procederá de forma similar, dando un valor análogo a cada punto de la escala. Se calcularán las puntuaciones medias de las calificaciones atribuidas por los expertos a cada interrelación. Aquellas que se encuentren por encima de 0,8 se considerarán intervenciones principales; entre 0,5 y 0,8 complementarias, y con una puntuación igual o inferior a 0,5 serán descartadas.

Para la realización del análisis estadístico se empleará el software de análisis estadístico SPSS v. 24.

#### Aspectos éticos

El estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética de la Investigación de la Universidad Rey Juan Carlos. La participación de los expertos será voluntaria, debiendo para ello firmar un documento de consentimiento informado. No se solicitarán a los participantes datos personales, más allá de aquellos incorporados en el cuestionario. Cada experto recibirá un código numérico que será utilizado en el proceso de recogida y análisis de los datos. Los datos serán guardados en archivos protegidos bajo la custodia de la investigadora principal de este trabajo. Se destruirán pasados 5 años de su recogida.

#### *Limitaciones*

Están relacionadas fundamentalmente con la selección de expertos. Dada la dificultad de contar en nuestro contexto con profesionales que dispongan de titulación de máster o doctorado, tal y como plantea el modelo original de Fehring, se ha disminuido el nivel académico requerido a los expertos. No obstante, se considera que utilizar como criterio de selección la práctica asistencial, docente e investigadora favorece la heterogeneidad de perfiles, lo que enriquece el proceso de validación.

Otra de las limitaciones tiene que ver con que el método de validación está basado en las impresiones retrospectivas de los expertos, esto es, en su memoria y experiencia previa, lo que puede favorecer la aparición de sesgos en el proceso debido al olvido.

Señalar también que la extensión esperada de los cuestionarios puede contribuir a reducir la tasa de respuesta entre los expertos. Esto se pretende subsanar dando tiempo suficiente para la realización de la tarea y enviando recordatorios y mensajes de agradecimiento a los participantes.



## CONCLUSIONES

Se prevé un considerable impacto clínico-asistencial, ya que disponer de una base de datos clínica, validada a nivel nacional, sería un instrumento clave para el desarrollo de planes de cuidados clínicamente relevantes y adaptados al contexto español. Además, la utilización de los lenguajes NANDA-NOC-NIC contribuiría a asegurar el cumplimiento del RD 1093/2010, facilitando la transmisión y recuperación de la información sobre cuidados a través de los registros clínicos de enfermería.

El perfil docente de gran parte del equipo y su vinculación con la docencia en asignaturas sobre metodología enfermera facilitarían la difusión de resultados entre los estudiantes de pregrado. Consolidar los conocimientos sobre lenguajes apoyándose en una herramienta validada y adaptada al ámbito nacional contribuiría al acercamiento entre los aspectos teóricos y la realidad clínica a la que se van a incorporar los futuros profesionales.

Además, considerando el perfil gestor de muchos de los miembros del equipo, es esperable una notable y rápida implementación de los resultados de este proyecto en el ámbito asistencial.

Este proyecto contribuiría a generar sinergias entre universidades y profesionales de distintas regiones, interesados en el desarrollo metodológico. Por otra parte, además de la considerable cobertura geográfica por parte de los miembros del equipo (con 10 Comunidades Autónomas representadas), el proyecto implica la creación de una red de expertos nacionales, que contribuiría a ampliar su impacto en todas las comunidades autónomas.

**Tabla 1: Criterios para la selección de expertos**

CRITERIO	PUNTOS
Experiencia clínica en un entorno en el que se utilizan lenguajes enfermeros (+1 punto por cada año adicional)	1
Experiencia docente en metodología enfermera (+1 punto por cada año adicional)	1
Publicaciones sobre metodología enfermera y/o lenguajes enfermeros	1
Participación en proyectos de investigación que incorporen metodología y/o lenguajes enfermeros	1
Doctorado	2
Máster	1
Especialidad	1

*NOTA: Será designado como experto aquel profesional que alcance una **puntuación mínima de 6 puntos** en la suma de los distintos criterios establecidos, siendo requisito imprescindible que ésta se obtenga, como mínimo, a partir de **dos de los ítems** establecidos.*

## BIBLIOGRAFÍA

1. Anderson CA, Keenan G, Jones J. Using bibliometrics to support your selection of a nursing terminology set. *Comput Inform Nurs* 2009, 27(2): 82-90.
2. Aréjula JL, Fernández R, Martín S, Rodríguez R. Aplicación de los lenguajes enfermeros en la práctica clínica. *Sistemas de información sanitaria*. En: Echevarría, P. (dir.). *Investigación en metodología y cuidados enfermeros*. Barcelona: Elsevier, 2016.
3. Herdman TH, Kamitsuru S. (eds.). *NANDA International. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación, 2015-2017*. Barcelona: Elsevier; 2015.
4. Moorhead S. Investigación sobre vínculos entre diagnósticos, resultados e intervenciones de enfermería. En: Echevarría, P. (dir.). *Investigación en metodología y cuidados enfermeros*. Barcelona: Elsevier, 2016.

5. Morilla JC, Morales JM, Martín FJ, Cuevas M. El juicio clínico enfermero: conjugación de modelo, lenguaje y efectividad de las intervenciones enfermeras (1ª parte). *Metas de Enferm* 2005; 8(10): 58-62.
6. Morilla JC, Morales JM, Martín FJ, Cuevas M. El juicio clínico enfermero: conjugación de modelo, lenguaje y efectividad de las intervenciones enfermeras (2ª parte). *Metas de Enferm* 2006; 9(2): 6-12.
7. Fehring R. Methods to Validate Nursing Diagnoses. *Heart & Lung* 1987; 16(6): 625-9.
8. Quatrini Carvalho Passos Guimarães HC, Pena SB, Lopes Jde L, Lopes CT, Bottura Leite de Barros AL. Experts for Validation Studies in Nursing: New Proposal and Selection Criteria. *Int J Nurs Knowl*. 2016 Jul;27(3):130-5. doi: 10.1111/2047-3095.12089. Epub 2015 Mar 17.
9. Guirao-Goris JA, Duarte-Climents G. The expert nurse profile and diagnostic content validity of Sedentary Lifestyle: the Spanish validation. *Int J Nurs Terminol Classif*. 2007 Jul-Sep;18(3):84-92.
10. Lopes MV, Silva VM, Araujo TL. Methods for Establishing the Accuracy of Clinical Indicators in Predicting Nursing Diagnoses. *Int J Nurs Knowl*. 2012; 23(3):134-9. doi: 10.1111/j.2047-3095.2012.01213.x. Epub 2012 May 11.
11. Moreira RP, Guedes NG, Lopes MVO, Cavalcante TF, Araújo TL. Nursing diagnosis of sedentary lifestyle: expert validation. *Texto contexto-enferm* [online]. 2014; 23 (3); pp: 547-554. [citado 25 abr 2018] Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072014000300547&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000300547&lng=en&nrm=iso).
12. Paloma-Castro O, Romero-Sánchez JM, Paramio-Cuevas JC, Pastor-Montero SM, Castro-Yuste C, Frandsen AJ, Albar-Marín MJ, Bas-Sarmiento P, Moreno-Corral LJ. Nursing Diagnosis of Grieving: Content Validity in Perinatal Loss Situations. *Int J Nurs Knowl*. 2014 Jun;25(2):102-9. doi: 10.1111/2047-3095.12015
13. Sparks S, Lien-Gieschen T. Modification of the diagnostic content validity model. *Nursing Diagnosis*; 5 (1): 31-5.

# *Integración de la metodología enfermera en la Historia Clínica Informatizada del PSSJD.*

## **Autor/es**

Iratxe Pérez-Pinedo, Montserrat Aserrador Pérez, Raquel Fabregat-Marcos, Isabel Grimal-Melendo.

## **Palabras clave**

Metodología enfermera, Planes de Cuidados, Historia Clínica Informatizada.

## **Introducción**

El Parc Sanitari de Sant Joan de Déu es una red de servicios asistenciales, docentes y de investigación integrados en dos grandes ámbitos de especialización: Hospital General y Salud Mental. Su misión es promover la salud y la autonomía de las personas inspirada en los valores de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios: Hospitalidad, Calidad, Respeto, Responsabilidad y Espiritualidad. Esta estructura permite proporcionar una atención integral de calidad, tanto a nivel sanitario como social, potenciando además un modelo proactivo de servicios de base comunitaria.

Esta organización conjunta es joven, nace en 2010 con previo recorrido por separado. Actualmente, cuenta con 1874 profesionales, siendo 1566 asistenciales. El colectivo enfermero suma 995 siendo 420 el número de enfermeras tituladas.

A nivel estructural, dispone de los siguientes recursos: 50 boxes de urgencias, 6 quirófanos activos, 17 puntos de atención de cirugía sin ingreso, 5 salas de dilatación y parto, 9 camas de humanización de unidad de cuidados intensivos, 828 camas del área de hospitalización, 10 camas de la unidad de cuidados paliativos, 29 camas de convalecencia, 8 camas de hospital de día, 11 gabinetes y 47 consultas del área ambulatoria, 202 camas de unidades penitenciarias y un área comunitaria de Salud Mental que abarca números centros.

Esta gran transformación supuso para la Dirección de enfermería un desafío importante: unificar la práctica enfermera. Y dentro de esta unificación, el objetivo principal era la integración del Proceso de Atención Enfermero (PAE) en la gestión de los cuidados de nuestros pacientes.

## **Objetivos**

Implementación de la metodología enfermera a partir de: la Valoración de las 14 Necesidades de Virginia Henderson, de los Planes de Cuidados bajo la taxonomía NANDA-NOC-NIC y el Informe de Continuidad de Cuidados dentro de la Historia Clínica Informatizada mediante la herramienta SAP.

Mejora de la práctica clínica de enfermería del PSSJD y evaluación de los resultados del paciente a partir de los cuidados enfermeros.

## **Marco conceptual**

Enfermería trabajaba por tareas, cumplimentaba escalas y registros en papel y escribía la evolución de los pacientes en el curso clínico de enfermería. En Salud Mental compartía el papel

con una herramienta informática llamada SigSam y el Hospital General compartía el papel con Iboi, dos programas totalmente diferentes.

La complejidad del proyecto aumenta en 2014, cuando se decide instaurar una Historia Clínica Informatizada (HCI) a través de la herramienta SAP, cubriendo todos los procesos de gestión de pacientes y flujos administrativos.

Se crea entonces, un primer grupo de trabajo local, una Comisión de Cuidados de enfermería, formado por un conjunto de enfermeros y auxiliares de diferentes ámbitos, liderado por un adjunto de enfermería especialista en metodología. Seis enfermeros del Hospital General (de los servicios de: urgencias, UCI, bloque quirúrgico, medicina interna, pediatría y maternidad), y cinco enfermeros de Salud Mental (tres del ámbito hospitalario, una del comunitario y otro del penitenciario). Esta diversidad garantizaba la riqueza en conocimientos necesaria para trabajar todas las fases del PAE en nuestra organización y su integración en la HCI. Las reuniones de comisión eran mensuales. Un año más tarde, se detectó la necesidad de que el colectivo de auxiliares de enfermería estuviera representado, añadiéndose a la comisión dos auxiliares.

Paralelamente, se crea un segundo grupo de trabajo, la Comisión de cuidados Provincial con el objetivo de unificar la metodología asistencial en la organización utilizando la taxonomía NANDA-NOC-NIC, basándose en lo que estipula el Real Decreto de Ley 1093/2003. La Orden de San Juan de Dios es una gran organización dividida a nivel estatal por tres provincias y dentro de las mismas, por diferentes centros, en el caso de Aragón que es a la que pertenecemos, son cinco (Parc Sanitari de Sant Boi de Llobregat, Almacelles, Pamplona, Palma de Mallorca e Instituto San José de Madrid). Esta Comisión está liderada por la Dirección de Enfermería de Madrid y formado por los diferentes referentes de los distintos centros a nivel metodológico. Las reuniones eran semestrales.

La implementación de la metodología de enfermería era un cambio experimental en la asistencia de nuestros pacientes, aportándonos importantes beneficios: accesibilidad, coordinación asistencial y seguridad. Lo que se traduce en un aumento de la calidad, eficacia y eficiencia de la atención sanitaria, mejorando los resultados de salud.

A nivel enfermero, el salto cualitativo era sustancialmente importante: facilitaría la continuidad de los cuidados y la comunicación, evitaría la duplicidad y permitiría la explotación de datos accediendo a la cuantificación y cualificación del cuidado.

La Comisión de Cuidados del Parc trabajó el contenido y el traspaso informático de la metodología enfermera.

Se diseñó una Valoración de Enfermería basada en el modelo de las 14 necesidades de Virginia Henderson y se adaptó a diferentes áreas asistenciales. Se asociaron diferentes escalas y registros de enfermería que aportaban información para dar una mejor visión de la realidad del paciente.

Desde la propia experiencia de los miembros de la Comisión como asistenciales, junto con el trabajo de las unidades, se identificaron los posibles perfiles de planes de cuidados estándar (PCE). A partir de los cuidados estandarizados que se realizan en estos pacientes tipo

previamente identificados, se crea el plan de cuidados con taxonomía NANDA-NOC-NIC. Partiendo de la intervención, definimos el diagnóstico de enfermería, los NOC a conseguir, los indicadores de resultado a evaluar y los problemas de colaboración. Una vez reflejada las posibles realidades de estos pacientes tipo mediante PCE, se comparte con los asistenciales para su puesta en común. Una vez unificado y consensuado, se distribuye en septiembre de

2016 por las diferentes plantas en formato papel para su aplicación como prueba. Tras esa primera toma de contacto, se modifican según necesidades y cuando se identifica que reflejan la realidad se validan de forma interna en enero de 2017. Esta primera toma de contacto con la metodología lleva diferente ritmo según las unidades. La variabilidad en los ritmos dependía de la implicación y de su formación académica en metodología.

Esta fase termina con 80 planes de cuidados estándar (PCE): 8 PC del ámbito comunitario (3 del HG y 5 de SM) y 72 del ámbito hospitalario (2 de discapacitado intelectual, 14 de cirugía general, 6 de ginecología/obstetricia, 12 de H-UCI, 1 de hospitalización básica de HG, 1 de hospitalización básica de SM, 8 de medicina interna, 2 de paliativos, 8 de pediatría, 5 de traumatología, 9 de psiquiatría y 2 de sociosanitario).

En la Unidad de Cirugía Sin Ingreso (UCSI), en el hospital de día y en la unidad de urgencias se descarta el uso de PCE en una primera fase por la dinámica de los servicios. Enfermería trabaja desde un rol de colaboración principalmente, por lo que se decide el uso de taxonomía NIC para registrar los cuidados. Estas NIC se validaron de forma interna en papel siguiendo el método utilizado en PCE.

Para cerrar la etapa de evaluación de la metodología, se diseña un Informe de Continuidad de Cuidados (ICC), que no se trasladó a formato papel porque dependía de los automatismos de la propia herramienta informática. Es decir, el ICC se nutre de todo el proceso del PC, dando información de los diagnósticos de enfermería alcanzados (NANDA) con su evaluación del indicador inicial y final, y de los diagnósticos de enfermería con sus diferentes elementos (NANDA, NOC, INDICADOR, NIC y actividades) que no se han alcanzado, así como sus problemas de colaboración para garantizar la continuidad de los cuidados posterior al alta.

El paso siguiente fue la introducción del contenido en la herramienta SAP. El problema que nos encontramos fue que SAP no dispone de un estándar de gestión enfermera, por lo que se tuvo que diseñar a partir de nuestras necesidades como organización. Para facilitarnos este trabajo, se visitaron una serie de centros donde ya estaba instaurada la herramienta con el objetivo de poder extraer ideas que nos ayudaran a diseñar nuestra propia aplicación.

Previo arranque, durante el mes de marzo y abril de 2017, se formó a todo el personal en el manejo de la herramienta SAP. Los formadores a nivel de enfermería fueron los propios componentes de la comisión de cuidados, liberados para ello. La formación de los enfermeros fue de 18 horas y la de los auxiliares de 6 horas. Todo el personal de plantilla y de sustitución activos fueron formados presencialmente. A su vez, se creó un Moodle virtual con contenido teórico-práctico de manejo de herramienta aplicado a cada perfil profesional de acceso ilimitado, activo actualmente.

El arranque de la HCI mediante SAP fue el 13,14 y 15 de mayo de 2017. Todo el personal asistencial y no asistencial, de toda categoría y perfil profesional pasó a SAP. Servicios de hospitalización percibieron el cambio el 13 y 14 de mayo (fin de semana con menos actividad), y el 15 (lunes) se activó para Consultas Externas y Quirófanos. Es necesario que este cambio fue en toda la organización, menos en prisiones. Afectando a todos los colectivos y procesos asistenciales.

Tras el arranque, todos los formadores estuvieron de soporte en las diferentes unidades de enfermería durante 3 semanas en turnos de 12h cubriendo las 24h los 7 días de la semana. Su objetivo era resolver dudas, detectar incidencias del sistema y actuar de enlace con el servicio de informática.

Se creó un equipo de soporte SAP transversal que aún sigue activo, donde durante 6 meses tuvo figura enfermera.

En enero de 2018 dirección de enfermería crea una figura nueva de continuidad en el Parc: la enfermera de metodología con el objetivo de garantizar la implementación de la metodología en la organización y la actualización de contenidos.

### **Resultados:**

Los primeros 6 meses se utilizaron para adaptarse a la nueva herramienta. A nivel global, ésta, ha funcionado de forma correcta, aunque han surgido incidencias que han enlentecido el trabajo y registro enfermero. Aun así, se han sabido adaptar y progresivamente han ido sacando un mayor rendimiento al programa, incluso se han propuesto mejoras para facilitar el registro y la aplicación de la metodología.

Tras casi un año, el servicio de UCIAS, UCSI y Hospital de día trabajan mediante taxonomía NIC para registrar el trabajo realizado. La valoración de enfermería, los registros y las escalas propias ya están integradas dentro del trabajo diario.

En el resto de unidades de hospitalización y SM comunitaria se han aplicado los PCE. Sólo 2 unidades piloto trabajan al completo las 5 etapas del PAE de forma sistemática (unidad de maternidad y de medicina interna).

Los PCE ordenados por servicios, se han iniciado en el resto de unidades, pero con diversidad de ritmos y niveles de implementación. Los puntos clave de dicha variabilidad son: la implicación del personal, la falta de tiempo para el registro y la complejidad del paciente.

Este 2018 hay 16 cursos de 5 horas de manejo básico de herramienta SAP y de metodología enfermera aplicada en SAP dirigida a enfermeros y auxiliares por separado.

La enfermera de metodología trabaja con los mandos intermedios de las unidades para ayudar en la implementación, y está presente en reuniones de equipos y unidades para acompañarles en el proceso.

Los resultados de dicha implementación se demostrarán mediante datos de actividad por unidad organizativa y mediante la evaluación de la evolución de los indicadores de resultado de nuestros pacientes.

## Conclusiones

El Cambio en el registro de la enfermería ha sido más que importante. La instauración de la metodología de forma reglada en nuestra organización con diferentes grados de conocimiento, diferentes dinámicas de trabajo, sumado a un programa informático nuevo es un reto.

A pesar de la resistencia al cambio sumada a la inestabilidad de la herramienta en esta primera fase, hay que destacar que el colectivo enfermero es un ejemplo de profesionalidad, apoyando el nuevo proyecto, implicándose y haciendo sinergia con la Comisión de Cuidados.

Estamos en un proceso inicial, pero motivados para crecer como profesión desde nuestro Parc Sanitari Sant Joan de Deu.

## Bibliografía

1. Integración del proceso enfermero en la historia clínica electrónica de un hospital universitario [Internet]. [cited 2018]. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5972904>
2. Carpenito L. Manual de diagnósticos enfermeros, 15.<sup>a</sup> edición. Barcelona: Wolters Kluwer; 2017.
3. Moorhead S. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Elsevier Health Sciences Spain; 2013.
4. Bulechek G, Butcher H, Dochterman J, Wagner C. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Barcelona: Elsevier España; 2014.
5. Educса - EDUCSA [Internet]. [cited 2018]. Available from: <http://www.educsa.com/cat/>

## *Definición del valor técnico de los diagnósticos de enfermería en atención primaria*

### **AUTORES**

Pérez-Rivas FJ, Arnal-Selfa R, Infantes Rodriguez JA, Sanz Bayona MT; De La Puerta

Calatayud ML; Fernandez Diaz MC

### **INTRODUCCIÓN**

La metodología enfermera es el modelo profesional que representa cómo se prestan los cuidados profesionales por parte de las enfermeras. El diagnóstico de enfermería es el juicio clínico que realiza la enfermera en relación con la respuesta humana a un problema de salud/proceso vital, de una persona, familia, grupo o comunidad y constituye la base del plan de cuidados.

La Gerencia Asistencial de Atención Primaria de Madrid monitoriza diversos indicadores de planes de cuidados tanto a nivel de cumplimiento de Contrato Programa de Centro como individualmente. La evaluación de estos indicadores no considera el diagnóstico de enfermería que sustenta el plan de cuidados. Es decir, todos los planes de cuidados se contabilizan de la misma manera, independientemente del diagnóstico de enfermería que haya originado el plan de cuidados.

La Estrategia de Calidad de los Cuidados de AP define las líneas y planes de actuación para mejorar la calidad de los cuidados enfermeros en los centros de salud del Servicio Madrileño de Salud. Entre los objetivos de la estrategia, el 5.1 está dirigido a “Potenciar la utilización del proceso enfermero como metodología de trabajo habitual en la práctica de la enfermera”, siendo una de las líneas de actuación de este objetivo el “Desarrollar un modelo de valoración de la complejidad de los cuidados”.

### **OBJETIVOS**

Definir un Valor Técnico para los diagnósticos de enfermería de aplicación en Atención Primaria(AP), que permita establecer un modelo de ponderación de los problemas de cuidados atendidos, en base a criterios de complejidad y relevancia y elaborar nuevos indicadores de gestión de cuidados.

### **METODOLOGÍA**

Diseño: Estudio descriptivo, transversal.

Ámbito de estudio: Gerencia Asistencial de Atención Primaria (GAAP) de Madrid (262 centros de salud)

Periodo de estudio: Enero/2017 – Noviembre/2017

Sujetos de estudio:

- Miembros de la Comisión de Calidad de los Cuidados de la GAAP (23) para definir los criterios de valoración del Valor Técnico
- Responsables de Enfermería y/o Expertos en Metodología de Enfermería de los 262 centros de salud, para la asignación de la puntuación a cada criterio definido para cada diagnóstico (1 por centro)



Variables de estudio:

Variable de resultado principal: Valor técnico de los 235 diagnósticos de enfermería de la

Taxonomía NANDA 2015-2017.

- Al centrar el estudio en AP, se han excluido del análisis 10 diagnósticos de enfermería específicos del entorno hospitalario (Total diagnósticos: 225).

Otras variables de resultado:

- Criterios de valoración establecidos para la asignación del valor técnico.
- Indicador de cuidados: Índice Sintético de Cuidados Enfermeros (ISCE).

Instrumentalización:

Fase I: Definición y ponderación de los criterios para establecer el valor técnico a través de un panel Delphi y el consenso de grupo nominal. Para cada criterio se estableció su definición, las aclaraciones correspondientes si se precisan y la escala de medición.

Fase II: Asignación por parte de los profesionales de los centros de salud (Responsable de enfermería o Experto en metodología) de la puntuación, según escala definida, para cada diagnóstico de enfermería, en cada uno de los criterios establecidos.

Fase III: Definición del valor técnico de cada diagnóstico

Fase IV: Inclusión del valor técnico en un nuevo indicador de gestión de cuidados: el Índice sintético de cuidados, que medirá cantidad, calidad y complejidad de los cuidados.

## RESULTADOS

Fase I: Criterios de valoración definidos:

Los miembros de la comisión de calidad de los cuidados establecieron 6 criterios de valoración:

‘Carga de Cuidados’, ‘Expectativa de resolución o mejora (Evolución)’, ‘Percepción de importancia’, ‘Repercusión social’, ‘Recursos humanos necesarios’ e ‘Impacto en calidad de vida y/o actividades de la vida cotidiana’.

Para cada criterio definido se estableció la siguiente ponderación (escala Likert 1-5):

CRITERIO PONDERACIÓN	
C1: Carga de cuidados	5
C2: Expectativa de resolución o mejora (Evolución)	2
C3: Percepción de importancia	3
C4: Repercusión Social	1
C5: Recursos Humanos Necesarios	3
C6: Impacto en calidad de vida y/o actividades de la vida	4

Fase II: Puntuación de los criterios de valoración definidos para cada diagnóstico: De los 262 centros de salud de la GAAP participaron en el estudio 257 (98,1%).

El total de diagnósticos de enfermería analizados fue de 225. Teniendo en cuenta la ponderación de los criterios establecidos la puntuación que podía alcanzar un diagnóstico oscilaba entre 18 y 90 puntos. La puntuación media alcanzada fue de 62,7 puntos (DE: 8,1). El rango de puntuación fue de 41,4 puntos el diagnóstico con menor puntuación, a 80,9 puntos el de mayor puntuación

FASE III.- Valor técnico asignado:

Teniendo en cuenta la puntuación alcanzada, se ha definido el valor técnico de cada diagnóstico de enfermería con el siguiente procedimiento:

- Se ordenaron los diagnósticos de enfermería de menor a mayor puntuación obtenida.
- Se establecieron 4 intervalos de puntuación (cuartiles)
- A los diagnósticos ubicados en cada cuartil se les ha asignado el Valor Técnico correspondiente al cuartil en el que se ubican:

DISTRIBUCIÓN POR CUARTILES		VALOR TÉCNICO
< Cuartil 1	< 56,38	1
Cuartil 1 – Cuartil 2	≥ 56,38 y <63,85	2
Cuartil 2 – Cuartil 3	≥ 63,85 y < 68,52	3
> Cuartil 3	≥ 68,52	4

FASE IV.- Nuevo indicador de Gestión de Cuidados:

Teniendo en cuenta el Valor Técnico definido para cada diagnóstico se establece un nuevo indicador para la GAAP:

$$ISCE = \frac{\sum ((DdE_1 \times VT_1) + (DdE_2 \times VT_2) + \dots + (DdE_n \times VT_n))}{225} * 0,7 + \frac{(N^\circ \text{ PFS distintos})}{11} * 0,3$$

DdE: Diagnóstico de enfermería; VT: Valor técnico; PFS: Patrones Funcionales de Salud

#### INDICE SÍNTÉTICO DE CUIDADOS ENFERMEROS (ISCE)

El ISCE integra en un único indicador datos de cantidad (frecuencia de diagnósticos) y de complejidad y relevancia del diagnóstico (con el nuevo valor técnico definido). Se podrá evaluar en el nivel de desagregación que se estime oportuno: enfermera, centro de salud, Dirección Asistencial o Comunidad.

### CONCLUSIONES

Disponer del Valor Técnico de cada diagnóstico en AP permite dimensionar la diversidad de los cuidados y los recursos necesarios relacionados con la complejidad de la intervención enfermera, atendiendo a criterios de calidad y eficiencia.

Incorporar el valor técnico y los nuevos indicadores definidos a la Gestión puede representar una alternativa a las actuales formas de organización de los servicios de enfermería de AP, aportando evidencias para la toma de decisiones sobre la gestión de cuidados y los recursos enfermeros.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Santamaría García JM. Apuntes sobre el cuidado: por qué es y como es. Madrid: Observatorio de Metodología Enfermera, FUDEN; 2008.

2. González Salcedo P, Chaves Reyes AM. Proceso de atención de enfermería desde la perspectiva docente. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo* 2009;11(2):47-76.
3. Pérez Rivas FJ, Martín Iglesias S, Pacheco del Cerro JL, Minguet Arenas C, García López M, Beamud Lagos M. Effectiveness of Nursing Process Use in Primary Care. *Int J Nurs Knowl*.2016;27(1):43-48.
4. Morales Asencio JM. Investigación de Resultados en Enfermería el camino hacia la efectividad de los cuidados. *Index Enferm* 2004;13(44-45):37-41.
5. Herman TH, Kamitsuru S. NANDA-I. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y Clasificación 2015-2017. Barcelona: Elsevier; 2015.
6. Gerencia Asistencial de Atención Primaria. Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria. Actualización 2016. Madrid: Servicio Madrileño de Salud; 2016.
7. Mateos Rodilla J et al. Estrategia de calidad de los cuidados en Atención Primaria. Gerencia de Atención Primaria. Madrid; Servicio Madrileño de Salud; 2014.
8. Gerencia de Atención Primaria. Guía de cuidados: Prevención de las Úlceras Por Presión. Madrid: Servicio Madrileño de Salud; 2012.
9. Gerencia de Atención Primaria. Guía de cuidados: Terapia inhalada. Madrid: Servicio Madrileño de Salud; 2016

## ANEXO 1: PUNTUACIÓN TOTAL DE CADA DIAGNÓSTICO Y VALOR TÉCNICO ASIGNADO

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA		PUNTOS	VT
00257	SÍNDROME DE FRAGILIDAD DEL ANCIANO	80,91	4
00150	RIESGO DE SUICIDIO	78,43	4
00231	RIESGO DE SÍNDROME DE FRAGILIDAD DEL ANCIANO	78,33	4
00129	CONFUSIÓN CRÓNICA	78,10	4
00061	CANSANCIO DEL ROL DE CUIDADOR	76,93	4
00090	DETERIORO DE LA HABILIDAD PARA LA TRASLACIÓN	75,53	4
00085	DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA	75,13	4
00225	RIESGO DE TRASTORNO DE LA IDENTIDAD PERSONAL	75,01	4
00131	DETERIORO DE LA MEMORIA	74,93	4
00062	RIESGO DE CANSANCIO DEL ROL DE CUIDADOR	74,89	4
00040	RIESGO DE SÍNDROME DE DESUSO	74,89	4
00147	ANSIEDAD ANTE LA MUERTE	74,68	4
00051	DETERIORO DE LA COMUNICACIÓN VERBAL	74,37	4
00151	AUTOMUTILACIÓN	74,12	4
00137	AFLICCIÓN CRÓNICA	73,78	4
00063	PROCESOS FAMILIARES DISFUNCIONALES	73,75	4
00255	SÍNDROME DE DOLOR CRÓNICO	73,72	4
00133	DOLOR CRÓNICO	73,71	4
00088	DETERIORO DE LA AMBULACIÓN	73,48	4
00142	SÍNDROME DEL TRAUMA POSVIOLACIÓN	73,33	4
00091	DETERIORO DE LA MOVILIDAD EN LA CAMA	73,14	4
00053	AISLAMIENTO SOCIAL	73,02	4
00249	RIESGO DE ÚLCERA POR PRESIÓN,	73,00	4
00177	ESTRÉS POR SOBRECARGA	72,95	4
00200	RIESGO DE DISMINUCIÓN DE LA PERFUSIÓN TISULAR CARDÍACA	72,89	4
00123	DESATENCIÓN UNILATERAL	72,89	4
00154	VAGABUNDEO	72,67	4
00135	DUELO COMPLICADO	72,33	4
00014	INCONTINENCIA FECAL	72,27	4
00112	RIESGO DE RETRASO EN EL DESARROLLO	72,00	4
00046	DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA	71,88	4
00073	AFRONTAMIENTO FAMILIAR INCAPACITANTE	71,83	4
00080	GESTIÓN INEFICAZ DE LA SALUD FAMILIAR	71,78	4
00224	RIESGO DE BAJA AUTOESTIMA CRÓNICA	71,50	4
00054	RIESGO DE SOLEDAD	70,95	4
00145	RIESGO DE SÍNDROME POSTRAUMÁTICO	70,88	4

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA		PUNTOS	VT
00140	RIESGO DE VIOLENCIA AUTODIRIGIDA	68,41	3
00036	RIESGO DE ASFIXIA	68,26	3
00056	DETERIORO PARENTAL	68,25	3
00221	PROCESO DE MATERNIDAD INEFICAZ	68,22	3
00241	DETERIORO DE LA REGULACIÓN DEL ESTADO DE ÁNIMO	68,15	3
00047	RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA	68,13	3
00016	DETERIORO DE LA ELIMINACIÓN URINARIA	68,04	3
00118	TRASTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL	67,64	3
00039	RIESGO DE ASPIRACIÓN	67,61	3
00205	RIESGO DE SHOCK	67,49	3
00251	CONTROL EMOCIONAL INESTABLE	67,47	3
00244	RIESGO DE DETERIORO DE LA TOMA DE DECISIONES INDEPENDIENTE	67,38	3
00075	DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL AFRONTAMIENTO FAMILIAR	67,21	3
00240	RIESGO DE DISMINUCIÓN DEL GASTO CARDÍACO	67,09	3
00060	INTERRUPCIÓN DE LOS PROCESOS FAMILIARES	67,06	3
00058	RIESGO DE DETERIORO DE LA VINCULACIÓN	67,00	3
00179	RIESGO DE NIVEL DE GLUCEMIA INESTABLE	67,00	3
00139	RIESGO DE AUTOMUTILACIÓN	66,92	3
00057	RIESGO DE DETERIORO PARENTAL	66,87	3
00092	INTOLERANCIA A LA ACTIVIDAD	66,80	3
00099	MANTENIMIENTO INEFICAZ DE LA SALUD	66,80	3
00108	DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: BAÑO	66,63	3
00029	DISMINUCIÓN DEL GASTO CARDÍACO	66,59	3
00248	RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD TISULAR	66,46	3
00104	LACTANCIA MATERNA INEFICAZ	66,45	3
00093	FATIGA	66,35	3
00175	SUFRIMIENTO MORAL	65,95	3
00172	RIESGO DE DUELO COMPLICADO	65,92	3
00211	RIESGO DE DETERIORO DE LA RESILIENCIA	65,88	3
00232	OBESIDAD	65,46	3
00214	DISCONFORT	65,45	3
00020	INCONTINENCIA URINARIA FUNCIONAL	65,42	3
00017	INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO	65,38	3
00210	DETERIORO DE LA RESILIENCIA	65,36	3
00098	DETERIORO DEL MANTENIMIENTO DEL HOGAR	65,17	3
00018	INCONTINENCIA URINARIA REFLEJA	65,09	3

00128	CONFUSIÓN AGUDA	70,88	4
00138	RIESGO DE VIOLENCIA DIRIGIDA A OTROS	70,77	4
00209	RIESGO DE ALTERACIÓN DE LA DÍADA MATERNO/FETAL	70,64	4
00103	DETERIORO DE LA DEGLUCIÓN	70,64	4
00044	DETERIORO DE LA INTEGRIDAD TISULAR	70,61	4
00074	AFRONTAMIENTO FAMILIAR COMPROMETIDO	70,48	4
00030	DETERIORO DEL INTERCAMBIO DE GASES	70,42	4
00110	DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: USO DEL INODORO	70,41	4
00215	SALUD DEFICIENTE DE LA COMUNIDAD	70,19	4
00032	PATRÓN RESPIRATORIO INEFICAZ	70,12	4
00146	ANSIEDAD	70,08	4
00107	PATRÓN DE ALIMENTACIÓN INEFICAZ DEL LACTANTE	69,86	4
00078	GESTIÓN INEFICAZ DE LA SALUD	69,72	4
00141	SÍNDROME POSTRAUMÁTICO	69,55	4
00055	DESEMPEÑO INEFICAZ DEL ROL	69,53	4
00124	DESESPERANZA	69,05	4
00089	DETERIORO DE LA MOVILIDAD EN SILLA DE RUEDAS	68,83	4
00174	RIESGO DE COMPROMISO DE LA DIGNIDAD HUMANA	68,75	4
00121	TRASTORNO DE LA IDENTIDAD PERSONAL	68,73	4
00238	DETERIORO DE LA BIPEDESTACIÓN	68,53	4
00119	BAJA AUTOESTIMA CRÓNICA	68,52	4
00125	IMPOTENCIA	68,50	3
00228	RIESGO DE PERFUSIÓN TISULAR PERIFÉRICA INEFICAZ	56,13	1
00163	DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA NUTRICIÓN	56,11	1
00243	DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA TOMA DE DECISIONES INDEPENDIENTE	56,02	1
00066	SUFRIMIENTO ESPIRITUAL	56,00	1
00185	DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA ESPERANZA	56,00	1
00068	DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL BIENESTAR ESPIRITUAL	55,92	1
00026	EXCESO DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS	55,76	1
00212	DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA RESILIENCIA	55,73	1
00206	RIESGO DE SANGRADO	55,73	1
00105	INTERRUPCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA	55,62	1
00235	ESTREÑIMIENTO FUNCIONAL CRÓNICO	55,55	1
00158	DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL AFRONTAMIENTO	55,39	1
00217	RIESGO DE RESPUESTA ALÉRGICA	55,11	1
00178	RIESGO DE DETERIORO DE LA FUNCIÓN HEPÁTICA	54,92	1
00027	DÉFICIT DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS	54,86	1

00109	DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: VESTIDO	64,95	3
00239	RIESGO DE DETERIORO DE LA FUNCIÓN CARDIOVASCULAR,	64,71	3
00076	DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL AFRONTAMIENTO DE LA COMUNIDAD	64,70	3
00120	BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL	64,65	3
00227	RIESGO DE PROCESO DE MATERNIDAD INEFICAZ	64,64	3
00064	CONFLICTO DEL ROL PARENTAL	64,45	3
00237	DETERIORO DE LA SEDESTACIÓN	64,40	3
00102	DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: ALIMENTACIÓN	64,38	3
00079	INCUMPLIMIENTO	64,36	3
00153	RIESGO DE BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL	64,34	3
00052	DETERIORO DE LA INTERACCIÓN SOCIAL	64,33	3
00043	PROTECCIÓN INEFICAZ	64,33	3
00173	RIESGO DE CONFUSIÓN AGUDA	64,22	3
00065	PATRÓN SEXUAL INEFICAZ	64,16	3
00188	TENDENCIA A ADOPTAR CONDUCTAS DE RIESGO PARA LA SALUD	64,15	3
00094	RIESGO DE INTOLERANCIA A LA ACTIVIDAD	63,91	3
00250	RIESGO DE LESIÓN EN EL TRACTO URINARIO	63,88	3
00069	AFRONTAMIENTO INEFICAZ	63,88	3
00155	RIESGO DE CAÍDAS	63,85	3
00132	DOLOR AGUDO	63,80	2
00116	CONDUCTA DESORGANIZADA DEL LACTANTE	63,71	2
00002	DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL: INGESTA INFERIOR A LAS NECESIDADES	63,59	2
00223	RELACIÓN INEFICAZ	63,40	2
00031	LIMPIEZA INEFICAZ DE LAS VÍAS AÉREAS	63,31	2
00095	INSOMNIO	63,29	2
00023	RETENCIÓN URINARIA	63,18	2
00201	RIESGO DE PERFUSIÓN TISULAR CEREBRAL INEFICAZ	63,12	2
00204	PERFUSIÓN TISULAR PERIFÉRICA INEFICAZ	63,10	2
00115	RIESGO DE CONDUCTA DESORGANIZADA DEL LACTANTE	62,94	2
00152	RIESGO DE IMPOTENCIA	62,88	2
00198	TRASTORNO DEL PATRÓN DE SUEÑO	62,75	2
00176	INCONTINENCIA URINARIA POR REBOSAMIENTO	62,52	2
00037	RIESGO DE INTOXICACIÓN	62,44	2
00136	DUELO	62,20	2
00004	RIESGO DE INFECCIÓN	62,17	2
00234	RIESGO DE SOBREPESO	61,96	2
00086	RIESGO DE DISFUNCIÓN NEUROVASCULAR PERIFÉRICA	61,74	2

00097	DÉFICIT DE ACTIVIDADES RECREATIVAS	54,79	1
00157	DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA COMUNICACIÓN	54,75	1
00182	DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL AUTOCUIDADO	54,49	1
00007	HIPERTERMIA	54,47	1
00183	DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL CONFORT	54,39	1
00207	DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA RELACIÓN	54,38	1
00156	RIESGO DE SÍNDROME DE MUERTE SÚBITA DEL LACTANTE	54,35	1
00161	DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LOS CONOCIMIENTOS	54,21	1
00165	DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL SUEÑO	53,63	1
00196	MOTILIDAD GASTROINTESTINAL DISFUNCIONAL	53,50	1
00028	RIESGO DE DÉFICIT DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS	53,10	1
00247	RIESGO DE DETERIORO DE LA MUCOSA ORAL	53,10	1
00011	ESTREÑIMIENTO	52,73	1
00199	PLANIFICACIÓN INEFICAZ DE LAS ACTIVIDADES	52,44	1
00013	DIARREA	51,63	1
00226	RIESGO DE PLANIFICACIÓN INEFICAZ DE LAS ACTIVIDADES	51,53	1
00012	ESTREÑIMIENTO SUBJETIVO	51,36	1
00195	RIESGO DE DESEQUILIBRIO ELECTROLÍTICO	51,33	1
00253	RIESGO DE HIPOTERMIA	51,17	1
00194	ICTERICIA NEONATAL	51,13	1
00041	RESPUESTA ALÉRGICA AL LÁTEX	51,10	1
00220	RIESGO DE LESIÓN TÉRMICA	50,51	1
00045	DETERIORO DE LA MUCOSA ORAL	50,36	1
00170	RIESGO DE DETERIORO DE LA RELIGIOSIDAD	50,35	1
00160	DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL EQUILIBRIO DE LÍQUIDOS	50,19	1
00229	RIESGO DE RELACIÓN INEFICAZ	49,94	1
00048	DETERIORO DE LA DENTICIÓN	49,89	1
00254	RIESGO DE HIPOTERMIA PERIOPERATORIA	49,18	1
00006	HIPOTERMIA	49,15	1
00015	RIESGO DE ESTREÑIMIENTO	47,97	1
00187	DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL PODER	47,08	1
00230	RIESGO DE ICTERICIA NEONATAL	46,87	1
00134	NÁUSEAS	46,80	1
00008	TERMORREGULACIÓN INEFICAZ	46,42	1
00042	RIESGO DE RESPUESTA ALÉRGICA AL LÁTEX	45,72	1
00169	DETERIORO DE LA RELIGIOSIDAD	45,70	1
00245	RIESGO DE LESIÓN CORNEAL	44,78	1

00203	RIESGO DE PERFUSIÓN RENAL INEFICAZ	61,63	2
00038	RIESGO DE TRAUMATISMO	61,42	2
00126	CONOCIMIENTOS DEFICIENTES	61,38	2
00193	DESCUIDO PERSONAL	61,28	2
00181	CONTAMINACIÓN	61,11	2
00149	RIESGO DE SÍNDROME DE ESTRÉS DEL TRASLADO	61,08	2
00019	INCONTINENCIA URINARIA DE URGENCIA	61,08	2
00242	DETERIORO DE LA TOMA DE DECISIONES INDEPENDIENTE	60,90	2
00114	SÍNDROME DE ESTRÉS DEL TRASLADO	60,88	2
00067	RIESGO DE SUFRIMIENTO ESPIRITUAL	60,75	2
00233	SOBREPESO	60,62	2
00159	DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LOS PROCESOS FAMILIARES	60,55	2
00071	AFRONTAMIENTO DEFENSIVO	60,47	2
00168	ESTILO DE VIDA SEDENTARIO	60,44	2
00113	RIESGO DE CRECIMIENTO DESPROPORCIONADO	60,30	2
00184	DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA TOMA DE DECISIONES	60,27	2
00167	DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL AUTOCONCEPTO	60,00	2
00025	RIESGO DE DESEQUILIBRIO DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS	59,61	2
00222	CONTROL DE IMPULSOS INEFICAZ	59,57	2
00208	DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL PROCESO DE MATERNIDAD	59,36	2
00083	CONFLICTO DE DECISIONES	58,59	2
00162	DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA GESTIÓN DE LA SALUD	58,27	2
00148	TEMOR	58,10	2
00166	DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA ELIMINACIÓN URINARIA	57,91	2
00077	AFRONTAMIENTO INEFICAZ DE LA COMUNIDAD	57,89	2
00022	RIESGO DE INCONTINENCIA URINARIA DE URGENCIA	57,61	2
00096	DEPRIVACIÓN DE SUEÑO	57,59	2
00213	RIESGO DE TRAUMATISMO VASCULAR	57,51	2
00059	DISFUNCIÓN SEXUAL	57,50	2
00106	DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA LACTANCIA MATERNA	57,19	2
00072	NEGACIÓN INEFICAZ	57,05	2
00197	RIESGO DE MOTILIDAD GASTROINTESTINAL DISFUNCIONAL	56,78	2
00035	RIESGO DE LESIÓN	56,72	2
00180	RIESGO DE CONTAMINACIÓN	56,63	2
00216	LECHE MATERNA INSUFICIENTE	56,57	2
00164	DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL ROL PARENTAL	56,55	2
00117	DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA CONDUCTA ORGANIZADA DEL LACTANTE	56,50	2

00219	RIESGO DE OJO SECO	44,45	1
00005	RIESGO DE DESEQUILIBRIO DE LA TEMPERATURA CORPORAL	43,70	1

00202	RIESGO DE PERFUSIÓN GASTROINTESTINAL INEFICAZ	56,25	1
00171	DISPOSICION PARA MEJORAR LA RELIGIOSIDAD	41,43	1

# *La incorporación del arte en el aprendizaje de diagnósticos enfermeros*

## **Autor/es**

Francisca Ruiz- Mata; Montse Edo- Gual, Carmen Ruiz- Bueno ;-. Amor Aradilla-Herrero

## **Palabras clave**

Aprendizaje basado en las artes, mapa conceptual, diagnósticos enfermeros, pensamiento creativo, satisfacción estudiantes

## **Introducción**

Formar a futuras enfermeras a través de las artes liberales, humanidades y las ciencias garantiza su preparación, así como a enfrentarse a las demandas profesionales, personales y a los desafíos de los cambios sociales y culturales que repercuten en la cultura del cuidado (Centeno et al., 2017; Kooken & Kerr, 2018; Rieger & Chernomas, 2013). En la práctica diaria, la enfermera continuamente se enfrenta a la valoración de situaciones, a la identificación y priorización de problemas, procesos muy ligados a la calidad de la atención sanitaria. La incorporación del arte desarrolla habilidades como la observación, la identificación y discriminación, que preparan al estudiante en habilidades clínicas (Hidalgo, Bordallo, & Cantabrana, 2017; Saunders, Kowalski, & Weathers, 2017; Wellbery & McAteer, 2015; ) y en la toma de decisiones y la realización de diagnósticos (Hoshiko, 1985; Jasani & Saks, 2013; Pellico, Friedlaender, & Fennie, 2009).

Hay que mencionar, además que el arte enseña a estar abiertos a miradas alternativas y que el pensamiento creativo puede facilitar la interpretación, el análisis o la toma de decisiones de un problema (Hensel & Moorman, 2017; Santos, 2014; Torres García, 2013).

Considerando lo anterior, el estudio realizado incluye el arte como vehículo formador para adquirir conocimientos de fisiopatología y diagnósticos enfermeros del temario de la piel. Dentro del marco de la educación el arte proporciona un aprendizaje creativo ya que posee un rasgo lúdico, es más atractivo y llama la atención del estudiante, y aumenta la satisfacción en su aprendizaje (Kangas, 2010) no solo provoca cambios positivos en la motivación (Burnaford, Brown, Doherty, & McLaughlin, 2007) sino que también mejora la atención para el aprendizaje (Wikström, 2011).

## **OBJETIVOS**

### *Objetivo general*

Evaluar una experiencia docente en la que se utiliza el arte como intervención educativa para el aprendizaje de la fisiopatología y diagnósticos enfermeros de la piel en una asignatura de segundo curso de Enfermería clínica.



### *Objetivos específicos*

- Explorar la percepción de los estudiantes sobre el uso de fragmentos de arte como estrategia docente.
- Analizar los resultados del aprendizaje de fisiopatología y diagnósticos enfermeros de los estudiantes posterior a la implementación de las sesiones.
- Evaluar el nivel de satisfacción de los estudiantes sobre la metodología utilizada en el aula.
- Evaluar si el arte promueve el pensamiento creativo de los estudiantes.

## **METODOLOGÍA**

### Diseño

Con el propósito de responder a los objetivos de esta investigación, se adopta un diseño mixto, con una primera fase cualitativa exploratoria preliminar y una segunda fase cuantitativa para evaluar la intervención definitiva que se corresponde con un diseño transversal observacional.

### ***FASE 1. EXPLORATORIA: EVALUACIÓN DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA COMO PRUEBA PILOTO MEDIANTE UN GRUPO FOCAL***

#### Intervención

Durante el curso académico 2014/15 se realizó una intervención preliminar que consistió en dos sesiones formativas de 90 minutos en las que se visualizaron fragmentos de película, vídeos, fotografía, ilustraciones, narraciones y cuadros, para que los estudiantes analizaran la relación entre los contenidos explicados y las manifestaciones artísticas propuestas.

#### Técnica de recogida de datos

Para la recogida de datos se utilizó un grupo focal en el que los estudiantes pudieran expresar sus opiniones e interactuar y debatir sobre la intervención educativa. La muestra estuvo constituida por 11 estudiantes, de los 133 matriculados. La elección de los participantes se hizo bajo el criterio de mejor informante y variabilidad discursiva.

#### Resultados

Surgen dos temas principales: El arte ayuda al aprendizaje y facilita la creatividad y el pensamiento lateral (Tabla1).

### ***FASE 2. IMPLEMENTACIÓN DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA***

#### Intervención

Durante el curso 2015/16 se implementó la intervención educativa definitiva, teniendo en cuenta los resultados de la fase exploratoria. En esta fase se llevaron a cabo 6 sesiones formativas de 90 minutos cada una, sobre la fisiopatología y diagnósticos enfermeros de la piel,

utilizando diferentes manifestaciones artísticas. Como estrategia de enseñanza-aprendizaje la clase magistral y la elaboración de un mapa conceptual a partir de un fragmento de película.

### **FASE 3. EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD EDUCATIVA**

#### **Evaluación de conocimientos**

El mapa conceptual se corrigió a partir de una rúbrica que contemplaba diferentes dimensiones: etiopatogenia; signos y síntomas; funciones de la piel alteradas; y diagnósticos enfermeros. Para obtener una uniformidad en la valoración de la actividad se llevó cada dimensión de 0-10 puntos de calificación (Gráfico1).

#### **Evaluación de la satisfacción**

Respondieron un cuestionario de satisfacción adhoc que contenía 15 preguntas de respuesta tipo Likert, del 1 al 5, (1\_Nada de acuerdo y 5\_Totalmente de acuerdo) (Gráfico2).

#### **Evaluación del Pensamiento Creativo**

Para la evaluación del pensamiento creativo se utilizó la escala The Emotion/motivation-related Divergent and Convergent thinking styles Scale (EDICOS)<sup>9</sup>. Este instrumento permite evaluar las diferencias individuales relacionadas con la creatividad emocional y motivacional, así como el pensamiento convergente y divergente. La escala EDICOS consta de 30 ítems de formato tipo Likert siendo 1 completamente en desacuerdo y 6 en completo acuerdo (Tabla 2).

#### **Muestra**

En esta fase 87 estudiantes elaboraron un mapa conceptual, 59 contestaron el cuestionario de satisfacción y 71 la escala de pensamiento creativo de los 133 estudiantes matriculados en la asignatura.

### **ANÁLISIS DE LOS DATOS**

#### **Datos cualitativos de la fase exploratoria**

La entrevista del grupo focal fue grabada, transcrita, codificada y posteriormente analizada. Se realizó un análisis temático del contenido, en coherencia con el planteamiento de acceso al conocimiento inductivo que plantea la investigación cualitativa, partiendo de lo particular (pegado a los datos de campo) a lo general (construcciones teóricas). Por ello, el análisis se inició con la codificación de los datos en un proceso de progresiva abstracción, detectando la emergencia de subcategorías, categorías y temas. Durante el proceso de análisis se mantuvo una continua reflexividad, volviendo una y otra vez a los datos para evaluar su interpretación y la construcción del significado.

#### **Datos cuantitativos de la fase de implementación de la intervención**

Para el análisis de los datos cuantitativos en el cuestionario de satisfacción, se han calculado las frecuencias y porcentajes de las variables de estudio. Para el aprendizaje, se ha realizado un análisis descriptivo de los estadísticos de tendencia central. Asimismo, tras la comprobación

de la distribución no reunía las condiciones de parametricidad, se realizó el contraste a través de la prueba no paramétrica de Willcoxon. Para el análisis de los resultados de la escala EDICOS se ha utilizado el programa SPSS v.21. La consistencia interna de la escala fue evaluada mediante el cálculo de los coeficientes alfa de Cronbach; y la relación entre la escala y las otras variables fue evaluada mediante los coeficientes de correlación de Pearson.

### **ASPECTOS ÉTICOS**

Para la realización de este estudio se solicitó la aprobación del Comité de Ética e investigación de la Escuela Universitaria de Enfermería. La participación de los estudiantes en las distintas fases del estudio fue de carácter voluntario y todos los participantes firmaron el consentimiento informado. Durante el estudio se mantuvo el tratamiento confidencial de los datos según la normativa legal (Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre). Asimismo, para la evaluación del pensamiento creativo, se contó con la autorización de los autores de la escala.

### **RESULTADOS**

Los estudiantes en el grupo focal manifiestan que la metodología docente que utiliza el arte como vehículo formador ayuda a los estudiantes a mejorar su aprendizaje.

La media de la calificación respecto a la identificación de los diagnósticos enfermeros fue de 7,4. Se observó una alta satisfacción relacionada con el material relacionado con el arte, una media de 4,35 (en una escala del 1 al 5). Respecto al pensamiento creativo, las medias de las puntuaciones de las diferentes dimensiones fueron: 33,66 para la dimensión convergente-negativo, 36,74 para convergente-preventivo, 23,30 para divergente-positivo y 39,454 para divergente-proactivo, respectivamente.

### **DISCUSIÓN**

Los estudiantes expresan que la observación e interpretación del arte ha permitido una aproximación a la práctica clínica y ha facilitado el aprendizaje sobre la fisiopatología y los diagnósticos enfermeros, en este sentido los datos coinciden con otros autores (Hoshiko, 1985; Jasani & Saks, 2013; Pellico, Friedlaender, & Fennie, 2009). También manifiestan un alto grado de satisfacción en todos los ítems en relación con su proceso de aprendizaje, como con los recursos artísticos empleados destacando la fotografía y visualización de películas, estos resultados coinciden con otros estudios que han demostrado un incremento de la satisfacción del estudiante con esta metodología (Nguyen, Miranda, Lapum, & Donald, 2016). Respecto al pensamiento creativo, la escala EDICOS ha mostrado una alta consistencia en todas las dimensiones y no se han obtenido diferencias significativas en relación con el género. En este sentido, otros estudios (Daud, Omar, Turiman, & Osman, 2012) (Thompson, Lamont-Robinson, & Younie, 2010) muestran que las metodologías que incorporan el arte como estrategia pedagógica también estimulan el pensamiento creativo de los estudiantes.

## CONCLUSIONES

Los estudiantes expresan que la observación e interpretación del arte ha permitido una aproximación a la práctica clínica y ha facilitado el aprendizaje sobre la fisiopatología y los diagnósticos enfermeros.

## LIMITACIONES

Esta investigación presenta algunas limitaciones. La primera de ellas se deriva de la muestra utilizada ya que al tratarse de una muestra por conveniencia todos los estudiantes pertenecían a la escuela universitaria en la que imparte clases el investigador. La segunda, al ser participación voluntaria, hay diferencias del número de participantes al estudiar las diferentes variables. Asimismo, en relación al pensamiento creativo, al ser un estudio transversal, no se han podido establecer diferencias pre y post intervención.

## APLICACIONES PARA LA PRÁCTICA

La utilización del arte como vehículo formador puede ser muy útil en materias de fisiopatología y cuidados enfermeros ya que permite ofrecer un enfoque humanista, visibilizando la enfermedad más allá de la parte biológica, aportando otros puntos de vista, sensibilidad contextual y preparando al estudiante para hacer frente a contextos futuros. Asimismo, aprender a través del arte puede ayudar en el aprendizaje, estimular el pensamiento creativo y aumentar su motivación personal sobre los estudios.

## Bibliografía

1. Burnaford, G., Brown, S., Doherty, J., & McLaughlin, J. (2007). Arts Integration Frameworks, Research & Practice. A Literature Review. Arts Education Partnership. Retrieved from <http://mendeley.csuc.cat/fitxers/38a54b26f88de51d1b5f6a31528f5a66>
2. Centeno, C., Robinson, C., Noguera-Tejedor, A., Arantzamendi, M., Echarri, F., & Pereira, J. (2017). Palliative care and the arts: vehicles to introduce medical students to patient-centred decision-making and the art of caring. *BMC Medical Education*, 17(1), 257. <https://doi.org/10.1186/s12909-017-1098-6>
3. Daud, A. M., Omar, J., Turiman, P., & Osman, K. (2012). Creativity in Science Education. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 59, 467–474. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2012.09.302>
4. Hensel, D., & Moorman, M. (2017). Doctorate of Nursing Practice Students' Impressions of Uses for Visual Thinking Strategies. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 48(8), 365–368. <https://doi.org/10.3928/00220124-20170712-08>
5. Hidalgo, A., Bordallo, J., & Cantabrana, B. (2017). Utilidad potencial de las artes visuales en la enseñanza de la medicina. *Educación Médica*. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2017.07.009>
6. Hoshiko, B. (1985). Nursing diagnosis at the art museum.the relationship of art to nursing diagnosis. *Nursing Outlook*, 33(1), 32. Retrieved from <http://mendeley.csuc.cat/fitxers/3e56b9d54d9598bed627098c07d6e1e7>

7. Jasani, S. ., & Saks, N. S. (2013). Utilizing visual art to enhance the clinical observation skills of medical students. *Medical Teacher*, 35(7), e1327. Retrieved from <http://mendeley.csuc.cat/fitxers/78929c99a54b763942dff2ba51c7ad27>
8. Kangas, M. (2010). Creative and playful learning: Learning through game co-creation and games in a playful learning environment. *Thinking Skills and Creativity*, 5(1), 1–15. <https://doi.org/10.1016/j.tsc.2009.11.001>
9. Kooken, W. C., & Kerr, N. (2018). Blending the liberal arts and nursing: Creating a portrait for the 21st century. *Journal of Professional Nursing*, 34(1), 60–64. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2017.07.002>
10. Nguyen, M., Miranda, J., Lapum, J., & Donald, F. (2016). Arts-Based Learning: A New Approach to Nursing Education Using Andragogy. *Journal of Nursing Education*, 55(7), 407–410. <https://doi.org/10.3928/01484834-20160615-10>
11. Pellico, L. H., Friedlaender, L., & Fennie, K. . (2009). Looking is not seeing: using art to improve observational skills. *Journal of Nursing Education*, 48(11), 648–53. <https://doi.org/10.3928/01484834-20090828-02>
12. Rieger, K. L., & Chernomas, W. M. (2013). Arts-Based Learning: Analysis of the Concept for Nursing Education. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 10(1), 1–10. <https://doi.org/10.1515/ijnes-2012-0034>
13. Santos, A. (2014). Cine. In Fundación Botín (Ed.), *Artes y emociones que potencian la creatividad*. (pp. 36–52). Santander.
14. Saunders, M. M., Kowalski, S. L., & Weathers, S. (2017). Students' Perceptions of a Poem to Evaluate Learning: A Qualitative Study. *Journal of Nursing Education*, 56(10), 628. Retrieved from <http://mendeley.csuc.cat/fitxers/27f8211df35294c87b71721dfdef7679>
15. Thompson, T., Lamont-Robinson, C., & Younie, L. (2010). Compulsory Creativity! The development and on-line curation of mandatory creative endeavour in an undergraduate medical curriculum. *Medical Education*, 44 Sup 3. Retrieved from <http://mendeley.csuc.cat/fitxers/9d43bcbf92a702331c8db0d013001026>
16. Torres García, O. E. (2013). La educación a través del arte como instrumento básico de la enseñanza superior : comparativa y validación del Test Crea como recurso evaluador en alumnos. Retrieved from <http://mendeley.csuc.cat/fitxers/7aca4fb4e4e81ebdd408343d1c3fddd6>
17. Wellbery, C., & McAteer, R. A. (2015). The Art of Observation: A Pedagogical Framework. *ACADEMIC MEDICINE*, 90(12), 1624. Retrieved from <http://mendeley.csuc.cat/fitxers/099e756dfe3780b7594e5d45a6497789>
18. Wikström, B.-M. (2011). Works of Art as a Pedagogical Tool: An Alternative Approach to Education. *Creative Nursing*, 17(4), 187–194. <https://doi.org/10.1891/1078-4535.17.4.187>

Gráfico. 1 Calificación de las dimensiones del Mapa conceptual

Gráfico 2. Satisfacción de los estudiantes sobre la intervención

Tabla 1. Categorías, subtemas y temas del análisis del grupo focal

CATEGORÍAS, SUBTEMAS Y TEMAS DEL ANÁLISIS DEL GRUPO FOCAL		
Categorías	Subtemas	Temas
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recordar</li> <li>• Relacionar</li> <li>• Comprender</li> <li>• Entender</li> <li>• Memorizar</li> <li>• Estudiar</li> <li>• Motivación</li> <li>• Crea curiosidad</li> <li>• Facilitador</li> <li>• Visual</li> <li>• Real</li> <li>• Reflexionar</li> <li>• Innovador</li> </ul> <p>Significados diferentes</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Otras miradas</li> <li>• Cuestionarios</li> </ul>	<p>El arte ayuda a recordar y comprender la teoría</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El arte facilita la comprensión y el estudio</li> </ul> <p>El arte motiva al alumno en su estudio</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El arte estimula la curiosidad para aprender</li> <li>• El arte hace visible la enfermedad y las emociones asociadas</li> <li>• El arte acerca a la realidad y a la reflexión sobre la práctica de la profesión</li> </ul>	El arte ayuda al aprendizaje
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El uso del arte para estudiar fisiopatología es innovador</li> <li>• Se aprenden otros significados del arte y de las enfermedades</li> <li>• El arte permite ver una misma situación bajo distintas miradas</li> <li>• El arte genera preguntas</li> </ul>	El arte facilita la creatividad y el pensamiento lateral

Tabla 2. Medias, desviaciones típicas, valores t y significación (p) para la muestra total, hombres y mujeres de las cuatro dimensiones de la escala EDICOS (convergente-negativo, convergente-preventivo, divergente-positivo y para divergente-proactivo)

Escala	Media (DT) Muestra total N = 71	Media (DT) Mujeres N = 56	Media (DT) Hombres N = 15	t	p
Convergente-negativo	33.66 (6.56)	33.66 (6.64)	33.67 (6.50)	0	ns
Convergente-preventivo	36,74 (6.65)	36.55 (6.40)	37.47 (7.70)	-0.47	ns
Divergente-positivo	23.30 (4.18)	23.25 (4.18)	23.53 (4.27)	-0.23	ns
Divergente-proactivo	39.45 (6.81)	39.90 (6.54)	41.40 (7.61)	-1.26	ns

## *Introducción de Codificación con Lenguajes Enfermeros en Unidades Móviles de Emergencias.*

### **Autores**

Sara Navarro-Santos, Patricia Fernán-Pérez, Yaincoa Pérez-Barba, Alberto Barberá-Gómez, María Alejandra Lázaro-Tebar, Esmeralda Rúa-Sanz.

### **Palabras clave**

Diagnóstico de Enfermería, Proceso de Enfermería, Enfermería de Urgencia

### **Introducción**

El uso de lenguaje estandarizado aporta a nuestra profesión distintas ventajas ampliamente descritas en la literatura como son la mejora de la calidad en la prestación de los cuidados, permite considerar al sujeto en su totalidad y diversidad, ayuda a conseguir autonomía profesional, favorece la investigación y permite que haya una comunicación efectiva entre profesionales. Sin embargo, por parte de los profesionales, sobre todo en los servicios de emergencias extrahospitalarios, se perciben como poco aplicables a nuestro medio por la falta de tiempo y la imposibilidad de una valoración exhaustiva del individuo en todas sus esferas, considerándose una sobrecarga de trabajo carente de beneficios tanto para el paciente como para la profesión.

La sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias (SEEUE) en 2006 publica unas recomendaciones para la adopción del proceso enfermero en los servicios de urgencias y emergencias, invitando a la adaptación a nuestro contexto de las taxonomías y clasificaciones internacionales existentes: North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), Nursing Outcomes Classification (NOC) Y Nursing Interventions Classification (NIC). Proponen basar la valoración en el modelo de Virginia Henderson, incluyendo las apreciaciones de María Teresa Luis Rodrigo para el registro de los problemas de autonomía.

Dentro de las recomendaciones generales que se dan para el uso de las taxonomías está la de conocerlas, para de este modo seleccionar a priori los diagnósticos de Enfermería, criterios de resultado e intervenciones que son de aplicación en nuestro medio y familiarizarnos con sus definición, características y factores relacionados, indicadores y escalas de valoración o actividades, según el caso.

Hasta ese momento, los registros de enfermería, que en ámbitos de actuación como el nuestro, se habían limitado a gráficas de constantes, anotación de tratamientos administrados y observaciones, siendo en algunos servicios un par de líneas denominadas observaciones de enfermería en el informe clínico asistencial, comienzan a desarrollarse.

En determinados servicios de emergencias en otras comunidades existen registros de enfermería adaptados a proceso enfermero bien en papel, o bien en formato electrónico. En nuestra comunidad autónoma, el SUMMA 112 (servicio de urgencias médicas de la Comunidad

de Madrid) dispone de un registro de enfermería integrado en la historia clínica electrónica, en el que parte de los ítems son compartidos con el Informe clínico relleno por los médicos, quedando en exclusiva un apartado de texto libre para anotación de observaciones y un apartado de codificación para procedimientos de enfermería, que utilizaba CIE-9 para codificar.

Se había realizado un intento previo de implementación de las Taxonomías NANDA-NOC-NIC en los centros de urgencias extrahospitalarias, que no fue bien recibido por los profesionales por considerarlo rígido, tedioso e incompleto, de manera que cayó en desuso.

Existen otros lenguajes enfermeros, como ATIC, que algunos profesionales consideran de mayor utilidad por ser más intuitivos y adaptados a nuestra cultura pero no están tan ampliamente extendidos a nivel internacional.

Con la publicación del RD 1093/2010, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud, en su anexo VII, incluye la obligación de usar codificación NANDA-NOC-NIC en los informes de enfermería del SNS, también en las Urgencias Extrahospitalarias.

## **Objetivos**

Implantación de codificación con Taxonomías NANDA-NOC-NIC en los registros de Enfermería de las unidades móviles del servicio de Emergencias extrahospitalarias de la comunidad de Madrid, SUMMA 112.

Desarrollo de una aplicación informática para integrar las taxonomías en el informe clínico electrónico.

## **Material y método/desarrollo conceptual:**

Se diseña un plan estratégico en varias fases:

En una primera fase, la de desarrollo se constituye un grupo de trabajo con enfermeros asistenciales de distinto perfil y gestores. En él participan profesionales de enfermería asistenciales que desarrollan su trabajo en unidades de soporte vital avanzado, centro coordinador de urgencias y emergencias, unidades de asistencia domiciliaria de enfermería y centros de urgencias extrahospitalarios. Los gestores implicados fueron Directora y Subdirector de Enfermería y Enfermera Adjunta del departamento de calidad.

Tras la constitución del grupo y la exposición de motivos se inicia el trabajo con la revisión de las Taxonomías. Se planifican reuniones semanales para puesta en común del trabajo realizado y reparto de nuevas tareas.

Para cada taxonomía (NANDA, NOC y NIC) se realizó una revisión de los códigos incluidos, con el objetivo de seleccionar aquellos que se consideraran adecuados. Se usó como criterio de inclusión, para cada una de las tres taxonomías, que fueran aplicables en nuestro trabajo. Como criterios de exclusión se eligió la imposibilidad de su uso en nuestro medio o imposibilidad de registro en historia clínica. Se trabajó con la premisa de ser conservadores a la



hora de excluir un código, ya que se consideró mejor tenerlo y no usarlo que necesitarlo y poder acceder a él.

Una vez seleccionados los códigos a incluir y los que se iban a descartar, cada miembro del grupo revisó ambos listados sobre todo para evitar descartar aquellos que pudieran resultar de interés, ya que en entre cada dispositivo de los representados hay variabilidad en cuanto a la tipología y necesidades de cuidado de los pacientes atendidos.

El siguiente paso consistió en el desarrollo de interrelaciones flexibles NANDA-NOC y NANDA-NIC, basadas en nuestra práctica profesional. Se decidió hacerlo de esta manera para que resultara más accesible el registro de las intervenciones de enfermería. Se planteó que, para facilitar su uso, al seleccionar un diagnóstico NANDA la aplicación sugiriera unos criterios de Resultado NOC y unas intervenciones NIC. Dada la variabilidad de intervenciones y pacientes que atendemos en nuestro servicio se decidió que fueran listas abiertas, de manera que si los criterios de Resultado o las intervenciones no se adaptaban a nuestro caso concreto se pudiera acceder al resto de los resultados y/o intervenciones incluidos en la aplicación.

Una vez concluido el trabajo teórico se incorporan los informáticos y se inicia el desarrollo de la aplicación informática para integrar los lenguajes propios de la Enfermería en el programa de historia clínica. Para facilitar el uso a los profesionales menos acostumbrados se decide añadir descripción de todas las etiquetas incluidas en la aplicación, de cada una de las taxonomías, de manera que puedan consultarse los significados de las mismas. Se decide incluir también un buscador de texto para facilitar el acceso a las mismas.

Una vez concluido el proceso de desarrollo se inicia la fase de despliegue. Se realizan dos actividades formativas sobre proceso de enfermería y lenguajes enfermeros adaptado a nuestro medio, y manejo de la aplicación informática desarrollada.

Se facilita documentación a los enfermeros asistentes tanto sobre el proceso enfermero como de los códigos que se han incluido de cada taxonomía y las interrelaciones desarrolladas. Se desarrolla una guía de uso de la aplicación que se publica en la intranet del servicio para dar acceso a todos los profesionales.

Se realiza difusión a todos los profesionales de enfermería del servicio desde la dirección de Enfermería a través del correo corporativo.

## **Resultado**

En enero de 2018 entra en funcionamiento la aplicación informática que permite a los profesionales de enfermería codificar con lenguajes enfermeros los informes asistenciales. En ella se han incluido 158 diagnósticos NANDA, 295 Criterios de resultado NOC y 325

Intervenciones NIC. Cada uno de los diagnósticos tiene asociadas interrelaciones con Criterios de resultado e intervenciones. Estas interrelaciones no son cerradas, de manera que se permite el acceso a los listados completos siempre que el paciente así lo requiera. La

aplicación también facilita registrar que se está realizando un seguimiento de plan de cuidados iniciado por otros profesionales o la presencia de problemas de colaboración.

## Conclusiones

Los profesionales de enfermería tienen la necesidad de codificar su trabajo usando un lenguaje común. Aunque están ampliamente extendidas, aún hoy desconocemos si las taxonomías NANDA-NOC-NIC son las que más se adaptan a nuestro entorno de trabajo. Dado que la legislación vigente exige el uso de NANDA-NOC-NIC, desde el grupo de trabajo hemos tratado de facilitar su aplicación a nuestro medio seleccionando los códigos de cada taxonomía que a priori parecen ser más apropiados para su uso y desarrollando una aplicación informática de manejo sencillo y con ayudas cognitivas para facilitar su utilización. Queda pendiente el seguimiento de su implantación, viendo el uso real que hacen los profesionales y la depuración de códigos incluidos previamente que no resulten aplicables.

## Bibliografía

1. Herdman, T.H. (2015) (Ed). NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificación . 2015-2017. Barcelona: Elsevier.
2. Bulechek, G.M. (2013) (Ed.). Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC).Barcelona: Elsevier.
3. Moorhead, S. (2013) (Ed.). Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Barcelona: Elsevier.
4. Registro del proceso enfermero en el área de Urgencias y Emergencias. Recomendación científica de la Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias. Diciembre 2005/Enero 2006. [www.enfermeriadeurgencias.com](http://www.enfermeriadeurgencias.com) [Texto Completo] [Consulta: 026/04/2018]
5. *Banco de Preguntas Preevid. Importancia del registro del proceso enfermero (NANDA, NIC,NOC) en urgencias y emergencias extrahospitalarias. Murciasalud, 2013. Disponible en [http://www.murciasalud.es/preevid.php?op=mostrar\\_pregunta&id=19388&idsec=453](http://www.murciasalud.es/preevid.php?op=mostrar_pregunta&id=19388&idsec=453)*
6. Péculo Carrasco, JA; Rodríguez Bouza, M; Jiménez Cordero, JP. Metodología de Proceso Enfermero con modelo conceptual de Virginia Henderson en asistencias extrahospitalarias en la provincia de Cádiz. Ciber Revista -Esp- 2006 nov (46). [Texto Completo]
7. Huitzi-Egilegor, Joseba Xabier, Elorza-Puyadena, Maria Isabel, Urkia-Etxabe, Jose Maria, Esnaola-Herrero, Maria Victoria, & Asurabarrena-Iraola, Carmen. (2013). Retrospective study of the implementation of the nursing process in a health area. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21(5), 1049-1053. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692013000500006>
8. Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud. Núm. 225 Jueves 16 de septiembre de 2010 Sec. I. Pág. 78742

9. Luis Rodrigo MT, Fernández Ferrín C, Navarro Gómez MV. De la teoría a la práctica: El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. Barcelona: Masson, S.A.; 2000
10. Luis Rodrigo MT. Los Diagnóstico Enfermeros: Revisión Clínica y guía práctica, 8.a ed. Barcelona: Elsevier Masson, 2008.

## *Aspectos psicométricos del CRE “conducta terapéutica: enfermedad o lesión” para medir adherencia al régimen terapéutico.*

### **Autor/es**

Sandra Lucrecia Romero-Guevara, Dora Inés Parra, Lyda Rojas-Sánchez, Zayne Milena Roa-Díaz. Universidad Industrial de Santander. Colombia.

### **Palabras clave**

Estudios de Validación, Terminología Normalizada de Enfermería, Cooperación del Paciente, Hipertensión, Diabetes Mellitus Tipo 2.

### **Introducción**

El control de enfermedades crónicas como la hipertensión (HTA) y la diabetes mellitus (DM2) requiere, además del cumplimiento del tratamiento farmacológico cambios en el estilo de vida. Por tanto, en la medición de la adherencia al régimen terapéutico, es necesario evaluar aspectos tanto farmacológicos como no farmacológicos.

Enfermería por su parte brinda cuidados integrales y cuenta con herramientas que le permite medir el impacto de sus intervenciones. La cuarta edición de Clasificación de Resultado de Enfermería (CRE) incluyó la etiqueta “Conducta terapéutica: enfermedad o lesión (1609)” con indicadores que evalúan el cumplimiento de acciones para el control de una patología.

### **Objetivos**

Evaluar la validez de constructo y reproducibilidad de un instrumento para medir la adherencia al régimen terapéutico basado en la etiqueta CRE “conducta terapéutica: enfermedad o lesión” en personas con HTA y DM2 .

### **Material y métodos**

Estudio de corte transversal en personas con HTA y/o DM2 vinculadas a un programa de riesgo cardiovascular. Se partió de un diseño previo del instrumento con 11 indicadores (evaluados con 85 ítems), cuya validez de constructo fue evaluada por análisis factorial de componentes principales exploratorio; la versión final fue analizada bajo el modelo Rasch. Se calculó alfa de Cronbach y la reproducibilidad prueba-reprueba con el coeficiente correlación intraclase (CCI).

### **Resultados**

Muestra 500 pacientes. Los 5 indicadores (evaluados con 13 ítems) de la versión final del instrumento corresponden al cumplimiento de la medicación, dieta, ejercicio, supervisión de efectos terapéuticos y evitar comportamientos que empeoran la patología, cuyos ítems explicaron el 67.62% de la variación total y ajustaron al modelo Rasch MNSQ Outfit (0.12-1.5); alpha-Cronbach 0.61, CCI 0.63.

## Conclusiones

Los resultados constituyen evidencia de la validez y reproducibilidad del instrumento aquí propuesto para medir el cumplimiento al régimen terapéutico contemplando las principales recomendaciones de la literatura científica para el manejo integral de HTA y DM2.

## Bibliografía

1. Guttman, L. (1954). Some necessary conditions for common-factor analysis. *Psychometrika*, 19(2), 149-161.
2. Linacre, J. M. (1994). Sample size and item calibration stability. *Rasch measurement transactions*, 7(4), 328.
3. López Romero LA, Romero Guevara SL, Parra DI, & LZ., R. S. (2016). Adherencia al tratamiento: Concepto y medición. *Hacia promoc. salud.*, 21(1), 117-137. doi: DOI: 10.17151/hpsal.2016.21.1.10
4. Moorhead, S., & Johnson, M. (2009). *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)*: Elsevier Health Sciences.
5. Romero G, S., Parra, D., Sánchez R, J., & Rojas, L. (2017). Adherencia terapéutica de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2 de Bucaramanga, Colombia. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*, 49(1), 37-44.

## *Eficacia de la intervención “Enseñanza individual” en la adherencia al régimen terapéutico: un ensayo clínico*

### **Autores**

Dora Inés Parra, Sandra Lucrecia Romero-Guevara, Lyda Z. Rojas. Universidad Industrial de Santander. Colombia.

### **PALABRAS CLAVE**

Intervención de enfermería, educación del paciente, adherencia, cumplimiento, ensayo clínico.

### **INTRODUCCIÓN**

La falta de adherencia al régimen terapéutico prescrito sigue siendo un problema en los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), quienes presentan altas tasas de incumplimiento (1,2,3). En los países desarrollados, solo el 50% de las personas que padecen enfermedades crónicas cumplen con el tratamiento prescrito, mientras que, en los países en desarrollo, esta adherencia puede ser menor, debido a la escasez de recursos y a las inequidades de acceso a los servicios de salud (1, 4,5,6). En relación a la hipertensión (HTA) se refiere que menos del 25% de los pacientes tratados logran una presión óptima (1) y para el caso de la diabetes mellitus tipo-2 (DM2), el estudio CODE-2 (por sus siglas en inglés, Costo de la Diabetes en Europa: tipo 2) halló que, solo 28% de los tratados por diabetes logran un buen control glucémico, así mismo, la Asociación Americana de la Diabetes en los Estados Unidos, refiere que menos de 2% de los adultos con diabetes cumplen con las recomendaciones prescritas (1).

Ante esta problemática, la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1) ha indicado que es necesario disponer de estrategias eficaces y al alcance de las personas afectadas. Enfermería como parte de los sistemas de salud puede contribuir a la solución mediante la selección de intervenciones propias de un lenguaje estandarizado acorde a los requisitos, habilidades y capacidades de los pacientes.

Los sistemas de salud están poniendo cada vez más atención en el manejo de las ECNT (7) En Colombia, el nuevo Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) (8) hace énfasis en la implementación de acciones que favorezcan la promoción y cuidado de la salud, protección específica, detección temprana, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación a lo largo del curso de su vida, con oportunidad, pertinencia, accesibilidad, eficiencia, eficacia y efectividad. Es por ello que incluye tanto las acciones orientadas a generar bienestar, como las dirigidas hacia el mantenimiento de la salud, la detección de riesgos y enfermedad, la curación de la enfermedad y la reducción de la discapacidad. En este marco de acción, el MIAS ha resalta el papel de la enfermera en la atención primaria (9), lo cual favorece la visibilidad (10) de enfermería en los programas de Riesgo Cardiovascular, aspecto que se había perdido debido a que la atención de enfermería en estos programas era poca, siendo asumida por otros profesionales principalmente el médico.

Teniendo en cuenta la contribución que enfermería puede hacer en la solución de esta problemática, se diseñó una intervención educativa de “Enseñanza individual, (5606)” (11,12) en el marco de un ensayo clínico controlado. El propósito de esta ponencia es mostrar los resultados de la eficacia de la intervención para mejorar la adherencia al régimen terapéutico.

## **OBEJTIVO**

Evaluar la eficacia de la intervención de enfermería “Enseñanza Individual” comparada con la atención habitual para aumentar la adherencia al régimen terapéutico en pacientes con HTA y/o DM2.

## **MÉTODOS**

Ensayo clínico aleatorizado paralelo de dos brazos (Enseñanza individual vs atención habitual). El grupo intervenido estuvo conformado por 98 personas y el grupo control por 102 con HTA y/o DM2 atendidas en los Programas de Riesgo Cardiovascular del ISABU de Bucaramanga, en el periodo de mayo 2016 a septiembre 2017.

La intervención de “Enseñanza individual” (5606) (11), aplicada al grupo intervenido incluyó 6 sesiones: Modificación de la conducta: motivación (4360), Enseñanza proceso enfermedad (5602), Enseñanza medicamentos prescritos (5616), Enseñanza dieta prescrita (5614), Enseñanza ejercicio prescrito (5612) y Mejorar el afrontamiento (5230). La metodología era multicomponente e incluyó una cartilla guía como material educativo (interactivo), acuerdos o compromisos con el paciente, recordatorio de citas, organización de medicamentos, entre otras. Cada sesión tenía una duración de 30 minutos en promedio y fue ejecutada por dos enfermeras profesionales con experiencia en atención a personas en Programas de Riesgo Cardiovascular. Las enfermeras fueron previamente entrenadas en los procedimientos operativos del ensayo.

El grupo control recibió la atención habitual que brindan los diferentes miembros del equipo de salud del Programa de Riesgo Cardiovascular, basada en la Guía de Atención Integral del Programa de Riesgo Cardiovascular.

El desenlace fue la adherencia al régimen terapéutico y se midió con etiqueta CRE “Conducta terapéutica: enfermedad o lesión (1609)” (13) previamente operacionalizada y validada, que consta de 13 ítems que evalúan 5 indicadores de esta etiqueta a saber: Cumple con el régimen de medicación, Sigue la dieta prescrita, Cumple el nivel de actividades prescritas, Supervisa los efectos terapéuticos y Evita conductas que potencien la patología. Este instrumento fue aplicado por una enfermera diferente a la que realizó la intervención. Se realizó seguimiento del desenlace a los 6 y 12 meses después del inicio del estudio.

A la línea de base las variables categóricas fueron descritas como valores absolutos y relativos y las variables cuantitativas como media (desviación estándar) o mediada (Q1-Q3) según correspondiera su distribución. La comparación de las características basales de los grupos de estudio (intervención y control) fueron realizados mediante las pruebas de Chi2 o Exacta de

Fischer para las variables categóricas y con pruebas t de Student o U de Mann-Whitney para los datos continuos. Se orientó un análisis por intención a tratar. Las tres mediciones de la adherencia al régimen terapéutico (0, 6, 12 meses) fueron analizadas a través de ANOVA de medidas repetidas (intragrupos e intergrupos), la esfericidad fue evaluada por el test de Greenhouse-Geisser  $\epsilon$  y se tuvieron en cuenta los valores de p corregidos para múltiples comparaciones. El análisis de ANOVA de medidas repetidas permitió evidenciar si la intervención produce un efecto durante el tiempo en cada grupo (Grupo), si existe un efecto durante el tiempo para toda la muestra (Tiempo) y si el cambio en el tiempo es diferente para cada grupo (Tiempo\*Grupo), este último es el efecto más importante en términos de responder el objetivo del estudio. El protocolo contó con la aprobación de un comité de ética en investigación y los participantes firmaron consentimiento informado para participar en este estudio.

## RESULTADOS

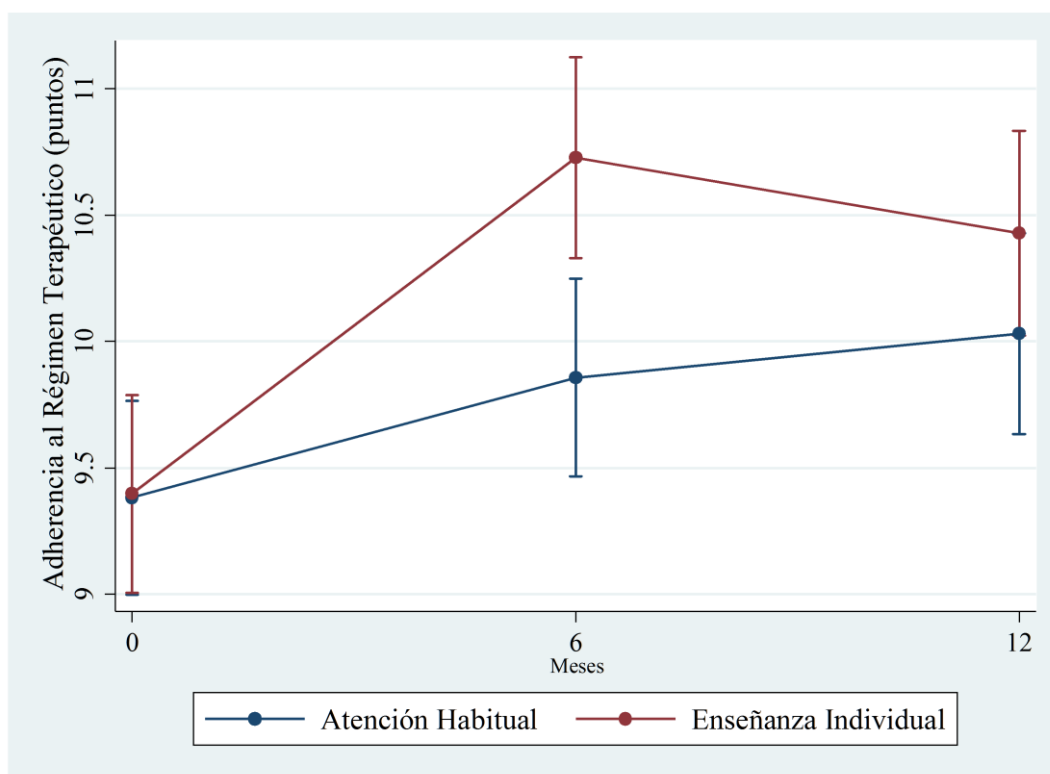
200 pacientes (n=98 intervenidos; n=102 controles). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las características sociodemográficas y clínicas entre los grupos a la línea de base, lográndose un perfecto balanceo. El efecto de la intervención sobre el Grupo fue  $\beta=0.244$  (IC 95% -2.099; 2.588;  $p=0.838$ ); sobre el Tiempo a los 6 meses  $\beta=0.427$  (IC 95% 0.022; 0.832;  $p=0.039$ ); sobre el Tiempo a los 12 meses  $\beta=0.609$  (IC 95% 0.200; 1.019;  $p=0.004$ ); Tiempo\*Grupo a los 6 meses  $\beta=0.877$  (IC 95% 0.299; 1.455;  $p=0.003$ ) y Tiempo\*Grupo a los 12 meses  $\beta=0.388$  (IC 95% -0.197; 0.975;  $p=0.193$ ) ver Tabla 1 y Figura 1.

**Tabla 1.** Eficacia de la intervención “Enseñanza Individual” comparada con la atención habitual sobre la adherencia al régimen terapéutico

Adherencia al régimen terapéutico (puntos)	$\beta$	95% IC	p-value
<b>Grupo</b>	0.244	-2.099; 2.588	0.838
<b>Tiempo</b>			
0 meses	Reference		
6 meses	0.427	0.022; 0.832	<b>0.039</b>
12 meses	0.609	0.200; 1.019	<b>0.004</b>
<b>Tiempo*Grupo</b>			
0 meses	Reference		
6 meses	0.877	0.299; 1.455	<b>0.003</b>
12 meses	0.388	-0.197; 0.975	0.193

**Figura 1.** Cambio en el Tiempo de la Adherencia al Régimen Terapéutico: Grupo Intervenido vs Control





## CONCLUSIONES

Se evidenció un incremento en el puntaje total de adherencia al régimen terapéutico en el grupo intervenido comparado con el grupo control de 0.877 y 0.388 puntos a los 6 y 12 meses, respectivamente; sin embargo, estas diferencias solo fueron estadísticamente significativas a los 6 meses de seguimiento.

En conclusión, la intervención de enfermería “Enseñanza Individual” demostró eficacia para aumentar la adherencia al régimen terapéutico a los 6 meses de seguimiento en pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo-2, este incremento no fue estadísticamente significativo a los 12 meses, probablemente por falta de poder estadístico, continuaremos aumentando el tamaño de muestra para evidenciar el verdadero efecto a los 12 meses post-intervención.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Organization World Health. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción: Organización Mundial de la Salud; 2004. Disponible en: <http://www.farmacologia.hc.edu.uy/images/WHO-Adherence-Long-Term-Therapies-Spa-2003.pdf>; consultado 21/04/2018.
2. Perl S, Niederl E, Kos C, Mrak P, Ederer H, Rakovac I, Beck P, Kraler E, Stoff I, Klima G *et al*: Randomized Evaluation of the Effectiveness of a Structured Educational Program for Patients With Essential Hypertension. *American journal of hypertension* 2016, 29(7):866-872.
3. Sandy R, Connor U. Variation in medication adherence across patient behavioral segments: a multi-country study in hypertension. *Patient Prefer Adherence*. 2015;9:1539-48.

4. Soto J. La adherencia al tratamiento: cumplimiento y constancia para mejorar la calidad de vida. J Soto (Presidencia), Tercer Foro Diálogos Pfizer-Pacientes Foro llevado a cabo en Madrid, España Recuperado de [https://www.pfizer.es/docs/pdf/asociaciones\\_pacientes/2009/FOROpfizer\\_2009.pdf](https://www.pfizer.es/docs/pdf/asociaciones_pacientes/2009/FOROpfizer_2009.pdf). 2009.
5. Aguirrezabalaga J, Aguado M, Aizpurua I. Adherencia al tratamiento farmacológico en patologías crónicas. *Infac*. 2011; 19:1-6.
6. Odnoletkova I, Goderis G, Nobels F, Aertgeerts B, Annemans L, Ramaekers D: Nurse-led telecoaching of people with type 2 diabetes in primary care: rationale, design and baseline data of a randomized controlled trial. *BMC Fam Pract* 2014, 15:24.
7. An J, Nichol MB: Multiple medication adherence and its effect on clinical outcomes among patients with comorbid type 2 diabetes and hypertension. *Med Care* 2013, 51(10):879-887.
8. Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). Política de Atención Integral en Salud. Bogotá.
9. Prado LA, González M, Paz N, Romero K. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. *Rev. Med. Electron. [revista en la Internet]*. 2014; 36(6): p. 835-845.
10. Amante LN, Rossetto AP, Scheneider DG. Sistematización de la asistencia de enfermería en una unidad de terapia intensiva basada en la teoría de Wanda Horta. *Rev. esc. enferm.*. 2009; 43(1): 56-64.
11. Bulechek GM. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). Quinta ed.: Elsevier Health Sciences; 2009.
12. Golshahi J, Ahmadzadeh H, Sadeghi M, Mohammadifard N, Pourmoghaddas A: Effect of self-care education on lifestyle modification, medication adherence and blood pressure in hypertensive adults: Randomized controlled clinical trial. *Adv Biomed Res* 2015, 4:204
13. Moorhead S,&JM. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). Cuarta ed. España: Elsevier Health Sciences; 2009.

## *Evaluación del Proyecto “Sueño” mediante la NOC*

### **Autores**

Carrión Pérez MD, Martín Vaquero Y, Hernández Moreno Y, Colinas Zarza E, Miguélez Luís AI

### **Introducción**

Según algunos estudios la calidad del sueño en los pacientes ingresados es fundamental para mejorar, no solo el sueño, sino el proceso patológico que ha motivado la hospitalización del paciente ingresado. El ambiente hospitalario puede contribuir a la incomodidad cuando la iluminación proporcionada no corresponde con el ritmo circadiano, así como el estado de ánimo, el dolor, la ansiedad y otros. (1)

Los ritmos circadianos regulan la proliferación celular y esta regulación puede verse alterada y tener repercusiones en el desarrollo del cáncer. (2)

La dificultad para dormir es aún más notable a medida que la edad avanza. Este insomnio que muchas veces se produce de la fragmentación del sueño o en algunas ocasiones como consecuencia de la falta de actividad, produce irritabilidad, cansancio, alteraciones en la memoria, riesgo de caídas, mayor dependencia, aumento de automedicación a psicofármacos, rompe o deteriora las relaciones familiares y sociales. (3)

Si a todos estos cambios fisiológicos, le sumamos el ingreso. La alteración del sueño se hace notoria. Existe evidencia científica, de la mala calidad del sueño en estas situaciones con cambios en las fases de sueño REM (Rapid Eye Movement) Los pacientes se despiertan frecuentemente y como consecuencia de este insomnio que se produce por la noche, los pacientes duermen más por el día. Según Woods entre el 40-50% el sueño total se produce por el día. (4,5)

El ruido tiene dos integrantes, uno puramente físico (el sonido) y otro de carácter subjetivo (la molestia). El nivel del sonido se mide en decibelios (dB). Un incremento en los dB, representa un incremento en la energía sonora. El oído percibe el incremento de 10 dB, como el doble de ruido. El ruido es aquel sonido no deseado. (6,7)

El ruido producido por las actividades del personal en el turno de noches, incrementa la exacerbación en la confusión y el delirio. La OMS (Organización Mundial de la Salud) sugiere que los niveles de sonido hospitalario, no debería exceder de los 35dB y un máximo de 40 dB durante la noche. Los niveles de ruido suelen ser superiores y están por encima de estas recomendaciones de la OMS. Los cambios de intensidad de sonidos, no reconocibles ni interpretados por los pacientes, incrementan su desconcierto por no discernir el aluvión de ruidos que son incapaces de entender ni controlar.(8)

El ruido producido por los profesionales hablando es uno de los motivos de discomfort, dentro de las unidades de hospitalización (9)

Según una revisión bibliográfica, existen estudios en los 30 últimos años que han demostrado que los pacientes duermen mal en las unidades de Cuidados Intensivos, pero muy pocos, han abordado las consecuencias que supone esta falta de sueño y la recuperación de estos pacientes, teniendo en cuenta aquellos que padecen enfermedades prologadas.(10)

Bartick, refiere que las rutinas del hospital interrumpen el sueño nocturno. Que el uso de sedantes promueve el sueño, pero aumenta el riesgo de caídas y delirios y concluye que las pequeñas modificaciones en estas rutinas nocturnas, pueden reducir significativamente el uso de sedantes en pacientes y la mejora del sueño.(11)

El Proyecto SUEÑON® (12) del Instituto Carlos III se implanta en la Unidad de Medicina Interna de un Hospital Comarcal para promover el descanso de los pacientes ingresados poniendo en marcha algunas soluciones de fácil implantación que pueden ayudar a mejorar el sueño en los pacientes ingresados.

## **Objetivo**

El objetivo de este estudio es analizar si los indicadores del resultado NOC 0004 Sueño son válidos para evaluar los resultados de las medidas implantadas.

## **Metodología**

Estudio descriptivo, prospectivo de junio a octubre de 2017 en los pacientes ingresados en una unidad de Medicina Interna de un Hospital Comarcal. Se elabora la siguiente documentación: consentimiento informado para el paciente, cuestionario con variables sociodemográficas : sexo, edad, días hospitalización, habitación de ingreso y con 5 indicadores del resultado NOC 0004 Sueño medidos con la escala "a" y un indicador del resultado NOC 2102 Nivel del dolor (tabla 1) Se utilizó la escala de Likert (tabla 1) para valorar los cuestionarios.

Se recogieron otros indicadores sobre el ruido producidos en el interior de la habitación y el baño (cisternas, tuberías, climatización) los producidos en el exterior, climatológicos, tráfico, sirenas de ambulancias, para valorar otras medidas implantadas pero no están en el resultado NOC Sueño . No se recogieron datos de filiación. Los cuestionarios se realizaron después de la 1ª, 4ª noche y al alta.

Los criterios de inclusión fueron, todos los pacientes ingresados desde el 1 de junio al 31 de octubre de 2017. Los criterios de exclusión son pacientes con deterioro cognitivo, valorando estos mediante las escalas de Barthel de autonomía para las actividades de la vida diaria y escala de valoración sociofamiliar de Gijón, escalas de evaluación realizadas en la valoración de los pacientes y registradas en el Aplicativo GACELA CARE que gestiona la historia de enfermería en nuestro medio .

Se realiza análisis estadístico descriptivo de las variables.

Previamente se realizaron búsquedas bibliográficas sobre el sueño en bases de datos científicas, usando las palabras clave: Sueño, NOC, SueñOn® para documentar la situación y

buscar evidencias de las acciones a realizar. Posteriormente el equipo de profesionales se plantea valorar el entorno, instalaciones, recursos materiales, actividades de la enfermera, técnico en cuidados de enfermería y resto del equipo. Donde se determinan las necesidades para mejorar las condiciones ideales .

Se realizaron cambios en la actividades nocturnas del personal de la unidad, para evitar ruidos, sonidos, luces y otros motivos que causan insomnio en los pacientes hospitalizados. En la infraestructura de la unidad se precisa modificar los cierres de persianas, se engrasaron las ruedas de los carros de uso común (carros de medicación, los de cambio de pañales, los de limpieza) se minimizo el ruido de camas en ingresos nocturnos, topes en la puertas, se modificó los sistemas de iluminación, el calzado del personal en el turno de noches y otras medidas para evitar despertar a los pacientes.

Además de estas medidas se pide a los familiares de los pacientes ingresados su participación activa, se responsabilizaron mediante documento de compromiso proporcionado por proyecto SueñOn® a desconectar el sonido de los móviles, no encender la televisión, ni realizar conversaciones entre ellos, ni con el personal para no alterar el sueño.

Las medidas implementadas fueron llevadas a cabo, desde las 24 horas de la noche, hasta las 6:30 horas de la mañana, tiempo fundamental para que los pacientes puedan conciliar el sueño, requisito fundamental establecido por el proyecto SueñOn®, como “horas mágicas” las horas comprendidas en este periodo de tiempo.

Tabla 1.

**CÓDIGO:** 0004 **RESULTADO:** SUEÑO

**DEFINICIÓN:** Suspensión periódica natural de la conciencia durante la cual se recupera el organismo.

**DOMINIO:** 1 Salud funcional **CLASE:** A Mantenimiento de la energía  
ESCALA a Desde Gravemente comprometido hasta NO comprometido

Indicadores :

402. HORAS DE SUEÑO

404. CALIDAD DEL SUEÑO

405. EFICIENCIA DEL SUEÑO

406. SUEÑO INTERRUMPIDO

407. HÁBITO DEL SUEÑO

**NOC [2102] RESULTADO:** NIVEL DEL DOLOR

**DEFINICIÓN:** Intensidad del dolor referido o manifestado.

**DOMINIO:** 5 Salud percibida **CLASE:** V Sintomatología

ESCALA n Desde Grave hasta Ninguno.

Indicadores:

210201 DOLOR REFERIDO

## Resultados

La evaluación se inició con 122 pacientes, de los cuales terminaron el estudio 60(49%). Los casos perdidos, se produjeron como consecuencia de traslados a otros centros sanitarios u otras unidades de hospitalización, fallecimiento y periodo vacacional con personal sustituto, no implicados en el estudio, que ocasionó la no finalización de algunos cuestionarios, que tuvieron

que ser desestimados. La media de días hospitalización  $6.3 \pm 3$  (2-17), con una media edad  $76.4 \pm 14$  (19-94).

En la 1ª evaluación media de indicadores  $3,4 \pm 0,9$  (1.5-5), moda y mediana 3.5.. En la 2ª evaluación media de indicadores  $3,7 \pm 0,9$  (1.2-5), moda 3.2 y mediana 3.8. Al alta media de indicadores  $4.2 \pm 0,6$  (2.7-5), moda 5 y mediana 4.3. Al tercer día ingreso la media de progresión es  $0,3 \pm 1.1$  (-2,7 - 3). Al alta la media de progresión es  $0,8 \pm 0,9$  (-1 - 2.8). En la 1º evaluación 10% no refieren cambios, 65 % mejorar descanso 25% empeoran. A los tres días ingreso 11,7 % empeoran el descanso. Al alta 76.7% mantienen o mejoran la valoración indicadores sueño.

En el análisis de los casos de empeoramiento, el tercer día los indicadores peor valorados son: sueño interrumpido -0,7 (gráfico 1 y gráfico 2), dolor -0,6.

Tras análisis de estos casos el factor coincidente es el indicador “sueño interrumpido” con habitaciones cercanas al cuarto de medicación y control de enfermería. Siendo el ruido producido por las conversaciones del personal, causante del despertar de los pacientes ingresados en esas habitaciones colindantes a las dependencias mencionadas.

Y el otro indicador dolor, la enfermera debe de minimizarlo para que afecte lo menos posible  
Gráfico 1.

Gráfico 2

## Conclusiones

La valoración del proyecto iniciado en la unidad mediante los indicadores del resultado NOC ha sido valido y se ha demostrado que las medidas implantadas han mejorado el descanso de los pacientes.

Para valorar todas las medidas implantadas se necesitarían incorporar otros indicadores.

Es importante concienciar al personal que en las dependencias donde más ruido se produce, las conversaciones deben ser en voz baja, relativas al trabajo y evitar conversaciones altas.

El cambio de actitud de los profesionales potenciado por la valoración de los pacientes ha conseguido la continuidad de todas las medidas implantadas y se hayan incorporado a la práctica habitual.

Se ha logrado apoyo de la Dirección, mandos intermedios , implicar a todo el personal de la unidad, no solo las enfermeras, técnicos en cuidados de enfermería, sino al resto de los trabajadores no sanitarios que se han concienciado en el proyecto y han modificado sus actividades, para mejorar el descanso de los pacientes ha contribuido a mejorar el sueño de estos.

Se ha generado un ambiente laboral favorecer para continuar con más evaluaciones en la unidad piloto poniendo medidas para disminuir el número de casos perdidos y que otras unidades se empiecen a adherir al proyecto.

## Bibliografía

1. Bernhofer EI, Higgins PA, Daly BJ, Burant CJ & Hornick TR. Hospital lighting and its association with sleep, mood and pain in medical inpatients. *Journal of Advanced Nursing*. 2014, 70(5), 1164–1173.
2. Camargo-Sanchez A, Niño CL, Sánchez L, Echeverri S, Gutiérrez DP, Duque AF, et al. Theory of Inpatient Circadian Care (TICC): A Proposal for a Middle-Range Theory. *Open Nurs J*. 2015 Feb 27; 9:1-9.
3. C.B. Gras, J.L. Hidalgo, Y.D. García, J.T. Lapeira, A.V. Ferrer, I.P. Martínez. Trastornos del sueño y condiciones ambientales en mayores de 65 años. *Aten Primaria*, 41 (2009), pp. 564-569 <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2008.11.015> Medline
4. X. Drouot, B. Cabello, M.P. d'Ortho, L. Brochard. Sleep in the intensive care unit. *Sleep Med Rev*, 12 (2008), pp. 391-403
5. M.L. Mitchell. Nocturnal care interactions with patients in critical care units. *Aust Crit Care*, 18 (2005), pp. 86-87
6. Ministerio de Medio ambiente. Conceptos básicos del ruido ambiental. 2000.
7. World Health Organization. Night Noise Guidelines. 2009.
8. An investigation o sound levels on intensive care units with reference to de WHO guidelines" Julie L. Darbyshire and J Duncan Young.
9. Herman Miller Healthcare. Sound Practices: Noise Control in the Healthcare Environment. Research Summary 2006.
10. Weinhouse GL; Schwab RJ. Sleep in the critically ill patient. *SLEEP* 2006;29(5): 707-716.
11. Melissa C. Bartick. Decrease in As-needed Sedative Use by Limiting Nighttime Sleep Disruptions from Hospital Staff.
12. SUEÑON®. Que conocemos. [Internet] Acceso Enero 2018. Disponible en: <http://suenon.recursosencuidados.es/queconocemos.html>

## *Análisis del uso de lenguajes enfermeros estandarizados en hospitalización*

### **Autores**

Yolanda Martín-Vaquero, Ana Belén Báez-Marín, M<sup>a</sup> Paz Gómez-Peroy, Justina de Prada-García, Juan Carlos García-Vázquez.

### **PALABRAS CLAVE**

Sistemas de Información, Atención de Enfermería, Registros. Plan de cuidados.

### **INTRODUCCION**

Salud Castilla y León (SACYL) inicia un proceso de informatización de la historia clínica electrónica. El plan estratégico en tecnologías de la información y de la comunicación recoge las principales líneas de desarrollo para los sistemas de información en el ámbito del SACYL, la Línea 4: Historia Clínica Electrónica: engloba todas las acciones previstas por el SACYL para la sustitución de la Historia Clínica (HC) tradicional del paciente por una HC informatizada que facilite la asistencia sanitaria del ciudadano y asegure el conocimiento veraz, exacto y actualizado de su estado de salud por los profesionales sanitarios que le atienden. (1). Previamente a la implantación del sistema de información enfermería (SIE) se requiere un trabajo previo para fundamentar la base de conocimiento. Desde los Servicios Centrales se reúne de forma presencial a representantes de todos los hospitales durante un mes con responsables metodológicos de la empresa, es importante destacar que se incluye a los profesionales de enfermería en el desarrollo del sistema según se recomienda (2). Entre los profesionales seleccionados existían diferentes perfiles; habían estado en otro proceso previo de validación del sistema implantado en sus entornos asistenciales en la versión disponible y otros que no disponían de ningún sistema funcionando. Todos tenían experiencia asistencial en diferentes áreas del hospital, áreas de gestión (calidad, formación) y formación en metodología enfermera.

Se participó en la elaboración de la base intentando trasladar la experiencia del equipo, no se trataba de una selección teórica, de una simple síntesis de contenido de diagnósticos, resultados e intervenciones sino que cada una de las interrelaciones estaban basadas en el conocimiento y la experiencia del grupo de expertos. El reto era crear una base de datos que facilitara a todos los profesionales de SACYL la implementación del proceso enfermero en el entorno asistencial de Atención Especializada creando la base para lo que posteriormente ha sido imprescindible y que sin un soporte de un sistema de información hubiera sido inviable., realizar los registros enfermeros según el Real Decreto 1093/2010, en el que se aprueba el Conjunto Mínimo Básico de Datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud. Entre los documentos clínicos está el Informe de Cuidados de Enfermería (ICE), cuyo contenido están definidas en el anexo vii del Real Decreto. Dentro de las variables obligatorias en cualquier modelo de ICE, están los diagnósticos de enfermería de la NANDA, resueltos



durante el ingreso hospitalario, los diagnósticos de enfermería NANDA activos al alta, junto con los resultados de enfermería de la NOC y las intervenciones de enfermería de la NIC (3). En otros servicios de salud se han desarrollado procesos de desarrollo e implantación con el mismo objetivo derivados de esta normativa. (4-6)

## **OBJETIVOS**

Analizar la experiencia de la creación y la evolución de la base de conocimiento validada. Describir el proceso y los resultados de la implantación del SIE.

## **METODOLOGIA**

Estudio descriptivo retrospectivo desde el inicio en 2007 hasta el momento actual de la evolución de la base de conocimiento. Fuente datos: SIE GACELA CARE®

## **RESULTADOS**

En 2007 se inicia la validación de la Base de Conocimiento SIE mediante un grupo de expertos por consenso. Partiendo para toda la organización del modelo de cuidados de Virginia Henderson que es el que da el marco teórico se han desarrollado las valoraciones e interrelaciones NANDA-NOC-NIC. Arranca el proceso con el análisis de diagnósticos NANDA, determinar que diagnósticos pasarían a formar base con la máxima de realizar una base de mínimos que se completaría posteriormente según necesidades que surjan.

Tras un sistemático e intenso trabajo de los expertos se va analizando cada diagnóstico agrupados por Necesidades básicas, características definitorias, factores relaciones, factores riesgo, diagnósticos NANDA; escalas, indicadores, resultados NOC, actividades, intervenciones NIC. Se deciden qué actividades pasan a formar parte de cada Intervención. Por consenso se van seleccionando que incorporar a la base.

Es un proceso lento en momentos debido a las discrepancias hasta conseguir llegar a la decisión final. Se validan el resto de elementos de la base; variables, características tipos de turno, dietas.

Se seleccionan 57 diagnósticos NANDA (45 reales (DRE), 12 riesgo (DRI), 81 resultados con 301 indicadores NOC, 187 intervenciones NIC con una selección de las actividades prioritarias. A cada característica definitoria de diagnósticos se le da peso que posteriormente será lo que consiga ir creando el plan de cuidados (diagnósticos por valoración) y a cada Intervención con sus actividades se asigna responsables (enfermera, auxiliar, supervisora), tipo (programada con horario, continua o a demanda)

La responsabilidad de la gestión de la base es de la responsable de la Gerencia y la empresa que codifica, previamente a formar parte del aplicativo. Todos los códigos se solicitan previamente a la responsable lo cual asegura que todos los hospitales tienen la misma base de conocimiento

Una vez que se consensua la base inicial se inicia la implantación de forma progresiva en los hospitales según criterios y recursos con el soporte en dicha implantación de la empresa. (7)

La planificación de la implantación era formación metodología enfermera que se considera imprescindible para asegurar una base teórica a todos los profesionales (1ª semana), formación en el manejo del aplicativo (2ª semana), arranque en unidad con apoyo de expertos y seguimiento. Esta sistemática se va realizando con todas las unidades de hospitalización del hospital. Paralelamente en cada entorno hospitalario se realizaban tareas necesarias como gestión usuarios, adecuar base a las peculiaridades y decisiones de la dirección, personalizar unidades, perfiles a cada hospital.

En la Comunidad Autónoma existen 14 hospitales a partir de noviembre 2010 se modifica el sistema de implantación. Zamora es el primer hospital que se realiza el despliegue con el soporte de otro Hospital y con las limitaciones que impone la nueva situación económico que obliga a redefinir para continuar el objetivo inicial de extender una historia unificada en todo SACYL . Son los responsables del aplicativo del Hospital Rio Hortega, los que forman a los responsables del Hospital a implantar y dan soporte en la implantación unidades iniciales de forma presencial y siguientes apoyo telemático. Pero siempre con la formación en metodología a todos los profesionales. (8)

En la base existen elementos individuales interrelacionados que permiten realizar la planificación individual de los cuidados imprescindibles para posteriormente incorporar otros elementos estandarizados lo que facilitara a todos los profesionales dicha planificación de cuidados .Se consensuan tres protocolos de autocuidados ( autónomo, parcial y total )según nivel de dependencia siguiendo la Escala Barthel. Protocolo de ingreso .que integra todas las intervenciones precisas. Esto implica que en todos los diagnósticos de déficit de cuidados están recogidos en los protocolos no se contemplaran en los planes de cuidados.

Para el proceso de estandarización se realizan grupos de trabajos para validar planes de cuidados estandarizados (PCE) para toda la Gerencia (39), que cada hospital añade PCE según necesidades siempre desde la base validada. Las primeras validaciones (ACV, EPOC) se realizan de forma presencial con un trabajo previo. Posteriormente se pasa a dividir la realización en subgrupo y se la puesta común se realiza por foros. El grupo de experto decide por ejemplo para unificar que la infección se considera como un diagnóstico de riesgo, dolor como una complicación potencial

Como medio para comunicación, intercambio de ficheros se crea un campus virtual para todos los responsables y gestores del aplicativo lo que facilita la disponibilidad de documentos, y el trabajo de los grupos de trabajo.

Todos los expertos tienen la opción de recibir formación en metodología enfermería para reformar y al que se unen las nuevas incorporaciones del equipo. Posteriormente nos incorporamos a la formación en Enfermería basada en evidencia con formación presencial por expertos y durante un año apoyo en la elaboración de informes de evidencia cuyo objetivo era

que cada grupo revisara plan estándar dando evidencia pasando a formar parte del Banco de Evidencias de Cuidados de SACYL (9). Todo este proceso facilita ir incorporando las conclusiones de los informes de evidencia a los planes de cuidados estandarizados. A la vez que se actualiza la base según han ido apareciendo las nuevas versiones de las taxonomías si bien esto es un proceso muy laborioso y complejo.

En nuestro entorno la base actual se ha ampliado desde la inicial y consta de 127 factores riesgo, 176 factores relacionados, 236 características normalidad, 50 DRE, 16 DRI, etc. y se han incorporado 14 planes de cuidados. Se han incorporado nuevos registros por demanda de los profesionales (por ejemplo: Registro drenaje torácico). Como material de apoyo se elabora documento para guiar la fase de valoración fundamental para el resto del proceso y un esquema de trabajo que se va actualizando según se ha ido evolucionando.

El SIE permite crear actuaciones, en este momento existen 24 en nuestra base que facilitan la realización plan de cuidados. Hay actuaciones creadas que logran dar valor a la valoración, al realizar la Escala Norton se cargara el protocolo de ingreso que estará vigente 24 horas primera ingreso, según riesgo se cargara cuidados de prevención de úlceras. Si el paciente tiene riesgo social, caídas, úlcera se crearan alertas. El reflejar las intervenciones de enfermera ante una ostomía en un registro permite actualizar plan cuidados, y tener un histórico de la evolución. En el evolutivo permite reflejar y crear alertas y que enfermeras de servicios centrales (radiología, reanimación, pruebas respiratorias, consultas enfermería), trabajadora social, fisioterapeuta puedan reflejar las actividades realizadas dar continuidad lo que está generando seguridad en la atención.

Tras 8 años en el Complejo Asistencial en 2017 se ha logrado que la : valoración de enfermería siguiendo las necesidades de Virginia Henderson que este en el 69'6% las 14 necesidades correctamente realizadas, que exista un plan cuidados estándar en el 52'4%, que el 75% intervenciones proceso, 85,4% tenían protocolo y que a demanda de los profesionales se realizan planes individualizados lo que conllevan que existan en el 17'6% DRE, 30'8% DRI, 15'8% Complicaciones potenciales.

Los gestores se plantean realizar el proceso enfermero completamente incorporando la evaluación resultados NOC logrando que en el 45% de los pacientes al menos al ingreso y al alta se realice a pesar de que el sistema no facilita esta tarea y es una mejora solicitada.

Se ha logrado implantar en la rutina diaria trabajo con los lenguajes enfermeros y mantenerlo en el tiempo como se refleja en el gráfico.

En cada turno se realiza en el 92% confirmación actividades tanto de enfermeras como de TACE, momento en el cual se actualiza el plan cuidados. .

El Informe de Continuidad asistencial en 2017:93,34%, primer trimestre 2018: 95'69%. , si bien es mejorable la calidad el sistema permite una comunicación inmediata del alta al siguiente nivel de atención asistencial.

De forma progresiva se está logrando incorporar monitores de variables que facilitan y automatizan el registro de variables lo que aporta seguridad en la transmisión y calidad de registro eliminando errores.

La plataforma creada donde se aloja documentación, planes de cuidados estandarizados, protocolos etc. se mantiene y se completa con el uso del correo electrónico.

De forma periódica se realizan talleres formativos, en especial a nuevos trabajadores, alumnos para reforzar el aprendizaje y mandos intermedios elementos claves en todo el proceso de implantación y mantenimiento.

Anualmente se realizan encuentros para puesta común de la situación de cada hospital donde compartir experiencias, analizar situaciones, buscar oportunidades de mejora.

Destacar la necesidad de tener accesible base conocimientos, para que cada gestor pueda incorporarlo a la base de cada hospital y otras mejoras que aumenten no solo la cantidad sino la calidad de registros.

## **CONCLUSIONES**

Partir de un grupo de expertos y crear una base de datos mínimos de consenso ha logrado la implantación y actualización continua.

La formación en metodología previa ha sido fundamental para favorecer el pensamiento crítico y aumentar de forma progresiva y mantener el uso del proceso enfermero con las taxonomías enfermeras.

Se ha conseguido que todo el Servicio de Salud disponga del mismo SIE, uniformidad en la historia y en un futuro próximo facilitará la comunicación entre ambos niveles asistenciales de la misma área y con el resto de áreas.

Disponer del sistema permite la homogeneización y planificación de cuidados siguiendo la metodología del proceso de atención de enfermería, realizar el informe de cuidados con criterios legales, continuidad asistencial y el desarrollo de la disciplina enfermera.

La integración con otros sistemas y la innovación para acercarlo a los pacientes, serán la base para avanzar y mejorar los registros. Es preciso seguir mejorando y adaptarlo a las nuevas demandas que los profesionales sugieren.

*Agradecimiento a todo el grupo de expertos que fueron una fuente de conocimiento imprescindible para lograr el objetivo inicial de validar una base de conocimiento que con el paso de tiempo se han convertido en profesionales de referencia y a todos los que han formado parte de ella en estos once años. A los responsables de GACELA en la Gerencia Regional y al equipo del Hospital Río Hortega por su acogida y apoyo. Al equipo de mi hospital que hemos conseguido superar todos los retos y cada uno de los profesionales del Complejo Asistencial de Zamora que hacen que cada día sea una realidad el sueño que empezó en noviembre de 2010.*

## BIBLIOGRAFIA

1. Consejería de Sanidad. Guías de Integración de la Gerencia Regional de Salud, Dirección Técnica de Tecnologías de la Información, Dirección General de Desarrollo Sanitario, Junta de Castilla y León. Marzo 2011.
2. Currell R, Urquhart C Sistemas de registro de enfermería: efectos sobre la práctica de la enfermería y resultados en la asistencia sanitaria (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
3. Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud. BOE núm. 225, de 16 de septiembre de 2010. pp. 48742-67.
4. Román Cereto M, Campos Rico A, Viñas Heras C, Palop R, Zamudio Sánchez A, Domingo García R, et al. Las taxonomías enfermeras NANDA, NOC y NIC en la práctica asistencial hospitalaria. *Enfermería Clínica*. 1 de junio de 2005; 15(3):163-6.
5. Terriza-Torres AJ, Goñi-Alagua MA, Pérez-García S, Dura-Jiménez MJ, Aguilar-Ortega JM, Pose-Becerra CI. Evaluación de metodología de trabajo enfermero con la aplicación informática. Libro de ponencias del XIV Encuentro Internacional de Investigación en Enfermería (INVESTEN). Burgos. 2010 Nov (1):307-9 [Acceso 29 Nov 2010]. Disponible en: <http://encuentros.isciii.es/burgos2010/>
6. Medina-Valverde MJ, Rodríguez-Borrego M, Luque-Alcaraz O, de la Torre-Barbero MJ, Parra-Perea J, Moros-Molina M. Estudio evaluativo sobre una herramienta informática de gestión enfermera en el periodo 2005-2010. *Enfermería Clínica*. 2004;67:22
7. Buergo-García O. Análisis de la implantación de Planes de Cuidados, a través de GACELA, en las unidades médicas del Hospital Santa Bárbara de Soria. NURE Inv. 2013; 10:1---18. Disponible en: <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/636/624>
8. Martín Vaquero Y. Análisis de las habilidades y formación de los profesionales de enfermería previa informatización de los cuidados. *Nuevo Hospital* Febrero 2013; Vol. IX Nº 1. ISSN:1578-7516. Disponible en: <http://www.saludcastillayleon.es/CAZamora/es/publicaciones/revista-nuevo-hospital-2013>
9. Portal de Investigación de la Gerencia Regional de Salud (Banco de evidencias en cuidados) [Internet]. [consultado 26 de abril de 2018]. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/investigacion/es/banco-evidencias-cuidados>

## *Evaluación de los Registros Electrónicos Enfermeros en Unidades de Gestión Clínica: Estudio descriptivo*

### **Autor/es**

María Dolores Mateos-García, Ana M<sup>a</sup> Porcel-Gálvez, Eugenia Gil-García, Sergio Barrientos-Trigo, Amelia Ramos-González-Serna, M<sup>a</sup> del Carmen Pedrosa-Carrera.

### **Palabras clave**

Registro electrónico enfermero, calidad, metodología enfermera.

### **Introducción**

En los últimos años, el foco de investigación en metodología y taxonomías enfermeras se ha centrado fundamentalmente en la evaluación de la estructura y contenido de los registros electrónicos enfermeros. Además, son una herramienta útil para visibilizar la metodología de trabajo enfermero en la clínica. En este sentido, en Andalucía se desarrolló a partir del año 2005 el “Módulo de cuidados, Azahar” del proyecto Diraya, que permite la gestión informatizada de los cuidados enfermeros.(1) La incorporación de las TICs en la práctica clínica podría contribuir a la mejora de la calidad de los registros.

### **Objetivos**

Describir el contenido de los registros electrónicos enfermeros en unidades de hospitalización.

### **Material y métodos**

Estudio descriptivo transversal. Se realizó un muestreo estratificado simple de registros electrónicos enfermeros, siguiendo un procedimiento aleatorio en función del número de ingresos/año de 5 unidades de hospitalización médico-quirúrgicas, del Hospital Virgen de Valme (Sevilla), durante el año 2016. El contenido fue analizado mediante la escala Q-DIO modificado-22.(2)

### **Resultados**

Se revisaron 280 registros. Las necesidades más documentadas (3 indicaciones o más) fueron movilidad (26,7%), hidratación e integridad de la piel (24,3%) y alimentación (20,3%). Por el contrario, las necesidades psico-emocionales no se cumplimentaron en más del 80% de los registros. El 52% no argumentaron los diagnósticos enfermeros desde la valoración, ni los factores etiológicos. Tampoco se registran las intervenciones (63%) ni las actividades enfermeras (87%) en las historias clínicas. Por otro lado, existe un alto grado de cumplimentación de resultados de enfermería (83%).

### **Conclusiones**

El contenido de los registros electrónicos enfermeros no visibiliza suficientemente el trabajo enfermero debido a la falta de cumplimentación. Futuros estudios podrían analizar las causas

del infrarregistro así como proponer medidas que faciliten y mejoren el diseño de los registros electrónicos.

## **Bibliografía**

1. Tecnova (2007). Manual módulo de cuidados 2.2.0.0. Servicio Andaluz de Salud. Recuperado de <http://www.hospitalregionaldemalaga.es/intranet/Portals/intranet/DAH/M anual%20de%20modulo%20de%20cuidados%20DAH.pdf>
2. Mateos-García, Maria D. (2017). Metodología enfermera y sistemas estandarizados de lenguaje enfermero en la historia clínica digital. Tesis Doctoral. Universidad de Sevilla. Disponible en <https://idus.us.es/xmlui/handle/11441/69103>

## *Módulo de Cuidados, una herramienta para trabajar con metodología enfermera en las consultas de Atención Primaria de Castilla y León.*

### **AUTORES**

García-Fernández, J., Mañá-González, M., Mesas-Sáez, A.

### **PALABRAS CLAVE**

Diagnóstico de Enfermería, Consulta de Enfermería, Metodología Enfermera, Atención Primaria.

### **INTRODUCCIÓN**

#### *Antecedentes.*

Después de un trabajo previo de dos años, en el que expertos recogieron los diagnósticos, resultados e intervenciones más adecuados se activó el Módulo de Cuidados.

Después de un pilotaje en Soria y de estar ya operativo en toda la Comunidad, en julio de 2017 se activó para los profesionales del Centro de Salud Ponferrada II, como prueba para extenderlo a todo el Área de Salud.

La implantación del Módulo de Cuidados, línea estratégica de la Gerencia de Salud, fue guiada en Área por dos responsables que formaron a todas las enfermeras de Atención Primaria. Aún hoy, siguen asesorando en su uso y manejo.

Hasta su activación, era no solamente difícil el registro del trabajo realizado, sino que era inexacto.

Se circunscribía la labor de Enfermería, según el programa informático Medora, al cumplimiento de las Guías de Práctica Clínica, las tablas de constantes y al texto libre del curso clínico, no disponiendo de un espacio o apartado específico para el registro como sí disponían otras profesionales.

La única forma que el programa permitía era añadir a la gráfica de constantes los Patrones Funcionales de Marjory Gordon. De esta forma, mediante texto libre, pero con caracteres limitados, la enfermera podía registrar el evolutivo ordenador por patrones.

Suponía esto un reconocimiento relativo, pues ni aparecían por defecto en la tabla de constantes ni quedaba reflejado en el curso clínico.

La activación del Módulo de Cuidados supuso un paso adelante en el reconocimiento de la profesión al ser aval de la metodología propia de Enfermería. Se asegura que el trabajo basado en evidencia científica, la Enfermería Basada en la Evidencia, tenga un espacio reservado en la consulta.



## Módulo de Cuidados.

Al abrir el Módulo de Cuidados, surge una pantalla, a su izquierda se encuentran los Patrones Funcionales de Gordon. Marcándolos, a la derecha, se visualizan características definitorias de cada Patrón. Fig 1.

Una vez seleccionadas las que la enfermera considere en función de la valoración del paciente, al pulsar continuar, la siguiente pantalla ofrecerá planes de cuidados estandarizados y diagnósticos. Fig 2.

Los planes de cuidados estandarizados serán sugeridos en base a los procesos clínicos que el paciente tenga activos. En cuanto a los diagnósticos, se mostrarán los relacionados con la valoración realizada para el paciente, pero si no se ajustan al criterio de la enfermera, ésta podrá introducir manualmente los que considere.

Cuando se hayan seleccionados los diagnósticos con los que se trabajará, se avanza de pantalla y de cada uno surgirán resultados y actividades que también deberán ser elegidos. Fig 3.

A los resultados viene asociada una escala tipo Likert con dos flechas deslizantes por encima y por debajo de la barra. La flecha de la parte inferior de la barra, indica el nivel del objetivo que debe alcanzar el paciente, la superior, su grado de consecución y la fecha prevista.

Se entiende que, en las sucesivas visitas, la enfermera revalorará al paciente, modificando la última valoración o creando una nueva. Revisará el grado de cumplimiento y moverá las flechas de la escala en función de los resultados logrados. Por último, en actividades, la enfermera señalará las que lleve a cabo en la consulta.

Percepción/ manejo de la salud	Características de Normalidad	Características Definitorias	Factores de Riesgo
<input type="checkbox"/> Nutricional / Metabólico	<input type="checkbox"/> Maneja de forma adecuada su tratamiento	<input type="checkbox"/> Conocimiento insuficiente	<input type="checkbox"/> Alteración de la función cognitiva
<input type="checkbox"/> Eliminación	<input type="checkbox"/> Verbalización del deseo de manejar el tratamiento de la enfermedad y la prevención de las secuelas	<input type="checkbox"/> Conducta inapropiada (p.ej., histérica, hostil, agitada, apática)	<input type="checkbox"/> Deterioro del funcionamiento motor
<input type="checkbox"/> Actividad / Ejercicio		<input type="checkbox"/> No sigue completamente las instrucciones	<input type="checkbox"/> Pequeños objetos en las vías aéreas
<input type="checkbox"/> Sueño / Descanso		<input type="checkbox"/> Fracaso al incluir el régimen terapéutico en la vida diaria	<input type="checkbox"/> Deterioro del equilibrio
<input type="checkbox"/> Cognitivo / Perceptual		<input type="checkbox"/> Dificultad con el regimen terapéutico prescrito	<input type="checkbox"/> Deterioro de la movilidad
<input type="checkbox"/> Auto percepción / Autoconcepto		<input type="checkbox"/> Conducta de no adherencia	<input type="checkbox"/> Agentes farmacológicos
<input type="checkbox"/> Rol / Relaciones		<input type="checkbox"/> Alteración de la coagulación	<input type="checkbox"/> Entorno desordenado
<input type="checkbox"/> Sexualidad / Reproducción		<input type="checkbox"/> En su vida diaria hace elecciones ineficaces para alcanzar objetivos de salud	<input type="checkbox"/> Enfermedad crónica
<input type="checkbox"/> Adaptación / Tolerancia al estrés			<input type="checkbox"/> Vacunación inadecuada
<input type="checkbox"/> Valores / Creencias			<input type="checkbox"/> Procedimiento invasivo
			<input type="checkbox"/> Conocimiento insuficiente para evitar la exposición a patógenos
			<input type="checkbox"/> Acceso a productos peligrosos
			<input type="checkbox"/> Precauciones insuficientes contra la intoxicación

Fig 1.

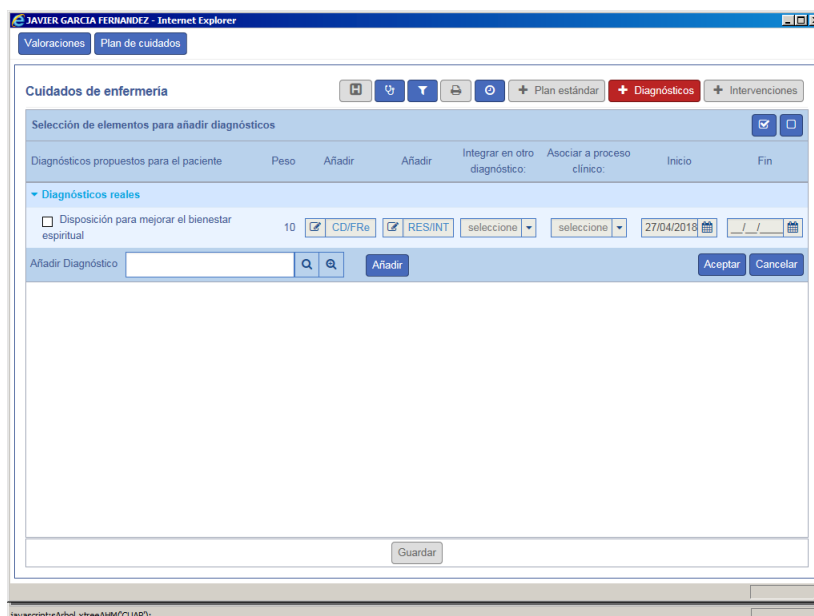


Fig 2.

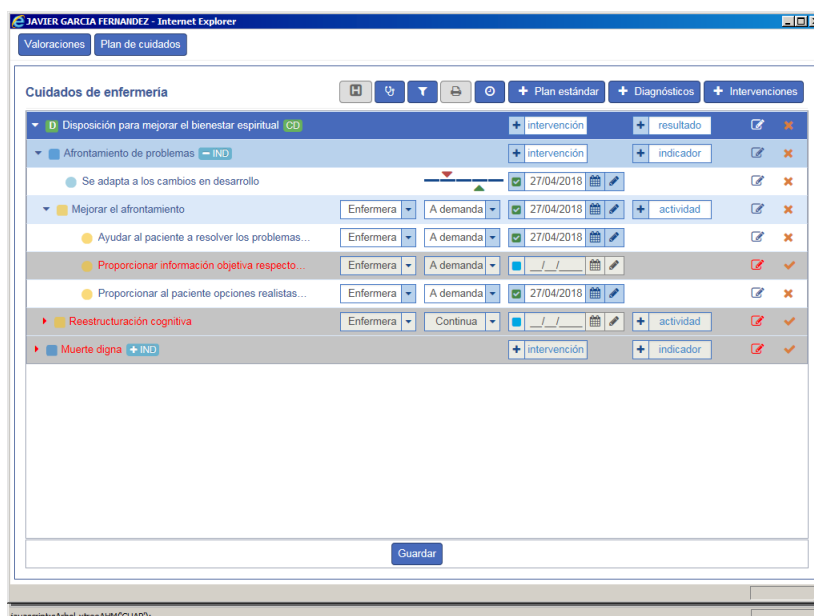


Fig 3.

## OBJETIVOS

Recoger y analizar los resultados obtenidos tras un año de implantación del Módulo de Cuidados en SaCyL en el Centro de Salud Ponferrada II comparados con el Área de Salud.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Para evaluar el grado de acogida a un año de la implantación, se solicitó a la Gerencia Regional de Salud el número total de valoraciones y planes de cuidados activos por Centros de Salud del Área, y por profesionales para valorar específicamente el Centro de Salud Ponferrada II.

Por otro lado, aprovechando la disponibilidad de los datos, se requirió el número absoluto de diagnósticos reales, de riesgo y planes estandarizados de Castilla y León.

La Gerencia Regional de Salud remitió una base de datos Excel.

## RESULTADOS

La acogida del Módulo de Cuidados fue muy desigual en el Área de Salud de El Bierzo. Mientras en el Centro de Salud Ponferrada II se valoraron a 356 pacientes, en el segundo Centro de la clasificación, se valoraron 20.

Lo mismo sucede con los planes estandarizados de cuidados. Se desmarca otra vez el Centro de Salud Ponferrada II sobre el resto de los clasificados. Tabla 1.

En cuanto a diagnósticos reales detectados en Castilla y León, el diagnóstico más prevalente es Conocimientos deficientes, seguido de Obesidad y Estilo de vida sedentario.

Los planes de cuidados estandarizados más prevalentes en Castilla y León son, por este orden: Hipertensión arterial, Dislipemia y Diabetes mellitus.

AREA	CENTROS	Nº PACI. VAL.	Nº PAC. PLAN.
PONFERRADA	Ponferrada II (El Bierzo)	356	314
PONFERRADA	Ponferrada I (San Antonio)	20	9
PONFERRADA	Ponferrada IV	6	4
PONFERRADA	Toreno	5	3
PONFERRADA	Villafranca del Bierzo	5	2
PONFERRADA	Fabero	4	2
PONFERRADA	Villablino	3	1
PONFERRADA	Ponferrada III	2	1
PONFERRADA	Cacabelos	1	1
PONFERRADA	Bembibre	1	1

Tabla 1.

## CONCLUSIONES.

El Módulo de Cuidados constituye una herramienta que permite a la enfermera de Atención Primaria de Castilla y León trabajar con metodología propia, sin embargo, tiene una acogida desigual entre los profesionales.

En el Área, coincide como el primero en todas clasificaciones el Centro de Salud Ponferrada II, y es llamativo que los demás Centros de Salud lo sigan con un número de valoraciones y planes de cuidados muy inferior.

Actualmente se están investigando las causas de este reparto desigual.

También hay una investigación en curso en relación a la prevalencia de los diagnósticos, pues es notorio que el primer diagnóstico más común Conocimientos deficientes, relacionado íntimamente con la labor de Enfermería.

## **Bibliografía**

1. Cardeñoso, R., & Abad, A. (coords) (2007). Análisis y Propuestas de Mejora del Trabajo Enfermero en Atención Primaria.
2. FEACAPAntón, M.V. (1989). Enfermería y atención primaria de salud: de enfermeras de médicos a Enfermeras de Comunidad. Madrid, España: Ediciones Díaz de Santos.
3. Marriner, A., Rayle, M. (2003). Modelos y teorías en enfermería. 4ª edición. Editorial Servier Sciencie.
4. Leddy, S., Pepper, JM. (1989). Bases conceptuales de la Enfermería profesional. New York, EEUU: JB Lippincott Company, Inc

## *Diagnósticos enfermeros prevalentes en pacientes hospitalizados. Diferencias por perfil de Unidad de Hospitalización*

### **Autor/es**

Beatriz Braña Marcos, Silvia Díaz Fernández, Roberto Rodríguez Rego, Rosario Fernández Flórez, Ruth Álvarez Oviedo, Rosendo Argüelles Barbón.

### **Palabras clave**

Diagnóstico de Enfermería. Atención de Enfermería. Evaluación de Necesidades. Registros de Enfermería.

### **Introducción**

Una valoración enfermera normalizada de calidad permite diagnosticar las necesidades de cuidado de pacientes hospitalizados(1). Aún utilizando la misma valoración en todos los entornos hospitalarios, la tendencia de las enfermeras a diagnosticar unas u otras necesidades podría variar en función de la Unidad de Hospitalización (UH).

### **Objetivos**

Conocer los Diagnósticos Enfermeros (DE) según NANDA-I más prevalentes en pacientes hospitalizados en Asturias. Evaluar diferencias según perfil de UH.

### **Material y métodos**

Estudio multicéntrico, transversal y analítico en pacientes con alta hospitalaria entre 1/07/17 y 31/12/17 en hospitales asturianos. Las UH fueron clasificadas por perfiles según patologías de ingreso: Médica, quirúrgica, polivalente, Servicios Especiales, Maternidad y Pediatría. Los datos fueron extraídos de la Historia Clínica Electrónica (HCE). Se realizó estadística descriptiva y test de Ji<sup>2</sup>.

### **Resultados**

Se analizaron las HCE de 31.835 pacientes ingresados en 80 unidades de hospitalización de 9 hospitales de 7 áreas sanitarias con alta hospitalaria en el periodo estudiado. Se identificaron 209.259 DE (7,13±5,59 DE por paciente). El 97,17%, determinados en la valoración enfermera realizada al ingreso. Los DE prevalentes fueron 00108 (5,48%), 00109 (4,46%), 00102 (4,48%), 00004 (4,08%) y 00155 (3,14%), correspondientes a los Dominios (NANDA-I) 11 (29,10%), 4 (25,15%), 2 (11,70%) y 3 (11,45%). Existieron diferencias estadísticamente significativas entre el perfil de UH analizada y los DE prevalentes y Dominios correspondientes ( $p < 0.001$ ).

### **Conclusiones**

Existe una tendencia a diagnosticar más las necesidades de cuidados de tipo fisiológico(1,2). Los DE correspondientes a la esfera psicológica, relacional y/o espiritual quedan desplazados. Pudiera parecer que los profesionales se identifican más con el rol técnico que con el del

cuidado integral y que los juicios clínicos están influidos por el contexto y cultura de la UH3. Parece evidente la necesidad de mejorar la identificación y abordaje de estos dominios relegados a un segundo plano para proporcionar cuidados integrales de Calidad.

### **Bibliografía**

1. Paans W, Müller-Staub M. Patient's Care Need: Documentation Analysis in General Hospitals. *Int J Nurs Knowl*. 2015 Oct;26(4):178-86.
2. Tanner CA. Thinking Like a Nurse: A Research-Based Model of Clinical Judgment in Nursing. *J Nurs Educ*. 2006; 45(6):204-211.
3. Flores Martín JA, Giménez Fernández M, Echevarría Pérez P. Investigación sobre el proceso diagnóstico enfermero. En: *Investigación en Metodología y Cuidados Enfermeros*. Barcelona. Elsevier; 2016. Pp 173-185

## *El cuidado del cuidador: actividades de suplencia en el medio hospitalario*

### **Autores**

Rocío Cáceres-Matos, Olivia Aguilera-Castillo, José Miguel Rodríguez-Baquero, Cristina Gómez-Marassi, Mercedes Jaén-Toro, Sara Lázaro-Martínez.

### **Palabras clave**

Cuidador, Paciente Hospitalizado, Cuidados de Enfermería, Taxonomía, Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC).

### **Introducción**

El 8,5% de la población mundial es mayor de 65 años, generando un aumento de las tasas de morbilidad, vulnerabilidad y discapacidad<sup>1</sup>. Todo ello causa una alta complejidad en los procesos de salud, incrementando las demandas de asistencia y cuidados<sup>2</sup>.

Los cuidadores son un pilar fundamental en el Sistema Social y Sanitario en España. A pesar de que la responsabilidad del cuidado a nivel sanitario recae sobre los profesionales de enfermería, los cuidadores informales continúan proveyendo cuidados<sup>3</sup>. Además los cuidadores de pacientes hospitalizados, están sujetos a altos niveles de estrés para implementar recursos que respondan a las demandas físicas, psicológicas y socioemocionales derivadas del cuidado<sup>4</sup>. Esto entraña una situación de riesgo cuya máxima es el burnout<sup>5</sup>, aumentando el riesgo de padecer el diagnóstico enfermero NANDA-I 00061 “Cansancio en el rol de cuidador”, convirtiéndose en un paciente secundario y por tanto en otro usuario del sistema de salud<sup>3</sup>.

Hasta el momento, las actividades de suplencia del cuidador han sido ampliamente estudiadas en el ámbito domiciliario y de Atención Primaria, pero prácticamente no existen estudios que lo aborden desde el contexto hospitalario<sup>6</sup>.

### **Objetivo**

El objetivo de este estudio fue analizar la frecuencia con la que las personas cuidadoras realizan actividades de suplencia en los pacientes hospitalizados.

### **Material y método**

Se llevó a cabo una metodología mixta cuali-cuantitativa, con técnica Delphi y estudio transversal en entorno real de práctica durante el año 2017 en 18 hospitales del Sistema Sanitario Público Andaluz (SSPA). Se desarrollaron cuatro paneles de expertos compuestos por entre 8 y 10 enfermeras/os que contasen con más de 10 años de experiencia profesional en gestión, asistencia e investigación, procedentes de hospitales de nivel primario, secundario y terciario. También se precisaron tres rondas de validación utilizando técnicas de consenso y el Índice de Validez de Contenido (IVC). Finalmente, se consensuó un instrumento con siete

dimensiones según las necesidades de suplencia del Modelo Conceptual de Henderson, y escala tipo Likert de 5 ítems (1: nunca realizado – 5: siempre realizado).

## Resultados

El perfil más característico del cuidador fue mujer (68,6%), con vinculación de esposa o hija (70,7%) de la persona ingresada y con una edad media de 55,24 años (DE= 13,674). Los cuidadores de pacientes dependientes realizaban entre 2,4 y 3,7 veces más actividades de suplencia los cuidadores de pacientes independientes.

Por orden decreciente, el cuidador ayudaba a: mantener la seguridad del paciente (63,1%), el arreglo o vestido (58,6%), moverse y mantener postura adecuada (57,7%), eliminación (58%), alimentación (56,7%) e higiene (56,4%). Los cuidadores de pacientes dependientes realizan entre 2,4 y 3,7 veces más actividades de suplencia que los cuidadores de pacientes independientes.

## Discusión

El objetivo de este estudio fue analizar la frecuencia con la que las personas cuidadoras realizan actividades de suplencia en los pacientes hospitalizados. El fenómeno de los cuidadores informales ha sido ampliamente estudiado en el ámbito doméstico y de Atención Primaria. Sin embargo, prácticamente no existen estudios que aborden la suplencia de cuidados en el entorno hospitalario.

Este estudio ha corroborado que el perfil de cuidador/a es ser mujer, esposas o hijas de la persona ingresada y con una edad media de 55,24 años, lo que puede deberse a la tradición social de asociar el cuidado a la naturaleza y condición femenina<sup>6</sup>.

En cuanto a las actividades de suplencia, las que la cuidadora realiza de mayor a menor frecuencia son mantener la seguridad del paciente (63,1%), el arreglo o vestido (58,6%), moverse y mantener postura adecuada (57,7%), eliminación (58%), alimentación (56,7%) e higiene (56,4%). Los estudios apuntan que el papel del cuidador está menos definido en el medio hospitalario que en el hogar o en Atención Primaria<sup>7</sup>.

Culturalmente, la familia es considerada la responsable del mantenimiento de la salud de sus miembros. Zomeño (2015) indica que los cuidadores familiares sin tener las habilidades y conocimientos de los profesionales sanitarios ejercen las actividades de cuidado de manera altruista. Muchos tienen miedo a hacerlo mal y a empeorar la situación y a pesar de ello se implican activamente durante el ingreso y toda la estancia hospitalaria<sup>7</sup>. A partir del momento de la hospitalización, los cuidadores se encuentran inmersos en un medio hostil, donde la propia estructura hospitalaria genera un cambio en sus roles habituales<sup>6,7</sup>, que conlleva deterioro físico, psíquico, emocional, social y económico<sup>5</sup> e indirectamente, en el receptor de los cuidados<sup>8</sup>.

Como principales limitaciones de este estudio, encontramos que no se puede saber con certeza el nivel de conocimientos sobre las actividades de suplencia que el cuidador tenía



antes de la hospitalización. Los resultados indican la frecuencia con la que llevan a cabo cada una de las actividades pero no si estos la realizan de manera correcta.

## Conclusiones

Más de la mitad de las actividades de suplencia que precisan los pacientes hospitalizados son realizadas por sus cuidadores. La Clasificación de Intervenciones de Enfermería es un instrumento confiable para medir las actividades realizadas en el medio hospitalario.

## Bibliografía

1. Pruchno, R. International Aging: Spotlighting the Spotlights. *The Gerontol.* 2017; 57(3):392–395. <https://doi.org/10.1093/geront/gnx067>
2. García-Fernández, FP., Arrabal-Orpez, MJ., Rodríguez-Torres, MDC., Gila-Selas, C., Carrascosa-García, I., & Laguna-Parras, JM. Effect of hospital case-manager nurses on the level of dependence, satisfaction and caregiver burden in patients with complex chronic disease. *J. Clin. Nurs*; 2014, 23(19-20):2814–2821. <http://doi.org/10.1111/jocn.12543>
3. Herdman, TH., Kamitsuru S. Nanda International. Nursing diagnoses 2015-17: Definitions and Classification. 10 ed. Oxford: Wiley Blackwell; 2014.
4. Feldberg, C., Tartaglini, MF., Clemente, MA., Petracca, G., Cáceres, F., & Stefani, D. Vulnerabilidad psicosocial del cuidador familiar. Creencias acerca del estado de salud del paciente neurológico y el sentimiento de sobrecarga. *Neurol. Arg.* 2011; 3(1):11-17.
5. Yeh, PM., & Chang, Y. Use of Zarit Burden Interview in analysis of family caregivers' perception among Taiwanese caring with hospitalized relatives. *Int. J. Nurs. Pract.* 2015; 21(5):622–634. <http://doi.org/10.1111/ijn.12333>
6. Quero, A. cuidados no profesionales en el hospital la mujer cuidadora. *Enf. Clin.* 2003; 13(6):348-56
7. Villar-Dávila, R.; Pancorbo-Hidalgo, PL.; Jiménez-Díaz, MC.; Cruz-Lendínez, A.; García-Ramiro, P. Qué hace el familiar en el hospital. Cómo se ve a sí mismo y cómo lo ven los profesionales. *Gerokomos.* 2013; 23(1):7-14. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v23n1/comunicacion1.pdf>
8. Garlo, K., O'Leary, JR., Van Ness, PH., & Fried, TR. Burden in caregivers of older adults with advanced illness. *J. Am. Ger. Soc.* 2010; 58(12):2315–2322. <http://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2010.03177.x>

## *Análisis de constructo de la escala INTEGRARE: aportando evidencia a los cuidados y resultados en salud*

### **Autores**

Sara Díaz-Castro, María del Rosario Martínez-Jiménez, Sebastián Serrano-López, Berta Gorlat-Sánchez, Pilar López-Carreto, María Inmaculada López-Leiva.

### **Palabras clave**

Psicometría, Paciente Hospitalizado, Cuidados de Enfermería, Úlcera por Presión, Indicadores de Resultados de Enfermería.

### **Introducción**

Las úlceras por presión son un problema de salud muy común en nuestro medio, generando mayor nivel de dependencia. La aparición de este tipo de úlceras no es reciente, se conocen desde la antigüedad del origen del ser humano, por lo que su prevención, diagnóstico, tratamiento y evolución han ido variando a lo largo de la historia (1).

Se definen como lesiones causadas por la isquemia local en pacientes debilitados, que padecen enfermedades crónicas o sufren una lesión de la médula espinal (2). Son un problema de salud pública que afecta la calidad de vida de millones de personas en todo el mundo e implica un alto costo para la salud (2,3). Concretamente en España, el costo del tratamiento representa el 5.2% del gasto total en atención de salud (4). La prevalencia hospitalaria más alta se encuentra en Jordania (24%) mientras que la más baja se encuentra en China (1.5%), situándose Europa en los niveles intermedios (18%) (3, 4).

Las úlceras por presión tienen un grave impacto no solo en el individuo que la padece sino en quienes lo rodean, ya que el tratamiento a menudo requiere modificaciones y restricciones de la actividad que puede tener un impacto psicosocial negativo en los individuos y sus familias (4). Por tanto, estas úlceras pueden resultar fatales en algunos individuos, con secuelas como aislamiento social, alteración de la imagen corporal, entre otros, haciéndose imprescindible su prevención. Se consideran efectos adversos evitables de la hospitalización, cuyas consecuencias son la recuperación retardada y el aumento de la morbilidad y la mortalidad que da como resultado un aumento de la estancia hospitalaria (5). De hecho, se estima que el 95% de ellas son evitables (6).

Existen múltiples herramientas para la evaluación de riesgos, siendo las escalas de Braden, Norton y Waterlow las más utilizadas internacionalmente. La escala INTEGRARE está basada en la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC), es un instrumento válido y fiable con alta sensibilidad, especificidad y precisión diagnóstica en la medición de riesgo de úlcera por presión (UPP) en pacientes hospitalizados. Su nombre, INTEGRARE, se basa en la definición de úlcera por presión del Panel consultivo europeo de úlceras por presión (EPUAP) y el panel asesor nacional sobre úlceras por presión (NPUAP): "lesión en la piel y/o subyacente" en un tejido generalmente situado sobre una prominencia ósea resultado de una presión combinada o

no de fuerzas de fricción o cizallamiento (3). Cuenta como elementos: (110113) integridad de la piel, (110102) sensación, (110111) perfusión tisular, (050312) incontinencia urinaria, (210607) estado nutricional alterado y (030012) capacidad de moverse del paciente. Esta escala aporta evidencia al diagnóstico enfermero “Riesgo de deterioro de la integridad cutánea” (00047), que se encuentra en el nivel de evidencia 2.1. (3, 7).

## Objetivo

El objetivo principal de este estudio es determinar el peso específico de cada uno de los factores que influyen en la aparición de UPP.

## Material y método

Se realizó un estudio multicéntrico, analítico y de corte psicométrico, en el tercer trimestre de 2017, en hospitales del Sistema Sanitario Público Andaluz. Se calculó el tamaño muestral en función de la prevalencia del evento (8%) según el último estudio de GNEAUPP en España en pacientes hospitalizados. Tasa de reposición del 30%. Muestreo consecutivo, cuasialeatorio (arranque par) y estratificado por tamaño de hospital en primer lugar, tipo de unidad, sexo y grupo de edad según la Memoria de la Actividad Asistencial en Atención Hospitalaria y el Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta Hospitalaria.

## Resultados

Como resultados de nuestro estudio obtuvimos lo siguiente en la escala INTEGRARE: Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo 0,842; Bartlett  $p=0,000$ ; porcentaje explicativo de la varianza 61,041%. El análisis de componentes principales resultó de la siguiente manera: 110102 Sensibilidad 0,901; 110111 Perfusión tisular 0,890; 110113 Integridad de la piel 0,812; 030012 Cambia de posición solo 0,748; 050312 Incontinencia urinaria 0,681 y 210607 Alteración del estado nutricional 0,613.

## Conclusiones

De mayor a menor los componentes que más peso tienen en la valoración del riesgo de úlcera por presión son el estado de la piel (sensibilidad, perfusión e integridad), la capacidad de moverse, la incontinencia urinaria y por último el estado nutricional.

## Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Indicadores demográficos. En: informe 2014. Las personas mayores en España. Observatorio de las personas mayores. Madrid: IMSERSO. CSIC; 2014. P. 43- 88.
2. Walter GP, Seidel W, Della GR, Bins-Ely J, Maurici R, Narciso-Schiavon JL. Prognostic factors in patients with pressure sores in a university hospital in southern Brazil. Acta Ortop Bras. 2017; 25(6), 243-7.
3. Porcel-Gálvez AM, Romero-Castillo R, Fernández-García E, Barrientos-Trigo S. Psychometric Testing of INTEGRARE, an Instrument for the Assessment of Pressure Ulcer Risk in Inpatients. Int J Nurs Knowl. 2017;0(0):1–6.

4. Mortenson WB, Miller WC, SCIRE Research Team. A review of scales for assessing the risk of developing a pressure ulcer in individuals with SCI. *Spinal Cord*. 2008 Mar 2;46(3):168–75.
5. Fullbrook P, Anderson A. Pressure injury risk assessment in intensive care: comparison of inter-rater reliability of the COMHON (Conscious level, Mobility, Haemodynamics, Oxygenation, Nutrition) Index with three scales. *J Adv Nurs*. 2016 Mar;72(3):680–92.
6. Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. Guía para la Prevención y Manejo de las UPP y Heridas Crónicas. 2015. Disponible en: [http://www.ingesa.msssi.gob.es/estadEstudios/documPublica/internet/pdf/Guia\\_Pre\\_vencion\\_UPP.pdf](http://www.ingesa.msssi.gob.es/estadEstudios/documPublica/internet/pdf/Guia_Pre_vencion_UPP.pdf)
7. NANDA. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación. Madrid: Elsevier; 2015-2017.
8. Herdman, T. H. (Ed.). (2012). *Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2012-2014*. Barcelona: Elsevier.

## *Percepción de la metodología enfermera como elemento de liderazgo en los cargos directivos del SSPA*

### **Autor/es**

Soledad Vázquez-Santiago, Eugenia Gil-García, Javier Gil-Flores.

### **Palabras clave**

liderazgo, sistema sanitario público andaluz, metodología enfermera, cargo directivo

### **Introducción**

El uso de la metodología enfermera y la visibilización de los resultados en salud es un elemento clave para consolidar el liderazgo enfermero en los sistemas sanitarios (Vázquez-Santiago,2017). Los cargos directivos deben tener esa visión y ser competentes para su uso e implementación en los objetivos de gestión clínica (SAS,2015).

### **Objetivos**

Conocer las competencias en formación para ocupar puesto directivo en el SSPA.

Analizar, por sexos, si la formación en metodología de cuidados supone un elemento de liderazgo para los cargos directivos enfermeros del SSPA.

### **Material y métodos**

Estudio cualitativo con perspectiva de género. Se realizaron entrevistas en profundidad de 1,5 h. a 24 mujeres y 14 hombres (74%) de los 43 directivos/as de enfermería registrados en el SSPA. Se transcribieron íntegramente asignando pseudónimo. Análisis de los datos con Nudist Vivo 11 Plus. Se realizó análisis de contenido y del discurso.

### **Resultados**

En los discursos observamos un proceso formativo distinto en las mujeres y los hombres entrevistados. Ellos la concentran en gestión y ellas la realizan hilada al desempeño. Salvo 1 hombre la formación en metodología enfermera solo la acreditan las mujeres. Su uso y relevancia está condicionado por el perfil profesional del directivo/a. En general, son más proclives las mujeres de perfil cuidador-integrador, ellos se centran más en objetivos gerenciales.

### **Conclusiones**

La formación en metodología enfermera no es percibida como elemento de liderazgo disciplinar por la mayoría de los cargos directivos del SSPA. No se relaciona su utilización con los resultados en salud obtenidos por la práctica enfermera, mayoritariamente. Resulta llamativa la diferencia que le otorgan las mujeres y los hombres directivos, ya que la mayoría de ellos no la incorporan a su perfil formativo.

## Bibliografía

1. Manning, J. (2016). The Influence of Nurse Manager Leadership Style on Staff Nurse Work Engagement. *The Journal of nursing administration*, 46(9), 438-43. Recuperado de: <http://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000372>
2. Peiró, S., & García-Altés, A. (2008). Posibilidades y limitaciones de la gestión por resultados de salud, el pago por objetivos y el redireccionamiento de los incentivos. Informe SESPAS 2008. *Gaceta Sanitaria*, 22(1), 143-155. Recuperado de: [http://doi.org/10.1016/S0213-9111\(08\)76086-2](http://doi.org/10.1016/S0213-9111(08)76086-2)
3. Serrano, B. J. & Portalanza, A. C. (2014). Influencia del liderazgo sobre el clima organizacional. *Suma de Negocios*, 5(11), 117-125. [http://doi.org/10.1016/S2215-910X\(14\)70026-6](http://doi.org/10.1016/S2215-910X(14)70026-6)
4. Servicio Andaluz de Salud. (2015). Marco actual de Desarrollo de la Gestión Clínica en el Servicio Andaluz de Salud.
5. Vázquez-Santiago, S. (2017). Liderazgo, presencia y discursos de las enfermeras en el Sistema Sanitario Público Andaluz. (Tesis Doctoral). Universidad de Sevilla, Sevilla, España. (ISBN:978-84-697-8116-6).

## *El proceso de cuidar en el ámbito hospitalario: Cuidadores, dependencia y dominio de las actividades de cuidado*

### **Autores**

Nicia del Rocío Santana-Berlanga, Antonio Juan Pérez- Fernández, María del Mar García-Rodríguez, Esperanza López-Jiménez, María del Carmen González-Granados, Blanca Iglesias-Rosado.

### **Palabras clave**

Cuidador [Caregiver], Paciente Hospitalizado [Inpatient], Dependencia en cuidados [Dependency care], Taxonomía Enfermera [Nursing Classification], Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) [Nursing Outcomes Classification (NOC)]

### **Introducción**

Cada año aumenta el número de personas que alcanzan edades avanzadas, incrementando su representatividad respecto a la población total (United Nation, 2015). Según la Organización Mundial de la Salud, entre los años 2000 y 2050 la proporción mundial de mayores de 60 años se duplicará pasando de 605 a 2000 millones de personas (World Health Organization, 2015).

El envejecimiento es considerado el principal determinante de dependencia (Jiménez-Aguilera, Baillet-Esquivel, Ávalos-Pérez & Campos-Aragón, 2016). Este incremento en los niveles de dependencia en la población mundial ha generado un aumento en la demanda de cuidados (Miravittles, Peña-Longobardo, Oliva-Moreno & Hidalgo-Vega, 2015). La pérdida de autonomía y funcionalidad en el adulto mayor, junto al desarrollo de enfermedades crónico-degenerativas, ejercen un impacto negativo en su vida diaria, limitando la realización de actividades individuales (Jiménez-Aguilera et al.2016, Souza-Freitas et al. 2012).

Las familias deben hacer frente a estos cuidados informales tanto en el hogar como en el medio hospitalario (Peetoom, Lexis, Joore, Dirksen, & De Witte, 2016).), recayendo tradicionalmente los cuidados de esta población en las mujeres de la familia (Casado-Mejía & Ruiz-Arias, 2013). La adaptación al cuidado es un concepto emergente que ayuda a determinar la calidad y frecuencia (Lim, Ahn, & Ahn, 2016).). Muchos estudios han demostrado que la acción de brindar atención no está exenta de repercusiones directas en la salud física, mental y social del cuidador (Roth, Fredman & Haley, 2015; Yeh y Chang, 2012) e indirectamente, en el receptor de la atención. cuidado (Garlo, O'Leary, Van Ness & Fried, 2010), todos estos problemas se trasladan ala medio hospitalario cuando la persona dependiente es ingresada.

Los cuidadores en el medio hospitalario están sujetos a altos niveles de estrés para implementar recursos que responden a las demandas físicas, psicológicas, sociales y emocionales derivadas de la atención (Feldberg et al., 2011). Desde el punto de vista de enfermería, podemos valorar su adaptación a las actividades del cuidado de la persona mediante el indicador de la NOC (221002) "Dominio de las actividades de cuidado" (Moorhead, Johnson, Maas, & Swanson, 2009).).

## Objetivo

El objetivo de este estudio es determinar si un mayor dominio de las actividades de cuidado se relaciona con una mayor frecuencia en la suplencia de esas actividades.

## Material y método

Estudio de diseño transversal realizado en 18 hospitales con diverso nivel de complejidad (nivel primario, secundario y terciario) del Sistema Andaluz de Salud (SAS), llevado a cabo en el año 2017, empleando para la valoración del nivel de dependencia en cuidados de los pacientes hospitalizados la escala INICIARE y para la valoración de los cuidadores el indicador de la NOC (221002) "Dominio de las actividades de cuidado", así como las necesidades de suplencia del Modelo Conceptual de Henderson. La muestra fue de en 2784 pacientes y sus cuidadores que ascienden a 2208. Los criterios de inclusión de los pacientes fueron: personas mayores de 16 años, ambos sexos, ingresados en unidades de hospitalización tipo quirúrgico y no quirúrgico. Los criterios de exclusión fueron pacientes ingresados en unidades de obstetricia, urgencias, UCI, pediatría, hospital de día médico y quirúrgico, corta estancia, pacientes que no completen el proceso hasta el alta en el Centro, pacientes trasladados temporalmente a otro Centro (por cualquier tipo de causa), aunque posteriormente regresen a la Unidad, pacientes trasladados a UCI salvo en los casos anteriormente previstos y barrera idiomática. Respecto a las consideraciones éticas, el estudio obtuvo la aprobación por el Comité de Ética de Andalucía, se administró un consentimiento informado a los pacientes a la hora de realizar la entrevista y se obtuvieron los permisos institucionales pertinentes.

## Resultados

La muestra estuvo compuesta por 2784 pacientes, de los cuáles el 56% eran hombres y un 44% mujeres, con edad media de 68,3 años (DE=16,84). Según unidad de ingreso, la mayoría estuvieron ingresados en unidades quirúrgicas (55%) frente a médicas (45%). En relación con el nivel de dependencia en cuidados, el 80% de los pacientes ingresados presentaron dependencia en cuidados según INICIARE.

La mayoría de pacientes disponía de persona cuidadora durante su estancia hospitalaria (79,3%) ascendiendo a un total de 2208 personas cuidadoras encuestadas. El perfil de la persona cuidadora fue mujer (74%), edad media de 55,2 años (DE=13,7) y vínculo de pareja (40.7%) o hija (30%).

En relación con el indicador NOC (221002) "Dominio de las actividades de cuidado", la puntuación media fue 3,98 (DE=1,07), donde el 71,7% de las personas cuidadoras presentaban un alto dominio. Se han obtenido diferencias estadísticamente significativas entre el dominio de las actividades del cuidado y las actividades suplidas por los cuidadores durante la estancia hospitalarias de sus familiares. Un alto dominio de las actividades de cuidados se asocia con la realización siempre o casi siempre de las siguientes actividades de suplencia: Eliminación (X2 (1) = 35,3; p< .001; OR 1,45), Vestirse (X2 (1) = 27,6; OR 1,45), Higiene (X2 (1) = 28,6; p< 0.001; OR 1,44) y Moverse (X2 (1) = 28,7; p<0.001; OR 1,28).



## Discusión

El objetivo de este estudio fue determinar si un mayor dominio de las actividades de cuidado se relaciona con una mayor frecuencia en la suplencia de esas actividades. Hasta el momento, han sido escasos los estudios que analizan el dominio de las actividades de cuidado por parte de las personas cuidadoras en el ámbito hospitalario (Villar-Dávila, Pancorbo-Hidalgo, Jiménez-Díaz, Cruz-Lendínez, García-Ramiro, 2013).

Este estudio muestra que el perfil actual de la persona cuidadora conlleva características como son, ser mujer, esposas o hijas del/ la paciente hospitalizado/a y con una edad media de 55 años, asociándose con el modelo tradicional de cuidados (Casado-Mejía & Ruiz-Arias, 2013).

Respecto al dominio de las actividades de cuidado, se muestra que la persona cuidadora presenta un alto dominio de estas actividades. Se refleja en la realización de manera frecuente de las actividades de suplencia que precisan mayor movilidad del paciente. Los estudios en este sentido muestran la elevada carga física sufrida por las personas cuidadoras debido a la realización reiterada de las actividades de suplencia (Fernández-Lao, Silvano-Arranz, Del Pino-Berenguer, 2013). Este hecho asociado a la hospitalización en un entorno desconocido genera en el cuidador un cambio en sus roles habituales que podría traducirse en consecuencias indirectas para el paciente.

## Conclusiones

Las personas cuidadoras con dominio de las actividades de cuidado realizan de manera asidua las actividades de suplencia que requieren de movilización del paciente. Por otra parte, se demuestra que los pacientes con mayor grado de dependencia se asocian a las personas cuidadoras que presentan mayor dominio de las actividades de cuidado.

## Bibliografía

1. Casado- Mejía, R., & Ruiz-Arias, E. (Jul/Sept 2013). Estrategias de provisión de cuidados familiares a personas mayores dependientes. *Index de Enfermería*, 22(3). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962013000200006>
2. Fernández-Lao, I., Silvano- Arranz, A., & Del Pino-Berenguer, M. (Ene-Jun, 2013). *Percepción del cuidado por parte del cuidador familiar. Index de enfermería*, 22(1-2). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962013000100003>
3. Feldberg, C., Tartaglino, M.F., Clemente, M.A., Petracca, G., Cáceres, F., & Stefani, D. (2011). Vulnerabilidad psicosocial del cuidador familiar. Creencias acerca del estado de salud del paciente neurológico y el sentimiento de sobrecarga. *Neurología Argentina*, 3(1), 11-17.
4. Garlo, K., O'Leary, J.R., Van Ness, P.H., & Fried, T.R. (2010). Burden in caregivers of older adults with advanced illness. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58(12), 2315–2322. <http://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2010.03177.x>
5. Jiménez-Aguilera, B., Baillet-Esquivel, L.E., Ávalos-Pérez, F., & Campos- Aragón, L. (2016). Dependencia funcional y percepción de apoyo familiar en el adulto mayor. *Atención Familiar*, 23(4), 129-133.
6. Lim, Y. M., Ahn, Y. H., & Ahn, J. Y. (2016). Multidimensional Caregiving Burden of Female Family Caregivers in Korea. *Clinical Nursing Research*, 25 (6), 665-682.
7. Miravittles, M., Peña-Longobardo, L. M., Oliva-Moreno, J., & Hidalgo-Vega, Á. (

8. 2015). Caregivers' burden in patients with COPD. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 10, 347–356. Recuperado de <http://doi.org/10.2147/COPD.S76091>
9. Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L., & Swanson, E. (2009). Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Madrid, España: Elsevier
10. Peetoom, K. B., Lexis, M. A. S., Joore, M., Dirksen, C. D., & De Witte, L. P. (2016). The perceived burden of informal caregivers of independently living elderly and their ideas about possible solutions. A mixed methods approach. *Technology and Disability*, 28, 19-29. Doi: 10.3233/TAD-160441
11. Roth, D.L., Fredman, L., & Haley, W.E. (2015). Informal Caregiving and Its Impact on Health: A Reappraisal From Population-Based Studies. *The Gerontologist*, 55(2), 309–319. Recuperado de <https://doi.org/10.1093/geront/gnu177>
12. Souza-Freitas R *et al.* (2012). Functional capacity and associated factors in the elderly: a population study. *Acta Paulista Enfermagem*, 25(6), 933-999.
13. Yeh, P. M., & Chang, Y. (2015). Use of Zarit Burden Interview in analysis of family caregivers' perception among Taiwanese caring with hospitalized relatives. *International Journal of Nursing Practice*, 21(5), 622–634. <http://doi.org/10.1111/ijn.12333>
14. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. (2015). World Population Ageing (ST/ESA/SER.A/390). Recuperado de [http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2015\\_Report.pdf](http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2015_Report.pdf)
15. Villar-Dávila, R., Pancorbo-Hidalgo, P.L. Jiménez-Díaz, M.C. Cruz-Lendínez, A. & García-Ramiro, P. (2013). Qué hace el familiar en el hospital. Cómo se ve a sí mismo y cómo lo ven los profesionales. *Gerokomos*, 23(1), 7-14. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v23n1/comunicacion1.pdf>
16. World Health Organization, WHO Interim report. (2015). People-centred and integrated health services: an overview of the evidence (WHO/HIS/SDS/2015.7). Recuperado de <http://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/evidence-overview/en/>

# *Propiedades psicométricas de un instrumento para evaluar el conocimiento sobre dieta en personas diabéticas: ConociDiet Diabetes*

## **Autor/es**

Cristina Oter-Quintana, Pedro Ruymán Brito-Brito, Carlos Enrique Martínez-Alberto, Rubén Martín-Payo, Héctor de la Rosa-Merino, Gonzalo Duarte-Clímets.

## **Palabras clave**

Lenguajes Estandarizados de Cuidados, Validación de Instrumentos, Cuestionarios, Enfermería, Atención Primaria, Diabetes

## **Introducción**

La adherencia a un hábito dietético adecuado mejora el control metabólico en pacientes diabéticos, extendiéndose sus beneficios durante el proceso de enfermedad. El cuestionario CoNOCidiet-Diabetes se construyó a partir de los indicadores del resultado NOC-1802 "Conocimiento: dieta". Conformado por 22 enunciados con 4 ítems de respuesta verdadero-falso.

## **Objetivos**

Evaluar las propiedades psicométricas de CoNOCidiet-Diabetes.

## **Material y métodos**

Estudio de validación sobre una muestra oportunistas de diabéticos reclutados en áreas de Atención Primaria (AP) de la Comunidad de Madrid, Extremadura e Islas Canarias. Los participantes cumplimentaron un cuestionario con variables sociodemográficas y clínicas y los instrumentos CoNOCidiet-Diabetes y SUGAR. Se utilizó estadística descriptiva para caracterizar la muestra y resumir puntuaciones. La fiabilidad se evaluó en términos de consistencia interna a través del índice de Kuder-Richarson 20 (KR20). La validez se evaluó mediante validez de criterio convergente con el agregado de ítems relativos a dieta en el SUGAR, usando prueba Rho de Spearman (rs).

## **Resultados**

La muestra estuvo conformada por 335 personas, diabéticos tipo 2 (81.1%), con distribución uniforme por sexos (hombres: 52.6%) y media de edad de 59.5 años (DE: 15.25). La puntuación media obtenida en el instrumento fue de 61.5 (DE: 6.15). Las pruebas de fiabilidad avalan la consistencia interna de la escala (índice KR20=0.65, valor adecuado para instrumentos de nueva creación, sin que el índice abandone el intervalo de valores 0,64-0.67 al eliminar cualquier ítem). La validez convergente con la escala SUGAR fue adecuada, obteniendo correlación altamente significativa (rs=0.20; p<0.001).

## Conclusiones

Los resultados obtenidos sobre la muestra estudiada avalan la fiabilidad y validez del CoNOCidiet-Diabetes para evaluar el conocimiento sobre la dieta de pacientes diabéticos en AP. Se está procediendo en estos momentos al estudio de su linealidad con la NOC en base a la cual fue creada, evaluando la validez convergente con la misma.

## Bibliografía

1. American Diabetes Association. (2017). Standards of medical care in diabetes – 2017. *Diabetes Care*, 40(1), 1-135.
2. Breen, C., Ryan, M., Gibney, M.J., & O’Shea, D. (2015). Diabetes-related nutrition knowledge and dietary intake among adults with type 2 diabetes. *British Journal of Nutrition*, 114(3), 439-447.
3. Brokel, J.M., & Hoffman, F. (2005). Hospice methods to measure and analyze nursing-sensitive patient outcomes. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 7(1), 37-44.
4. Bulechek, G.M., Butcher, H., Dochterman, J.M., & Wagner, C. (Eds.). (2013). *Nursing Interventions Classification (NIC) (6th ed.)*. St Louis, MO: Mosby.
5. Cárdenas Valladolid, J., Salinero Fort, M.A., Gómez Campelo, P., de Burgos Lunar, C., Abánades Herranz, J.C., Arnal Selfa, R., & Andrés, A.L. (2012). Effectiveness of standardized Nursing Care Plans in health outcomes in patients with type 2 Diabetes Mellitus: a two-year prospective follow-up study. *PLoS One*, 7(8), e43870.
6. Crawford, K. (2017). Review of 2017 Diabetes Standards of Care. *The Nursing Clinics of North America*, 52(4), 621-663.
7. Da Silva, N.C., de Souza Oliveira, A.R., de Carvalho, E.C. (2015). Knowledge produced from the outcomes of the “Nursing Outcomes Classification-NOC”: integrative review. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 36(4), 104-111.
8. Desroches, S., Lapointe, A., Ratté, S., Gravel, K., Légaré, F., & Turcotte, S. (2013). Interventions to enhance adherence to dietary advice for preventing and managing chronic diseases in adults. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 28(2), CD008722.
9. Dodds, S. (2017). The how-to for type 2: an overview of diagnosis and management of type 2 diabetes mellitus. *The Nursing Clinics of North America*, 52(4), 513-522.
10. Herdman, T.H., & Kamitsuru, S. (Eds.). (2017). *NANDA International Nursing Diagnoses: definitions and classification 2018-2020. (11th ed.)*. New York: Thieme.
11. Huang, X.L., Pan, J.H., Chen, D., Chen, F., & Hu, T.T. (2016). Efficacy of lifestyle interventions in patients with type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *European Journal of Internal Medicine*, 27, 37-47.
12. Khazrai, Y.M., Defeudis, G., & Pozzilli, P. (2014). Effect of diet on type 2 diabetes mellitus: a review. *Diabetes metabolism research and reviews*, 30(1), 24-33.
13. Lee, E.J. (2003). Validation of nursing care sensitive outcomes related to knowledge. *Taehan Kanho Hakhoe Chi*, 33(5), 625-632.

14. Moorhead, S., Johnson, M., & Maas, M.L. (2005). Herramientas criterio seleccionadas con medidas psicométricas para evaluar los resultados de la NOC utilizados en los sitios de estudio. En Moorhead, S., Johnson, M., & Maas, M.L. (Eds.), *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)* (3th ed.) (pp. 708-758). Madrid: Elsevier Mosby.
15. Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M.L., & Swanson, E. (Eds.). (2013). *Nursing Outcomes Classification (NOC)* (5th ed.). St Louis, MO: Mosby.
16. Morales Asencio, J.M. (2004). Investigación de Resultados en Enfermería. El camino hacia la efectividad de los cuidados. *Index de Enfermería*, 13(44-45).
17. Müller-Staub, M., Lavin, M.A., Needham, I., & van Achterberg, T. (2006). Nursing diagnoses, interventions and outcomes-application and impact on nursing practice: systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 56(5), 514-531.
18. Muñoz-Pareja, M., León-Muñoz, L.M., Guallar-Castillón, P., Graciani, A., López-García, E., Banegas, J.R., & Rodríguez-Artalejo, F. (2012). The diet of diabetic patients in Spain in 2008-2010: accordance with the main dietary recommendations – a cross-sectional study. *PLoS One*, 7(6), e39454.
19. Paloma Castro, O., Romero Sánchez, J.M., Paramio Cuevas, J.C., Pastor Montero, S.M., Sánchez Dalda, M.C., Rozadillas Sanmiguel, E., & Moreno Corral, L.J. (2017). Development and psychometric evaluation of a questionnaire based on the Nursing Outcomes Classification to determine the knowledge of parents on breast-feeding: research protocol. *International Journal of Nursing Knowledge*, 28(2), 100-108.
20. Soriguer, F., Goday, A., Bosch-Comas, A., Bordiú, E., Calle-Pascual, A., & Carmena, R. et al. (2012). Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose regulation in Spain: the Di@bet.es Study. *Diabetologia*, 55(1), 88-93.
21. World Health Organization, Regional Office for Europe, (2014). *Prevention and control of noncommunicable diseases in the European Region: a progress report*. Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe.

# *La dependencia en cuidados en pacientes hospitalizados y su influencia sobre la salud percibida de las personas cuidadoras*

## **Autores**

Elena Fernández-García, Antonio Fernández-Gálvez, Sinuhé Chaparro- Palazuelo, Juan Manuel Laguna-Parras, Guadalupe Cubillo-Arjona, Laura Caraballo- Romero.

## **Palabras clave**

Cuidador [Caregiver], Cuidados de Enfermería [Nursing Care], Taxonomía [Classification], Indicadores de Resultados de Enfermería [Nursing Outcomes Indicators], Paciente Hospitalizado [Inpatient]

## **Introducción**

Un billón de personas en la población mundial (15%) experimenta algún tipo de discapacidad, incrementando la demanda asistencial y de cuidado (1,2). El incremento de pacientes con enfermedades crónicas como demencia, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y las enfermedades cerebrovasculares son las más comunes en las poblaciones que tienen mayor edad. Además, se prevé que en el año 2050 el 22% de la población será mayor de 60 años, cuadruplicándose el número de octogenarios (3).

El envejecimiento, se manifiesta con un aumento de pluripatologías crónicas, que producen una pérdida de la capacidad física, psíquica e intelectual, y condicionan la capacidad funcional, y por tanto el aumento de personas dependientes (2). En España, el 8,5% de la población declara algún tipo de discapacidad o limitación para realizar las actividades de la vida diaria, y el 55,8% de estas son dependientes (3).

Esta elevada carga de morbilidad, vulnerabilidad y dependencia, se traduce en una especial fragilidad clínica, que provoca una alta complejidad en los procesos, con el consiguiente incremento de la demanda de asistencia y cuidados (4). La complejidad tiene que ver con la pérdida de funcionalidad, la frecuentación, fragmentación y descoordinación de los servicios de salud y la presencia de diferentes determinantes socioeconómicos, que multiplican esta percepción de complejidad. Los pacientes dependientes sufren frecuentes ingresos hospitalarios por lo tanto están más expuestos a los riesgos derivados de la hospitalización, aspecto relevante para la calidad y eficiencia de los Sistemas Sanitarios (5)

La existencia de personas con edad avanzada y el aumento de dependencia en cuidados conlleva la presencia de un aumento de personas cuidadoras en nuestra sociedad. Además, las condiciones en las que se brinda la atención suponen un factor de riesgo para la salud de los cuidadores que se acentúa debido a los cambios o la paralización de las funciones diarias debido a la hospitalización (6) La presencia física casi constante (de 6 a 24 horas) de los cuidadores principales en el hospital produce la interrupción de la familia, el trabajo y las actividades sociales (7,8).

Esta situación requiere de un abordaje por parte del personal de enfermería. La Clasificación de Resultados en Enfermería (NOC) supone un marco de referencia para desarrollar investigación en resultados en salud, permitiendo valorar los estados variables de la persona, comportamientos o percepciones susceptibles a la intervención enfermera (5) . Los resultados en salud son las coordenadas de búsqueda para alcanzar la calidad ya que indican el efecto que se le puede atribuir a la presencia o ausencia de una intervención sobre un estado de salud previo (10). La etiqueta de la NOC Salud física del cuidador principal (2507), incluido en el dominio Salud familiar, definida como el “Bienestar físico de un cuidador familiar mientras atiende a un miembro de la familia” se encuentra el indicador 250712 Salud general percibida.

## Objetivo

El objetivo principal de este estudio ha sido determinar si existe relación entre la salud percibida por el cuidador y el nivel de dependencia en cuidados de los pacientes hospitalizados.

## Material y método

Estudio con diseño transversal, llevado a cabo en el año 2017, en 18 hospitales del Sistema Sanitario Público Andaluz (SSPA) de nivel primario, secundario y terciario. Se empleó el instrumento de valoración INICIARE para conocer la dependencia en cuidados de los pacientes hospitalizados y la NOC 250712 Salud percibida del cuidador. La población diana incluye a las personas cuidadores de pacientes ingresados en los hospitales seleccionados, como criterios de inclusión que fueran cuidadores principales de los pacientes ingresados mayores de 16 años de ambos sexos, que ingresan en Unidades de hospitalización convencional de tipo quirúrgico y no quirúrgico. Los criterios de exclusión fueron pacientes que ingresan en unidades tipo obstétrico, Urgencias, UCI, Pediatría, Hospital de Día médico y quirúrgico, unidades de corta estancia, pacientes que no completen el proceso hasta el alta en el Centro, pacientes trasladados temporalmente a otro Centro (por cualquier tipo de causa), aunque posteriormente regresen a la Unidad, pacientes trasladados a UCI salvo en los casos anteriormente previstos y barrera idiomática

Consideraciones éticas: El consentimiento informado fue administrado por las enfermeras asistenciales seleccionadas para realizar las entrevistas a los pacientes incluidos en el estudio. La confidencialidad de los datos obtenidos, según lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal se mantendrá durante todo el desarrollo del estudio, y especialmente durante el análisis de los datos, protegida por la Ley 12/1989 que regula el secreto estadístico.

## Resultados

La muestra ascendió a 2784 pacientes, donde el 79,3% disponían de personas cuidadoras (n=2208). De ellas, el 68,6% eran mujeres y el 30,4% hombres, con edad media de 55,24 años (DE= 13,674). El vínculo entre las mujeres cuidadoras y las personas pacientes donde el 32,3%

era pareja y un 23,8% hija. El 42,8% de las personas que cuidaban a pacientes dependientes declararon tener una salud mala o regular frente al 17,2% de pacientes independientes.

Los cuidadores de pacientes dependientes tuvieron entre 2 a 3 (OR=2,6) veces más probabilidad de tener una peor salud general percibida, que los cuidadores de pacientes independientes ( $\chi^2= 81,06$   $p=0,000$ ; V de Cramer 0,192  $p=0,000$ ).

## Conclusiones

El uso de los indicadores NOC, como el 250712 Salud general percibida dentro de la etiqueta NOC resultado Salud física del cuidador principal sirve como para poder evaluar la salud percibida del cuidador de pacientes hospitalizados en unidades convencionales.

Además, la presencia de un paciente con dependencia en cuidados es un factor de riesgo para la salud del cuidador, siendo peor cuando el paciente presenta mayores niveles de dependencia en cuidados.

## Bibliografía

1. World Health Organization. (2011). World Report on Disability 2011 (Vol. 91). Geneva (Switzerland). <http://doi.org/10.1136/ip.2007.018143>
2. Li, H. et al. (2012). Randomized controlled trial of CARE: an intervention to improve outcomes of hospitalized elders and family caregivers. *Research in Nursing & Health*, 35(5), 533–49. <http://doi.org/10.1002/nur.21491>
3. Dallalana, T.M., & Batista, M.G.R. (2014). Quality of life of caregivers during the hospitalization of the patient under care in an Emergency Unit: some associated factors. *Ciência&SaúdeColetiva*, 19(11), 4587–94. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25351324>
4. Roth, D.L., Fredman, L., & Haley, W.E. (2015). Informal Caregiving and Its Impact on Health: A Reappraisal From Population-Based Studies. *The Gerontologist*, 55(2), 309–319. <https://doi.org/10.1093/geront/gnu177>
5. Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L., & Swanson, E. (2009). Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Madrid, España: Elsevier
6. INE. Proyección de la Población de España 2014-2064: Notas de prensa. Inst Nac Estadística. 2014;1–9.
7. Plataforma representativa estatal de personas con discapacidad física. Situación de la Asistencia Personal en España. 2015;
8. INE. Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD). 2008;
6. Miguel J, Asencio M. Investigación en resultados y clasificación de resultados de Enfermería . Claves para la Investigación en resultados y clasificación de resultados de. *Metas de enfermería*. 2012;15(July):20–4.
7. Kutney-Lee A, Stimpfel AW, Sloane DM, Cimiotti JP, Quinn LW, Aiken LH. Changes in patient and nurse outcomes associated with magnet hospital recognition. *Med Care* [Internet]. 2015;53(6):550–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25906016> <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC4431919>
9. Rogero. Los tiempos del cuidado. El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores. Instituto de Mayores y Servicios Sociales, Ministerio de Sanidad y Política Social. 2010.
10. Valer DB, Aires M, Fengler FL, Paskulin LMG. Adaptation and validation of the Caregiver Burden Inventory for use with caregivers of elderly individuals. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2015;23(1):130–8. Available from:



[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692015000100130&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000100130&lng=en&tlng=en)

11. Ong HL, Vaingankar JA, Abdin E, Sambasivam R, Fauziana R, Tan M-E, et al. Resilience and burden in caregivers of older adults: moderating and mediating effects of perceived social support. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2018;18(1):27. Available from: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-018-1616-z>
12. Duff FJ, Hulme C, Grainger K, Hardwick SJ, Miles JN V, Snowling MJ. Reading and language intervention for children at risk of dyslexia: A randomised controlled trial. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip.* 2014;55(11):1234–43.

## *Actualización de la base de datos de diagnósticos, resultados e intervenciones en Osanaia, una experiencia*

### **Autor/es**

Miren Garrastatxu Landaluze-Okerantza, Itsaso Martínez-Aramberri, María Ángeles Cidoncha-Moreno, Lucía Garate-Echenique, Edurne Arenaza-Lamo, Inmaculada Moro-Casuso.

### **Palabras clave**

Osanaia, bases de datos electrónicas, enfermería, taxonomías, diagnósticos de enfermería

### **Introducción**

Osanaia es una aplicación informática que permite la gestión de los cuidados de enfermería en los diferentes ámbitos asistenciales, expresados en terminología NANDA-NOC-NIC, facilitando la actividad y mejorando la calidad y seguridad de los cuidados ofertados.

Las nuevas ediciones de las taxonomías de diagnósticos, resultados e intervenciones de enfermería, así como de sus interrelaciones, incorporan cambios que hacen que sea necesario actualizar la base de datos de la aplicación.

### **Objetivos**

Actualizar la base de datos de diagnósticos, resultados de salud, intervenciones de enfermería e interrelaciones, en la aplicación para la gestión de los cuidados de enfermería Osanaia

### **Material y métodos**

Se desarrolla una funcionalidad en el módulo de configuración de Osanaia que permite: identificar las diferencias entre las versiones de NNN 4 y 6; identificar los planes de cuidados (sobre un total superior a 1200) en los que ha habido alguna actualización al nivel del diagnóstico, resultados y/o intervenciones bien por baja del contenido, bien por modificación; dar de baja lógica los diagnósticos, resultados e intervenciones retirados de las taxonomías

### **Resultados**

El 11-04-2017 se realiza la migración de datos de la versión 4 a la versión 6 de Elsevier, lo que supuso:

- Modificar formularios de registro de valoración por dominios para ser coherentes con la reubicación de diagnósticos a nuevos dominios
- Revisar, validar o modificar todos los planes de cuidados en los que ha habido alguna actualización al nivel de cualquier componente. La sustitución de la base de datos tuvo un impacto inesperado ya que hasta que se consiguió actualizar cada plan, las enfermeras tuvieron dificultades para poder personalizarlos

- Crear nuevos planes de cuidados a partir de los nuevos contenidos
- Se decidió mantener en el sistema algunos contenidos retirados de las taxonomías

## Conclusiones

La actualización de la base de datos de NNN debe ser revisada por profesionales enfermeras para poder identificar el impacto que las actualizaciones tienen a nivel de los registros de valoración y planes de cuidados.

Hemos identificado que algunos contenidos retirados de las taxonomías son relevantes para las enfermeras. Su baja del sistema debe ser reflexionada en profundidad junto con las enfermeras usuarias.

## Bibliografía

1. NANDA International (2015) (Ed. 10ª). Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2015-2017. Barcelona. Elsevier
2. Moorhead, S. et al (2014) (Ed. 5ª ) Clasificación de resultados de enfermería (NOC). Barcelona. Elsevier
3. Bulechek, G.M. et al (2014) (Ed. 6ª) Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) Barcelona. Elsevier
4. Base de datos Elsevier. Software de clientes.

## *Taxonomía NOC para medir la necesidad de cuidados en el paciente crítico: Iniciare-87-III Critical-Care*

### **Autor/es**

Alonso Naharro-Álvarez, Violeta Eisman-Quero; Francisco Javier Arroyo-Muñoz, Francisco Javier Vega-Vázquez, Luis Montes-Vázquez, M<sup>a</sup> Dolores González-Caro.

### **Palabras clave**

“level of care”, “care dependency”, “dependency on care”, “nursing critical care”

### **Introducción**

La escala, Inventario del Nivel de Cuidados mediante Indicadores de clasificación de Resultados de Enfermería (INICIARE 2.0) (Morales-Asencio et al., 2015), es una herramienta validada, basada en el Lenguaje Enfermero Estandarizado (LEE), siendo utilizada con fines clínicos e investigadores como medida del nivel de dependencia en cuidados en pacientes hospitalizados. INICIARE, bajo el modelo de Virginia Henderson, utiliza la taxonomía Nursing Outcomes Classifications (NOC) para valorar el nivel de dependencia en cuidados en función del estado del paciente y la valoración enfermera independiente. La herramienta fue construida y pilotada en la tesis doctoral de Porcel-Gálvez (2011), desde el que se han ido desarrollando distintos proyectos de investigación y tesis doctorales (Barrientos-Trigo, 2015; Morales-Asencio et al., 2015). El proyecto “Validación de un modelo de asignación de recursos enfermeros, ajustados por niveles de dependencia en cuidados de pacientes hospitalizados evaluados con INICIARE, para la mejora de los staff outcomes y la reducción de eventos adversos, en el sistema sanitario” (Boletín Oficial de la Junta de Andalucía [BOJA], 2017) es actualmente el proyecto en vigor y que continua con el desarrollo de la escala y su impacto en entornos clínicos. INICIARE, validada para pacientes hospitalizados en unidades médicas y quirúrgicas, no contempla al paciente crítico, por sus marcadas diferencias asistenciales, pudiendo ser de gran interés. Su adaptación al paciente crítico permitiría dimensionar mejor la gestión de los recursos y mejorar la continuidad de cuidados (2–4).

El objetivo del presente estudio es obtener una herramienta de medida de la necesidad de cuidados en el paciente crítico utilizando las ventajas del LEE y concretamente los criterios de resultados NOC.

### **Objetivo**

Adaptar la escala INICIARE-hospitalización al paciente crítico

### **Material y método**

Estudio de validación (5) en dos fases, una primera fase cualitativa a través de un panel Delphi compuesto por 9 expertos y una segunda fase cuantitativa a través de diseño descriptivo transversal en una muestra de 102 pacientes críticos del Hospital Universitario Virgen Macarena (HUVM). El muestreo se realizó de forma cuasialeatoria garantizando la

representatividad de la población. La nueva escala fue denominada INICIARE-IIIcritical-care-87. El análisis se realizó con el paquete estadístico SPSS v.24.

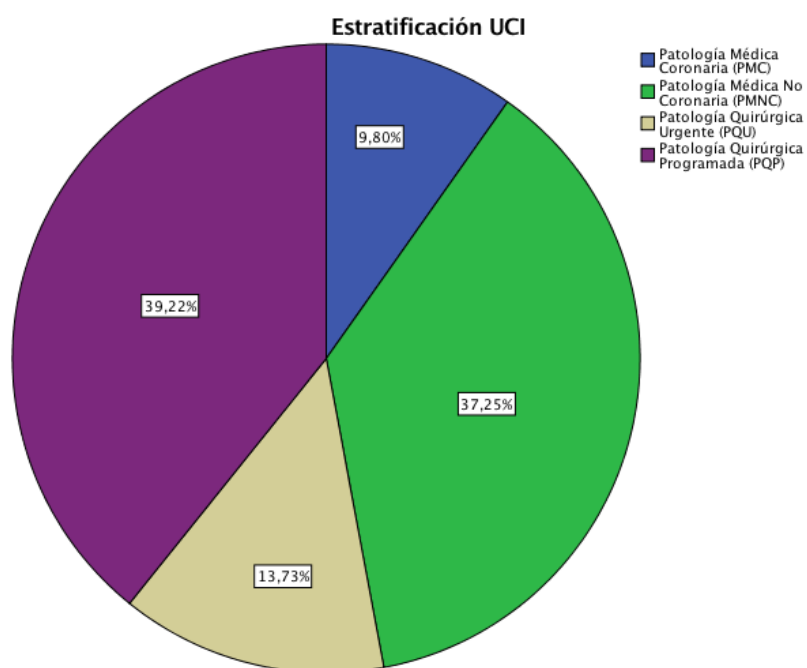
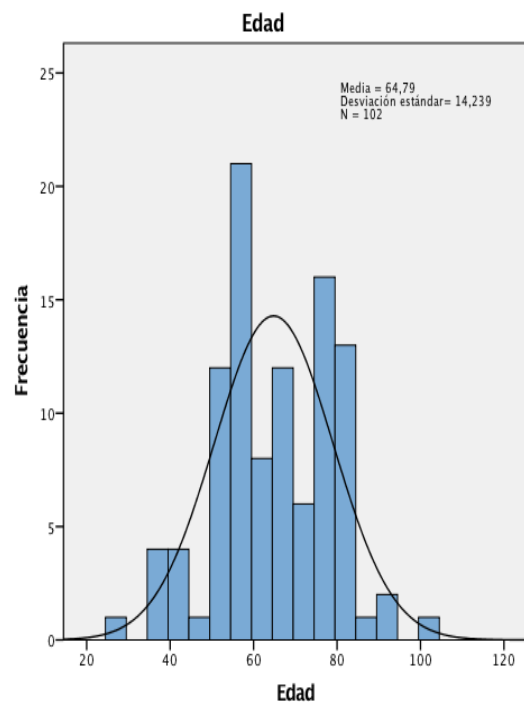
Como parte del estudio se desarrolló un formato de consentimiento informado, protegiendo la libertad de elección y respeto a la autonomía del paciente, con el objeto de facilitar la participación voluntaria en el estudio de los sujetos. En caso de que el paciente no pudiera firmar el consentimiento, la persona cuidadora principal se haría cargo del mismo y recibiría la información.

Se realizó las solicitudes pertinentes, por un lado al Portal de ética de la investigación bioética de Andalucía (PEIBA) y por otro lado a nivel interno en las comités de ética de los Hospitales Universitarios Macarena-Virgen del Rocío, Sevilla sur y HSJDA.

## **Resultado**

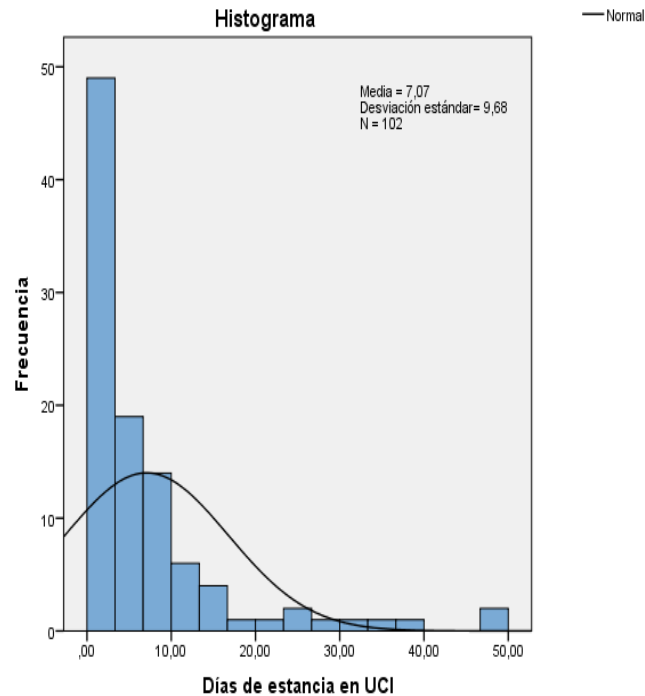
Los expertos seleccionaron 87 indicadores, 37 (42,5%) mantenidos de la escala original a la que se añadieron 50 nuevos indicadores de resultados de la NOC. La escala inicial INICIARE-87-IIIcriticaare, tiene sus ítems repartidos en los primeros cinco dominios de la taxonomía NOC y en 19 de sus clases. Casi el 60% (59,77%) de los indicadores se han recogido del dominio 2, Salud fisiológica, el más prevalente, utilizando casi el 100% de sus clases incluidos en este. Los otros 4 dominios, prácticamente se reparten a partes iguales el resto. Destaca la clase E, Cardiopulmonar, sobre el resto con el 21,83% de indicadores de toda la escala. Los dominios 6 y 7, Salud Familiar y Salud comunitaria no han aportado ningún indicador.

La muestra estuvo compuesta por un 59,8% de hombres y un 40,2% de mujeres que se reparten, a partes iguales, en pacientes críticos quirúrgicos (50,98%) y médicos (49,02%) que llegan a dichas unidades, principalmente desde otra unidades hospitalarias (58,82%) ya sea para intervención quirúrgica programada (39,2%) o por deterioro de su estado de salud. Podría destacarse que la patología médica no coronaria (39,22%) está prácticamente igualada a la patología quirúrgica programada (37,25%).



La edad de los pacientes no sigue una distribución normal manteniendo una mediana de 64,5 años y una moda de 56 con dos picos, uno entre 50-60 años y otro entre 75-85 años.

Casi el 50% de los pacientes se encuentran en los 3 primeros días de estancia en UCI siendo la Mediana de 3,64 días.



Dentro del perfil del paciente crítico, prácticamente el 100% de ellos está con monitorización de signos vitales, monitorización de líquidos con sonda vesical, administración de analgésicos y monitorización del equilibrio ácido-base con gasometría siendo principalmente arterial (67,6%) ya que casi 1 de cada 2 pacientes críticos presenta una monitorización hemodinámica invasiva, como puede ser la presión arterial invasiva. El 35,3% manejan el shock vasogénico con drogas inotrópicas o vasoactivas y tan solo el 6,9% mantienen una terapia con hemofiltración. Uno de cada 5 pacientes presenta sonda nasogástrica para administración de nutrición enteral, al igual que para el cuidado de drenajes.

El 50% están con oxigenoterapia siendo mayor el número de hombres (58%), uno de cada 3 pacientes críticos están sometidos a ventilación mecánica siendo 2 de cada 3 hombres y un 25% sometido a ventilación mecánica no invasiva volviendo a existir una proporción de 2 de cada 3 son hombres. La administración de nutrición parenteral (7,8%) corresponde en un 87,5% a hombres y la nutrición enteral (19,6%) en un 70% de hombres. Ver tabla 1.

Tabla 5. Datos desgregados por sexo del estudio piloto. Elaboración propia

	VARIABLES		
	Hombres	Mujeres	TOTAL
	n (%)	n (%)	n (%)
Sexo	61 (59,8%)	41 (40,2%)	

Edad (años)	102 (100%)	
		Media +/- DT
	64,89 +/- 13,71	
	64,66 +/- 15,17	
	64,79 +/- 14,24	
		Min-Max (P25-P75)
	27-91(56-77)	
	36-103 (55-76)	
	27-103 (56-77)	
		Edad (IC 95%)
	61,37-68,40	
	59,87-69,45	
	62-67,59	
PMC		
	7 (70%)	
	3 (30%)	
	10 (9,8%)	
PMNC		
	27 (71,1%)	
	11 (28,9%)	
	38 (37,3%)	
PQU		
	8 (57,1%)	
	6 (42,9%)	
	14 (13,7%)	
PQP		
	19 (47,5%)	
	21 (52,5%)	
	40 (39,2%)	
Días estancia UCI		
		Media +/- DT
	8,71 +/- 11,41	
	4,62 +/- 5,55	
	7,07 +/- 9,68	
		Min-Max (P25-P75)
	0-49,6 (1,7-10)	
	0-24,8 (0,2-7,2)	
	0 -49,6 (1,1-8,7)	
Días en UCI(IC 95%)		
	5,8-11,6	
	2,9-6,4	
	5,2-9	
Ingreso de domicilio o urgencias		



	23 (63,9%)
	13 (36,1%)
	36 (35,3%)
Ingreso de hospitalización u otras unidades	
	36 (60%)
	24 (40%)
	60 (58,8%)
Traslado desde otra UCI	
	2 (33,3%)
	4 (66,7%)
	5 (5%)
3180 Manejo de la vía aérea artificial	
	23 (67,6%)
	11 (32,4%)
	34 (33,3%)
3320 Oxigenoterapia	
	29 (58%)
	11 (32,4%)
	50 (49%)
Oxígeno nasal de alto flujo	
	0 (0%)
	3 (100%)
	3 (2,9%)
3302 Manejo de la Ventilación mecánica No Invasiva (VMNI)	
	18 (66,7%)
	9 (33,3%)
	27 (26,5%)
3300 Manejo de la Ventilación Mecánica Invasiva (VMI)	
	22 (68,8%)
	10 (31,3%)
	32 (31,4%)
VMI con traqueostomía	
	3 (30%)
	7 (70%)
	10 (9,8%)
4210 Monitorización hemodinámica Invasiva	
	28 (59,6%)
	19 (40,4%)
	47 (46,1%)
4130 Monitorización de líquidos con sonda vesical	
	61 (61,6%)
	38 (38,4%)
	99 (97,1%)
2210 Administración de analgésicos	
	40 (40,8%)
	58 (59,2%)
	96 (94,1%)
1920 Monitorización del equilibrio ácido-base	
	40 (39,6%)
	61 (60,4%)

	99 (97%)
Gasometría Arterial	
	42 (60,9%)
	27 (39,1%)
	69 (67,6%)
Gasometría Venosa	
	19 (57,6%)
	14 (42,4%)
	33 (32,4%)
2260 Manejo de la sedación	
	21 (65,6%)
	11 (34,4%)
	32 (31,4%)
4256 Manejo del Shock Vasogénico	
	21 (58,3%)
	15 (41,7%)
	36 (35,3%)
2110 Terapia de hemofiltración	
	5 (71,4%)
	2 (28,6%)
	7 (6,9%)
4054 Manejo de un dispositivo de acceso venoso central	
	42 (59,2%)
	29 (40,8%)
	71 (69,6%)
4235 Flebotomía: Vía canalizada acceso periférico	
	23 (53,5%)
	20 (46,5%)
	43 (42,2%)
1200 Administración de Nutrición Parenteral	
	7 (87,5%)
	1 (12,5%)
	8 (7,8%)
1056 Administración de nutrición enteral por sonda	
	14 (70%)
	6 (30%)
	20 (19,6%)
2620 Monitorización neurológica-tipo BIS	
	0 (0%)
	2 (100%)
	2 (2%)
1870 Cuidados del drenaje	
	10 (50%)
	10 (50%)
	20 (19,6%)
IC: Intervalo de confianza; DT: Desviación Típica; DE: Desviación Estandar; PMC: Patología Médica Coronaria; PMNC: Patología Médica No Coronaria; PQU: Patología quirúrgica Urgente; PQP: Patología quirúrgica Programada (no urgente)	

La escala presenta un alfa de Cronbach de 0,96 y una varianza explicada del 70%. La escala final se redujo a un total de 22 ítems.

## Conclusiones

La escala INICIARE-ILLCRITICAL-CARE presenta unas excelentes propiedades psicométricas para la evaluación de las necesidades de cuidados en pacientes críticos. Estudios futuros podrían analizar su aplicación en la gestión de recursos humanos en unidades de cuidados críticos.

## Bibliografía

1. Morales-Asencio JM, Porcel-Gálvez AM, Oliveros-Valenzuela R, Rodríguez-Gómez S, Sánchez-Extremera L, Serrano-López FA, et al. Design and validation of the INICIARE instrument, for the assessment of dependency level in acutely ill hospitalised patients. *J Clin Nurs*. 2015;24(5/6):761–77.
2. Echevarría-Pérez P, Giménez-Fernández M, Giro'-Formatger M-D, Romero Sánchez J-M. Aplicación de los lenguajes enfermeros estandarizados a la práctica clínica. In: España, editor. *Investigación en metodología y lenguajes enfermeros* [Internet]. Barcelona: Elsevier; 2016 [cited 2016 Dec 28]. Available from: [http://encore.fama.us.es/iii/encore/record/C\\_\\_Rb2727890\\_\\_Sechevarria\\_perez\\_\\_Orightresult\\_\\_U?lang=spi&suite=cobalt](http://encore.fama.us.es/iii/encore/record/C__Rb2727890__Sechevarria_perez__Orightresult__U?lang=spi&suite=cobalt)
3. Valls-Matarín J, Salamero-Amorós M, Roldán-Gil C. Análisis de la carga de trabajo y uso de los recursos enfermeros en una unidad de cuidados intensivos. *Enfermería intensiva* [Internet]. 2015;26(2):72–81. Available from: [www.elsevier.es/ei](http://www.elsevier.es/ei)
4. Bridges E, McNeill MM, Munro N. Research in review: Advancing critical care practice. *Am J Crit Care*. 2017;26(1):77–88.
5. Argimon-Pallás J-M, Jiménez-Villa J. *Métodos de investigación clínica y epidemiológica*. 4a ed. Barcelona : Elsevier; 2013.

## *Plan de cuidados estandarizado en pacientes pediátricos en situación de alta adversidad en salud y su familia*

### **Autor/es**

Sonia María Pastor -Montero, Olga Paloma- Castro, Juan Carlos Paramio- Cuevas, José Manuel Romero- Sánchez, Isabel L Lepiani-Díaz, Concepción Carnicer-Fuentes.

### **Palabras clave**

Enfermería de Cuidados Paliativos al Final de la Vida; Proceso de Enfermería; Enfermeras Pediátricas

### **Introducción**

La alta adversidad puede definirse como la situación vital derivada de las patologías que evolutivamente conducen a la muerte, debiéndose considerar en el contexto de una fase muy avanzada de la enfermedad, incluso la etapa denominada fase terminal, últimos días y duelo. La alta adversidad incluye una afectación que exige un replanteamiento del proyecto de vida, no solo en el menor afectado, sino también en su entorno familiar más próximo. En ocasiones, un proceso de alta adversidad, puede, además, conducir de forma progresiva a fases críticas, que incluyan los cuidados paliativos

### **Objetivos**

Identificar las principales necesidades de salud, durante la hospitalización, de menores y familiares que viven situaciones de alta adversidad, así como los cuidados enfermeros que contribuyan a reducir el sufrimiento y la recuperación del proyecto de vida.

### **Material y métodos**

Se utilizaron la técnica de consenso de expertos para identificar las necesidades principales, diagnósticos, resultados e intervenciones tanto del menor hospitalizado por un proceso de alta adversidad, como de los familiares

### **Resultados**

Se establecieron dos planes de cuidados estandarizados diferenciados, uno centrado en el paciente y otro en la familia. Se propone una guía para la valoración enfermera según el modelo de Virginia Henderson. El plan de cuidados del menor se focalizó especialmente en las necesidades básicas, las relaciones con el afrontamiento de la enfermedad y del cambio en la imagen corporal, así como en las derivadas del sufrimiento espiritual. El plan de cuidados de los familiares se centró en las necesidades relacionadas con el afrontamiento de la situación clínica, muerte y duelo, así como de los procesos familiares

## Conclusiones

El presente estudio aporta dos planes de cuidados estandarizados para facilitar el abordaje integral en pacientes pediátricos en situación de alta adversidad en salud y sus familiares durante la hospitalización. Aunque se ha establecido en base a consenso de expertos, serían necesarios estudios más amplios y/o de validación clínica para aportar un mayor grado de evidencia científica

## Bibliografía

1. Junta de Andalucía. Al lado del menor en situación de alta adversidad en salud. Alta adversidad y cuidados paliativos en menores. Disponible en: [si.easp.es/csalud/puertaazul/llamando\\_alta\\_adversidad.html](http://si.easp.es/csalud/puertaazul/llamando_alta_adversidad.html)
2. Villalba Nogales J. Afrontamiento de la muerte de un niño: los cuidados pediátricos paliativos desde la Atención Primaria. Rev Pediatr Aten Primaria.2015;17:171-83

## *La alfabetización en salud como resultado enfermero: NOC “Health literacy behavior”*

### **Autor/es**

Martina Fernández-Gutiérrez, Olga Paloma-Castro, José Manuel Romero-Sánchez, Alba Correro-Bermejo, Sonia de la Torre-Moyano, Pilar Bas-Sarmiento.

### **Palabras clave**

NOC; Alfabetización en Salud; resultados de salud; toma decisiones; evaluación

### **Introducción**

Los pacientes se enfrentan a una paradoja en la toma de decisiones en salud ya que se les exige adopten comportamientos saludables, naveguen por sistemas socio-sanitarios complejos, lleven a cabo autocuidados eficaces..., sin que sepamos si están preparados y/o si tienen los recursos necesarios. En este contexto la Alfabetización en Salud (AS) está directamente relacionada con la participación en las actividades de promoción y/o prevención de enfermedades, la autogestión, las tasas de frecuentación y, en definitiva, con el estado de salud. Es fundamental que las Enfermeras conozcan e identifiquen la AS como un objetivo de salud básico y tengan indicadores de resultado medibles que guíen la intervención y valoren su eficacia.

### **Objetivos**

Desarrollar y proponer a NANDA Internacional (NANDA-I) un nuevo NOC para medir el nivel de AS de los pacientes.

### **Material y métodos**

El NOC propuesto se ha obtenido a partir de la revisión bibliográfica de la literatura siguiendo el marco teórico del proyecto HLS-EU (European Health Literacy Survey) y revisión de los instrumentos psicométricos que evalúan el constructo. El conjunto de indicadores resultantes se establecieron a partir de consenso de expertos.

### **Resultados**

El NOC “Health Literacy Behavior” definido como “las acciones personales necesarias para obtener, comprender y evaluar la información relacionada con la salud, enfermedad y servicios disponibles para la toma de decisiones” ha sido incorporado en la sexta edición NANDA-I en el dominio 5 (salud percibida) y en la clase de salud y calidad de vida. Cuenta con 21 indicadores evaluados mediante escala Likert de 5 puntos. Actualmente estamos sumidos en la validación del mismo.

## Conclusiones

Este NOC, basado en la evidencia, permitirá a las Enfermeras evaluar la efectividad de las intervenciones en Alfabetización en Salud, fomentando la autonomía del paciente para la toma de decisiones sobre su propia salud.

## Bibliografía

1. Chinn, D. & McCarthy, C. (2013). All Aspects of Health Literacy Scale (AAHLS): Developing a tool to measure functional, communicative and critical health literacy in primary healthcare settings. *Patient Education and Counseling*, 90(2), 247-253.
2. Macabasco-O'Connell, A. & Fry-Bowers, E. K. (2011). Knowledge and perceptions of health literacy among nursing professionals. *Journal of Health Communication*, 16(9), 295-307.
3. Nielsen-Bohlman, L. Panzer, A. M., & Kindig, D. A. (Eds.). (2004). *Health literacy: As prescription to end confusion*. Washington, DC: National Academies Press.
4. Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259–267.
5. Osborne, R., Batterham, R., Elsworth, G., Hawkins, M., & Buchbinder, R. (2013). The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC Public Health*, 13(1), 658.
6. Rosenkilde, L. K., Rowlands, G., Protheroe, J. & Wolf, M. S. (2014, April). Developing a method to derive indicative health literacy from routine socio-economic data. Paper presented at the 2nd European Health Literacy Conference, Aarhus, Denmark.
7. Rudd, R. E., Groene, O. R., & Navarro-Rubio, M. D. (2013). On health literacy and health outcomes: Background, impact, and future directions. *Revista de Calidad Asistencial*, 28(3), 188-192.
8. Schwartzberg, J. G., Cowett, A., VanGeest, J., & Wolf, M. (2007). Communication techniques for patients with low health literacy: A survey of physicians, nurses, and pharmacists. *American Journal of Health Behavior*, 31(Suppl. 1), S96-S104.
9. Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models, *BMC Public Health* [online], 12. doi: 10.1186/1471-2458-12-80.
10. Sørensen, K., Van den Broucke, S., Pelikan, J., Fullam, J., Doyle, G., Slonska, Z., . . . Brand H. (2013). Measuring health literacy in populations: Illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q), *BMC Public Health* [online], 13. doi: 10.1186/1471-2458-13-948.

## ***Propuesta de Validación de una etiqueta NIC: Entrevista Motivacional***

### **Autor/es**

Pilar Lozano-San Juan, Cecilia Serrano-Cecilia, Aurelio García-Carrasco, María Zurita, José Indalecio Ramírez, Cristina O´Ferrall-González.

### **Palabras clave**

Entrevista motivacional; adherencia terapéutica; Trastorno Mental Grave; validación etiqueta NIC

### **Introducción**

El proceso enfermero es un proceso de resolución de problemas que se adecua a un método clínico para estructurar la praxis enfermera y exige un lenguaje estandarizado. NANDA-NOC-NIC requiere revisión continua mediante la investigación para reflejar la práctica cotidiana de las enfermeras y aumentar su cuerpo de conocimiento.

La falta de adherencia en pacientes con trastorno mental grave (TMG) es un problema habitual del cuidado. La entrevista motivacional es una forma de relación colaborativa con el paciente orientado a producir cambios y mejorar su empoderamiento, con eficacia demostrada en diversos ámbitos.

### **Objetivos**

Presentar una propuesta de validación de nueva etiqueta NIC “Entrevista Motivacional”, para mejorar la adherencia terapéutica de pacientes con TMG

### **Material y métodos**

A partir de una investigación de intervención para mejorar la adherencia terapéutica en TMG realizada, se somete a valoración del foro de expertos el siguiente protocolo de validación:

1. Etiqueta y definición de la etiqueta
2. Elaboración de listado de actividades realizadas en la investigación en el marco de la entrevista motivacional, según la última versión de Miller y Rollnick (2015)
3. Valoración por parte de expertos del orden de implementación, frecuencia , intensidad y tiempo para respuesta clínica; de las actividades
4. Revisión crítica de la literatura
5. Valoración de los instrumentos: sobre la adherencia terapéutica y empatía al profesional
6. Análisis de datos con la base SPSS



## Resultados

Definición de la nueva etiqueta NIC y su protocolo clínico, con resultados preliminares.

## Conclusiones

El formato de presentación pretende servir como foro de debate de la propuesta para incorporar sugerencias y mejoras.

El trabajo realizado en esta dirección potenciará la utilidad de la entrevista motivacional como una intervención de enfermería para validar en otros posibles contextos y con otras finalidades diferentes a la mejora de la adherencia.

## Bibliografía

1. -Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner C. Nursing Interventions Classification - NIC, 6th Ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2014. 634p
2. -Echevarría P. Investigación en metodología y lenguajes enfermeros.1ª Ed.Elsevier; 2016. 74p. 138p.
3. -Miller W.R, Rollnick S. La entrevista motivacional, 3º ed. Barcelona; 2015.
4. -NANDA – International. Nursing diagnosis: definitions & classification 2012 – 2014, Philadelphia: Wiley-Blackwell; 2012. 568p.

# *Estudio para conocer la percepción de los pacientes de sentirse conocidos por sus enfermeras*

## **Autor/es**

Amparo Zaragoza-Salcedo, Elena Osácar-Crespo, Cristina Orovioicoechea.

## **Palabras clave**

conocimiento del paciente, cuidado personalizado, perspectiva del paciente

## **Introducción**

El conocimiento del paciente es la base para poder valorar y establecen un plan de cuidados de enfermería adecuados para el paciente (Takemura y Kanda 2003)

El conocimiento del paciente ha sido descrito en la literatura de enfermería y se define como un proceso que trasciende el conocimiento empírico y busca aproximarse a los patrones de respuesta del paciente y al paciente como persona (Zolneriek, 2014; Whittemore, 2000)

Estas conceptualizaciones sobre el conocimiento del paciente siempre se han realizado desde la perspectiva de los profesionales de enfermería, sin embargo, desde la perspectiva de los pacientes únicamente se ha estudiado en un contexto americano a través del estudio de Somerville (2009). Este estudio concluyó que la percepción de los pacientes de sentirse conocidos por sus enfermeras se produce cuando experimentan: una conexión significativa con sus enfermeras, sentirse reconocidos como seres humanos únicos, sentirse seguros y sentirse empoderados a participar de su autocuidado.

## **Objetivos**

Profundizar en la percepción de los pacientes acerca del conocimiento que sus enfermeras tienen sobre ellos en el contexto español.

## **Material y métodos**

Apoyándonos en el estudio cualitativo realizado por Somerville (2009) y en una revisión bibliográfica sobre el concepto “conocimiento del paciente”, se ha realizado un estudio cualitativo descriptivo transversal basado en entrevistas semiestructuradas a pacientes hospitalizados en unidades medicoquirúrgicas de la Clínica Universidad de Navarra.

## **Resultados**

En nuestro contexto se confirmó que los pacientes se sienten conocidos cuando experimentan tres de los cuatro factores descritos en el contexto americano. El cuarto factor: sentirse empoderado a participar en su autocuidado, no ha sido expresado de forma clara en las entrevistas realizadas.

## Conclusiones

Este estudio revela cómo los pacientes esperan ser conocidos en nuestro contexto y en consecuencia orienta acerca de cómo hacer posible que pueda darse un cuidado centrado en la persona.

## Bibliografía

1. Somerville JG. Development and psychometric evaluation of the patient's perceptions of feeling known by their nurses scale. [Tesis doctoral]. Boston College Connell School of Nursing; 2009
2. Takemura Y, Kanda K. How Japanese nurses provide care: A practice based on continuously knowing the patient. *J Adv Nurs*. 2003;42(3):252–9.
3. Whittemore R. Consequences of not “knowing the patient.” *Clin Nurse Spec*. 2000;14(2):75–81.
4. Zolnierek CD. An integrative review of knowing the patient. *J Nurs Scholarsh*. 2014;

## *Plan de cuidados: herramienta de gestión y docencia.*

### **Autora**

M<sup>a</sup> Isabel Mateos Hernández

### **Palabras clave**

Enfermedad Inflamatoria Intestinal, cuidados, enfermería, modelo AREA.

### **INTRODUCCIÓN**

El trabajo surge a raíz de la creación de la Unidad de Enfermedad Inflamatoria Intestinal en el Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. El modelo de asistencia , el número de pacientes, las características de los mismos y el aumento de la demanda de atención justificaban la creación de la misma.

En el momento de su creación se generan una serie de protocolos de actuación coordinada con diferentes áreas del Centro, Medicina Preventiva, Rayos, Cirugía, Farmacia, Hospital de Día, Reumatología, Dermatología.....y Enfermería, convirtiéndose esta última en referente de atención en determinadas situaciones y coordinadora de la asistencia dentro de la Unidad en otras.

Lógicamente hacer visible la actividad de esta unidad y justificar la asignación de recursos tanto humanos como materiales hacia imprescindible una serie de registros principalmente estadísticos que proporcionan datos fundamentalmente de gestión.

Este hecho presentaba la labor de la enfermera prácticamente como una serie actividades y dificultaban claramente poner en valor su trabajo y conocer el impacto del mismo sobre la población atendida. Esto junto con la existencia de normativa legal a nivel nacional y autonómico, que define y regula los registros de obligada existencia u cumplimentación hizo que nos marcáramos como objetivos:

### **Objetivos**

#### *General*

Realizar un plan de cuidados estándar integral para los pacientes con EII.

#### *Específicos*

- Generar registros que pongan el valor la labor asistencial.
- Crear instrumentos de comunicación comparación e investigación para nuestra unidad y con terceros.
- Utilizar el Plan de cuidados como herramienta docente.

## **MATERIAL Y METODO**

En primer lugar se realiza una búsqueda mediante consulta con expertos ( Asesoría Jurídica y servicio de documentación clínica) de los registros definidos por la normativa legal y autonómica como de obligado existencia y cumplimentación en las historias clínicas, y más concretamente las relativa a enfermería como profesión sanitaria así reconocida.

En segundo lugar se hace una revisión bibliografica entre los meses de mayo a septiembre de 2016 de la literatura publicada en los ultimos 10 años, tanto en ingles como en español en las bases de datos Medline Cochrane, Cinahl y Cuiden. Para las búsquedas se utilizan descriptores DECs/ MeSH y palabras naturales, introduciendo en la sintaxis truncadores booleanos.

Los criterios de inclusión fueron : Enfermedad Inflamatoria Intestinal, enfermería, cuidados, aceptando todo tipo de estudios, dada la escasez de trabajos con las características requeridas y bien diseñados. Como criterios de exclusión, no se consideraron documentos relativos a otras profesiones, documentos de opinión o carentes de diseño.

En tercer lugar se revisaron lenguajes clasificaciones o taxonomías Enfermeras internacionalmente aceptadas y reconocidas y posteriormente se creó un Plan de Cuidados de Enfermería utilizando diagnósticos NANDA, objetivos NOC y intervenciones NIC, tomando como modelo de enfermería el modelo de necesidades de Virginia Henderson (Modelo institucional).

Por último se aplicó el modelo AREA (Análisis de Resultados del Estado Actual) de Pesut. Modelo que enfatiza el reconocimiento de las relaciones existentes entre un número elevado de Diagnósticos de enfermería, permitiéndonos encontrar el diagnostico principal y la mejor decisión enfermera.

## **RESULTADOS**

Con relación a la normativa legal y teniendo en cuenta exclusivamente la aplicable a nivel nacional, encontramos tres referencias de obligado cumplimiento:

- Ley 41/ 2002, de 14 de noviembre. Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- Ley 44/2003 de 21 de noviembre. Ley de ordenación de profesiones sanitarias.
- Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud

Con relación a la búsqueda bibliográfica, se identificaron inicialmente 182 trabajos potencialmente validos (Tabla 1). La revisión detallada del contenido y la validez interna de los textos rebajó la selección a 6 estudios publicados entre 2007 y 2016.

La selección final incluyó 1 revisión sistemática, 3 artículos de pre intervención y 2 artículos de práctica clínica.

Tanto la normativa legal como los artículos seleccionados reflejaban la utilización y reconocimiento como lenguaje enfermero las taxonomías NNN por lo cual a la hora de redactar nuestro PC se tuvo en cuenta, sus últimas versiones.

Los artículos revisados abordaban la valoración del paciente teniendo en cuenta de forma mayoritaria , en primer lugar la clínica presentada por el paciente haciendo hincapié en los aspectos físicos y sistémicos, posteriormente los aspectos psicológicos/sociales y en escasas ocasiones se hacía referencia a aspectos laborales o espirituales. Tabla 2

Posteriormente se creó un PC Estandarizado para nuestros pacientes, teniendo en cuenta las aportaciones de los trabajos revisados. Este PC resultaba, por su amplitud. inviable en la práctica clínica, máxime, teniendo en cuenta las estancias medias en la hospitalización y el tiempo medio asignado para la atención individual en el área de consultas.(Tabla 3)

Tras la aplicación del Modelo Area, el PC quedó reducido a tres diagnósticos con sus correspondientes objetivos e intervenciones. (Tabla 4).

Todo lo anterior se materializó en un registro de actividad que permitió asignar tiempos, responsabilidades y conocer los problemas o diagnósticos, objetivos e intervenciones con mayor incidencia y prevalencia. La cuantificación de los mismos en registros estadísticos hizo visible el trabajo enfermero.

Finalmente una vez consolidado el PC se utilizó como herramienta docente para los alumnos de las distintas escuelas de enfermería que realizan su practicum en la Unidad de EII y Aparato Digestivo del centro de referencia, implementando y complementando programa docente.

## CONCLUSIONES

Tras el trabajo realizado y llevado a la práctica, creemos que hay una frase que resume y concluye perfectamente lo realizado.

"Si no estamos en condiciones de describir y denominar los cuidados enfermeros, no podremos jamás controlarlos, ni financiarlos, ni llevar a cabo investigaciones en este campo, ni actuar de forma que sean tenidos en cuenta en la elaboración de políticas sanitarias. Se corre el riesgo de que la aportación enfermera pase inadvertida, resulte infravalorada y desaparezca sin dejar huella"

June Clark y Norma Lang

## BIBLIOGRAFIA

1. Sicilia B, Vicente R, Gomollón F. Enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa: discusión de la epidemiología clásica. Acta Gastroenterológica Latinoamericana 2009;39:135-

145. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=199317359012>. Fecha de consulta: 16 de abril de 2015.

2. Sans Cuffí M, Correas Lira I. Criterios diagnósticos y clínica de la Colitis ulcerosa. En Gassull MA, Gomollon F, Hinojosaj, Obrador A. Enfermedad Inflamatoria Intestinal. Madrid: Aran;2007. p 253-262.
3. Herdman H. NANDA International Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2015-2017. Barcelona: Elsevier; 2010. 251-252

Tabla 1

Necesidades	Diagnósticos	Patrones	Diagnósticos
1. Respirar normalmente	0	1. Percepción manejo de la salud	2
2. Comer y beber	2	2. Nutrición . Metabolismo	2
3. Eliminación	2	3. Eliminación	2
4. Moverse	1	4. Actividad . Ejercicio	2
5. Reposo / Sueño	1	5. Sueño /reposo	1
6. Vestirse	0	6. Cognitivo Perceptual	3
7. Temperatura	0	7. Auto percepción-autoconcepto	2
8. Higiene/Piel	0	8. Rol de relaciones	0
9. Evitar peligros/ seguridad	5	9. Sexualidad, reproducción	0
10. Comunicación	1	10. Afrontamiento.Tolerancia al stress	1
11. Creencias y valores	2	Valores y creencias	1
12. Trabajar y realizarse	0		
13. Recrearse	0		
14. Aprender	1		

Tabla 2

Base de datos/fuente	Palabras de búsquedas	Resultados	Selección
PubMed		85	2
Cuiden	Enfermedad Inflamatoria Intestinal and enfermería. Enfermedad Inflamatoria intestinal and planes de cuidados.	61	3
Cochrane Plus		40	1

Tabla 3

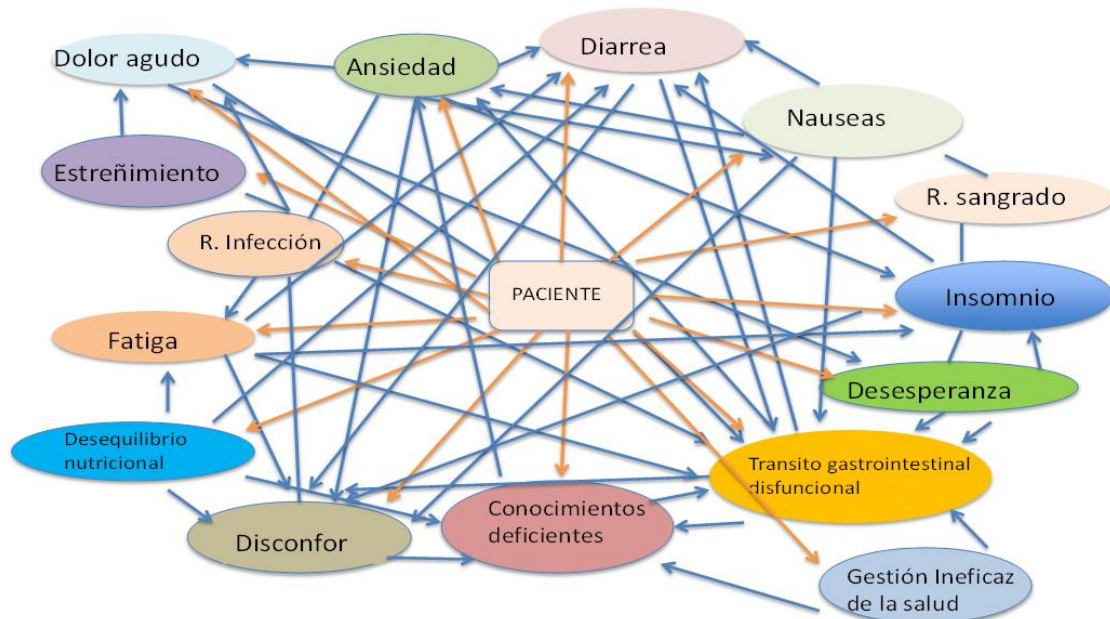
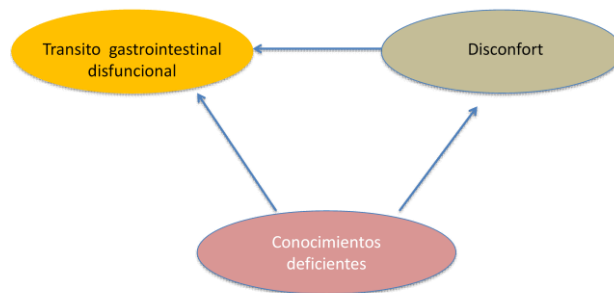


Tabla 4



<http://www.nnnconsult.com/nanda/214>



## *Coherencia del plan de cuidados para el diagnóstico: Riesgo de deterioro de la integridad cutánea.*

### **Autor/es**

Antonio Bazán Herrero, Sonia Álvarez López.

### **PALABRAS CLAVE**

Proceso atención enfermería; Diagnósticos de enfermería; NANDA riesgo de deterioro integridad cutánea; Evaluación de Necesidades; Pensamiento crítico.

### **INTRODUCCIÓN**

La Normalización de los Procesos de Cuidados es uno de los proyectos de la Dirección General de Planificación Sanitaria de la Consejería de Sanidad del Principado de Asturias, e incluye la utilización de la metodología enfermera en los procesos de cuidados normalizados.

Por ello estamos utilizando desde el año 2012 planes de cuidados que emplean lenguajes estandarizados, integrados en la plataforma informática de Historia Clínica Electrónica (HCE) Selene.

Este proyecto de Normalización de Cuidados alcanza a todos los hospitales de la red pública de la comunidad autónoma, y de él ha derivado la elaboración de un cuadro de mandos unificado cuyos resultados se distribuyen periódicamente a las direcciones de enfermería para permitirles realizar un seguimiento, entre otras cosas, de la cumplimentación de planes de cuidados.

Entre los indicadores que incluye este cuadro de mandos se encuentra el que ha inspirado este trabajo: Porcentaje de pacientes con el diagnóstico Riesgo de deterioro de la integridad cutánea + NIC + Braden.

Este indicador analiza si a los pacientes que tienen asignado este diagnóstico se les realizó la evaluación de la Escala de Braden y se les asignó las intervenciones NIC más relacionadas con el diagnóstico, según establece la documentación del proceso de cuidados. Se trata por tanto de un indicador que analiza la coherencia del proceso Valoración-Planificación.

El análisis de los datos de este indicador relativos al ejercicio 2017 mostró la existencia de posibilidades de mejora en el caso de nuestro hospital, por lo que nos planteamos la necesidad de analizar a través de una muestra, cual o cuales son los errores más frecuentes que originan la falta de coherencia en el uso de este diagnóstico.

Es fundamental que los planes de cuidados de nuestros pacientes se construyan en función de las necesidades detectadas en la valoración enfermera, que es la base de todo el proceso enfermero cuyo resultado final será el informe de continuidad de cuidados.

La coherencia entre las necesidades detectadas en la valoración enfermera, el plan para solucionarlas o mejorarlas y las acciones llevadas a cabo serán fundamentales para la consecución de resultados de nuestros pacientes.

Las herramientas integradas en la HCE facilitan la creación del plan, pero las incoherencias ponen de manifiesto que el pensamiento enfermero sobre dicho plan de cuidados puede optimizarse.

Programar formaciones específicas para mejorar aquellos aspectos que impiden una buena coherencia del plan de cuidados es fundamental para el éxito del proceso de cuidados.

## **OBJETIVOS**

Detectar las principales incongruencias de los planes de cuidados dónde se incluye el diagnóstico "riesgo de deterioro de la integridad cutánea".

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

Estudio observacional retrospectivo sobre una muestra de 80 pacientes en cuyo plan de cuidados estuviera incluido el diagnóstico riesgo de deterioro de la integridad cutánea en el año 2017.

Las variables estudiadas fueron valoración enfermera inicial, ítem piel íntegra, escalas de Barthel y Braden, diagnóstico e intervenciones. Cumplimentación del Formulario de prevención de UPP.

Se estudian los indicadores de coherencia del cuadro de mandos unificado de la comunidad autónoma: % pac.Dx R.Deter.Integr.Cut.+NIC+Braden.

Se decidió incluir revisión de la escala de Barthel ya que en multitud de ocasiones se venían observando discrepancias entre las escalas de dependencia y riesgo de desarrollar upp. Esto nos llevó a revisar la valoración enfermera completa, incluyendo también las observaciones de enfermería del ingreso. Revisamos si se incluye en la HCE el formulario de prevención de upp, ya que es imprescindible que esté informado para describir las decisiones se han tomado como tratamiento preventivo cuando asignamos el diagnóstico de riesgo de deterioro de la integridad cutánea.

## **RESULTADOS**

De los 80 pacientes revisados:

5% pacientes no tenían valoración de enfermera al ingreso.

1,25% paciente no tenía Escala Braden ni Barthel al ingreso.

5% pacientes tenían el Diagnóstico erróneo.

11,25% Incoherencias entre Barthel/Braden/valoración:

3 se relacionan con el ítem piel íntegra informado como NO y elegido diagnóstico de riesgo en lugar de deterioro.

4 incoherencias tienen que ver con la valoración de los ítems de Braden lo que describían en esta escala es la situación del paciente, previa al proceso de salud actual.

6 incoherencias relacionadas con el Barthel, aquí la confusión se relaciona con la dependencia que se crea

21,25% pacientes no tenían abierto el formulario de Prevención de UPP.

7,5% pacientes no tenían NIC relacionadas con el diagnóstico.

En total 35 planes de cuidados de los 80 estudiados, 43%, presentan problemas de coherencia, o están incompletos respecto al diagnóstico de riesgo de deterioro de la integridad cutánea.

Hay que tener en cuenta que un plan de cuidados con un solo ítem erróneo no cumple criterios de coherencia, y el mismo plan podría tener varios criterios erróneos.

## CONCLUSIONES

La valoración enfermera está bien interiorizada con un porcentaje de cumplimentación por encima del 95%.

El desarrollo del plan de cuidados realizado con Pensamiento Crítico: qué, por qué y cómo informarlo, el seguimiento del plan y la evaluación del mismo, necesita ser trabajado.

Falta conocimiento sobre las escalas Braden y Barthel, cumplimentándolas erróneamente perdiendo el foco de lo que miden y cuál es el objetivo.

Cabe reseñar que durante el año 2017 se realizaron 5 formaciones de metodología enfermera, taxonomías NNN y programa de planes de cuidados. En las historias clínicas revisadas los registros enfermeros estudiados que se realizaron tras la formación mejoraron sustancialmente.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Pensamiento crítico, razonamiento clínico y juicio clínico en enfermería - 9788491131199 | Elsevier España.
2. Investigación en metodología y lenguajes enfermeros - 9788491130086 | Elsevier España.
3. Nueva edición de Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2015-2017 de NANDA-International. Elsevier España. 2015
4. Asturias, Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Historia clínica electrónica: formularios de enfermería. Oviedo: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios; 2010.

5. Asturias (Comunidad Autónoma), Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, Grupo Valoración. Proceso de cuidados: valoración enfermera : registros para la valoración enfermera. Oviedo: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios; 2010.
6. Asturias, Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Interrelaciones NANDA-NIC de los diagnósticos prevalentes en atención especializada. Oviedo: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios; 2010.
7. Carpenito LJ. Manual de Diagnósticos de enfermería. 9 ed. Madrid: Mc Graw- Hill Interamericana; 2003
8. Alfaro RL. Aplicación del proceso enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración. 5 ed. Barcelona: Elsevier Doyma, S.L; 2003.
9. Bavaresco T. Intervenciones de la Clasificación de Enfermería NIC validadas para pacientes en riesgo de Úlcera por Presión.: 8.
10. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) - 9788490224137 | Elsevier España.

**Pósters**

## *Aplicación de Metodología Enfermera (NNN) al protocolo de salud laboral manipulación manual de carga*

### **Autor/es**

Francisca Sánchez-Ayllón, Adriana Catarina De Souza-Oliveira, Paloma Echevarría-Pérez, Juan Antonio Flores-Martín.

### **Palabras clave**

Proceso de Enfermería; Clasificación; Salud Laboral.

### **Introducción**

En Salud Laboral el enfermero está obligado a la revisión clínica, elaboración de historia clínica y a la vigilancia de la salud según en el protocolo que se enmarque su puesto de trabajo(1,2). Actualmente, contamos con 19 Protocolos de Salud. Los diagnósticos enfermeros son ya hoy de uso obligatorio en los informes clínicos del Sistema Nacional de Salud(3).

### **Objetivos**

Identificar el protocolo de salud más utilizado en un servicio de prevención de la región de Murcia. Proponer la aplicación de las taxonomías NNN al protocolo de vigilancia de la salud más frecuente.

### **Material y métodos**

Estudio observacional con finalidad descriptiva y transversal. La población de estudio estuvo compuesta por todos los reconocimientos médicos, desde febrero de 2013 hasta septiembre del 2017, un total de 9.960, realizado en un servicio de prevención de riesgos laborales de la Región de Murcia.

### **Resultados**

En los 9960 reconocimientos médicos se han aplicado los protocolos un total 39.739 veces, siendo el protocolo de salud más aplicado el de "MANIPULACIÓN MANUAL DE CARGAS" con un total de 5966 veces (59,9%), aplicado en su mayor parte a trabajadores del sector agrario. De los once patrones de M Gordon encontramos cuatro alterados: Patrón nº 1: Percepción de la Salud; Patrón nº 4: Actividad y Ejercicio; Patrón nº 6: Cognitivo-Perceptivo; Patrón nº 10: Tolerancia al estrés.

### **Conclusiones**

Tras realizar la valoración del trabajador y elaborar la historia clínica-laboral de acuerdo con los protocolos a los que se encuentra afectado, proponemos incluir en este protocolo un plan de cuidados para el trabajador. La Metodología enfermera puede tener aplicación en el área de salud laboral y el enfermero del trabajo puede incorporarla en su praxis diaria de forma integral

y dinámica para prestar cuidado a los trabajadores incluso cuando el accidente o la enfermedad profesional ha sucedido.

### **Bibliografía**

1. Ministerio de Sanidad y Política Social. Vigilancia de la Salud de los trabajadores [www.msc.es]. URL disponible en: <http://www.msps.es/ciudadanos/saludAmbLaboral/saludLaboral/vigiTrabajadores/protocolos.htm>
2. Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. (Boletín Oficial del Estado, núm. 269, de 10 de noviembre de 1995).
3. Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud. (Boletín Oficial del Estado, núm 225, del 16 de septiembre de 2010).

## *Indicadores clínicos de la NOC para la valoración de pacientes con lesión por presión*

### **Autor/es**

Cássia Teixeira dos Santos, Miriam de Abreu Almeida, Luciana Nabinger Menna Barreto, Amália de Fátima Lucena.

### **Palabras clave**

Estudos de validação, Diagnóstico de enfermagem, Terminologias de classificações de resultados em enfermagem

### **Introducción**

La lesión por presión es considerada un perjuicio para la salud pública debido a sus altas tasas de incidencia y prevalencia<sup>1-2</sup>. Por lo tanto, es importante que el enfermero reconozca la lesión, así como su tratamiento y evolución y por ello es importante utilizar indicadores clínicos descritos en terminologías estandarizadas como la Nursing Outcomes Classification/NOC<sup>3</sup>.

### **Objetivos**

Seleccionar y validar indicadores del Resultado de enfermería de la NOC: Integridad tisular: piel y mucosas para la evaluación de pacientes con lesión por presión.

### **Material y métodos**

Estudio de validación por consenso de especialistas realizado en un hospital universitario en el sur de Brasil, basado en un estudio previo<sup>4</sup>. Los especialistas eran enfermeros de la Comisión de Prevención de Tratamiento de Heridas de este hospital, los cuales poseen amplia experiencia clínica y conocimiento sobre el tema. La recolección de datos fue realizada con un instrumento aplicado presencialmente en reunión del grupo, el cual contenía los indicadores: temperatura de la piel, sensibilidad, elasticidad, hidratación, transpiración, espesor, textura, perfusión tisular, crecimiento de pelos en la piel, integridad de la piel, pigmentación anormal, lesiones en la piel, lesiones en las mucosas, tejido cicatricial, cáncer de piel, descamación de la piel, eritema, blanqueamiento, necrosis y endurecimiento. El análisis de los datos fue estadístico descriptivo y se consideró un consenso del 80%. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación del hospital.

### **Resultados**

Sensibilidad, tejido cicatricial, eritema y necrosis son algunos de los indicadores seleccionados.

### **Conclusiones**

Tanto la selección como la validación de indicadores clínicos pueden auxiliar a los enfermeros en la evaluación más fidedigna de la lesión por presión, además de colaborar para el desarrollo



del conocimiento y aplicación de la NOC en la práctica clínica, favoreciendo el tratamiento y la seguridad al paciente.

### **Bibliografía**

1. Barrois B, Colin D, Allaert FA. Prevalence, characteristics and risk factors of pressure ulcers in public and private hospitals care units and nursing homes in France. *Hosp Pract* (1995), Dec 2017;20(1):1-7.
2. Hyun S, Vermillion B, Newton C, Fall M, Li X, Kaewprag P, Moffatt-Bruce S, Lenz ER. Predictive validity of The Braden Scale for patients in intensive care units. *American journal of critical care*, november 2015;22(6):514-20.
3. Moorhead S. et al. *Nursing outcomes classification (NOC): measurement of health outcomes. Sixth Edition.* Philadelphia: Elsevier 2018.
4. Barreto LNM, Swanson EA, Almeida MA. Nursing Outcomes for the Diagnosis Impaired Tissue Integrity (00044) in Adults With Pressure Ulcer. *International Journal of Nursing Knowledge*, mar.2015.

# *Aplicación de la escala de posicionamiento ante el diagnóstico enfermero en un hospital de Canarias.*

## **Autor/es**

Claudio-Alberto Rodríguez-Suárez, María-Naira Hernández-y de Luis, Wilfredo Domínguez-Castro, María-Isabel Mariscal-Crespo.

## **Palabras clave**

Diagnóstico de Enfermería; Actitud; Enfermeros; Evaluación de Programas e Instrumentos de Investigación.

## **Introducción**

El uso de diagnósticos de enfermería ocasiona disparidad de opiniones y actitudes, lo que ha supuesto el interés de los investigadores; la escala de posicionamiento ante el diagnóstico enfermero, validada en el contexto español, permite medir la actitud de estos profesionales.

## **Objetivos**

Conocer las actitudes de los profesionales ante el diagnóstico enfermero.

## **Material y métodos**

Estudio observacional, descriptivo, transversal en un hospital de Canarias; mediante cuestionario autoadministrado (PND-SV®) con 20 parejas de adjetivos opuestos, variables independientes, donde el entrevistado debe posicionarse en una escala codificada de siete niveles, puntuaciones extremas 1 (actitud positiva) y 7 (actitud negativa); valor central 4.

## **Resultados**

170 participantes, el 26.04% no usan diagnósticos, el 13.02% poco, el 34.91% bastante y el 26.04% mucho. Destacan rutinario ( $\mu=5.11$ ); incómodo ( $\mu=4.95$ ); no realista y obstaculizador ( $\mu=4.66$ ). Las mujeres (79.41%) presentan actitudes más negativas, destacando incómodo y no realista, los hombres (20.59%) se posicionan en rutinario. Las actitudes de los que trabajan en el ámbito asistencial (97.65%) son más negativas que los que gestionan (2.35%). Los que han recibido formación específica en los últimos 5 años muestran actitudes más positivas. En relación a los años de experiencia, los senior presentan actitudes más negativas que lo noveles. Los enfermeros especialistas (77.61%) mantienen peores actitudes que los máster (13.43%) y doctores (1.49%).

## **Conclusiones**

Los profesionales tienden a considerar que los diagnósticos son, en el aspecto negativo, muy rutinarios, incómodos, obstaculizadores y no realistas; en menor medida débiles, difíciles, ambiguos, ingratos y sin validez. En el aspecto positivo destacan por ser algo aceptables e inteligentes. Las actitudes tienden a ser negativas entre los profesionales senior, los que no

han recibido formación específica reciente, cuando se usan los diagnósticos en menor medida y trabajan en el ámbito asistencial.

## Bibliografía

1. Zarate Grajales RA. La Gestión del Cuidado de Enfermería [Internet]. Vol. 13, Index de Enfermería. Fundación Index; 2004 [cited 2018 Feb 11]. p. 42–6. Available from: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962004000100009](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000100009)
2. Carrington JM. The effectiveness of electronic health record with standardized nursing languages for communicating patient status related to a clinical event. [Internet]. University of Arizona; 2008 [cited 2016 Feb 12]. Available from: <http://oatd.org/oatd/record?record=%22handle:10150/195397%22>
3. Powers P. A Discourse Analysis of Nursing Diagnosis. Qual Health Res [Internet]. 2002 Sep [cited 2016 Nov 2];12(7):945–65. Available from: <http://qhr.sagepub.com/content/12/7/945.short>
4. Cho I, Park H. Evaluation of the expressiveness of an ICNP-based nursing data dictionary in a computerized nursing record system. J Am Med Informatics [Internet]. 2006 [cited 2016 Nov 18];13:456–64. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1067502706000545>
5. Libro de ponencias XXI Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados. In Madrid; 2017 [cited 2018 Mar 23]. Available from: [http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-el-instituto/fd-organizacion/fd-estructura-directiva/fd-subdireccion-general-servicios-aplicados-formacion-investigacion/fd-centros-unidades/fd-investen-isciii-2/docus/2017\\_XXI\\_encuentro\\_Investen\\_Madrid.pdf](http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-el-instituto/fd-organizacion/fd-estructura-directiva/fd-subdireccion-general-servicios-aplicados-formacion-investigacion/fd-centros-unidades/fd-investen-isciii-2/docus/2017_XXI_encuentro_Investen_Madrid.pdf)
6. D'Agostino F, Pancani L, Romero-Sánchez JM, Lumillo-Gutierrez I, Paloma-Castro O, Vellone E, et al. Nurses' beliefs about nursing diagnosis: A study with cluster analysis. J Adv Nurs [Internet]. 2018 Mar 8 [cited 2018 Feb 21];1–12. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/jan.13545>
7. de Queiroz Frazão CMF, de Sá JD, de Paiva M das GMN, de Carvalho Lira ALB, de Oliveira Lopes MV, Enders BC. Association Between Nursing Diagnoses and Socioeconomic/Clinical Characteristics of Patients on Hemodialysis. Int J Nurs Knowl [Internet]. 2015 Jul 1 [cited 2016 Oct 28];26(3):135–40. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/2047-3095.12051>
8. Elizalde A, Almeida M. Percepções de enfermeiras de um hospital universitário sobre a implantação dos diagnósticos de enfermagem. Rev gau'cha Enferm [Internet]. 2006 [cited 2016 Oct 31];27(4):564–74. Available from: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/23572>
9. Romero-Sánchez JM, Paloma-Castro O, Paramio-Cuevas JC, Pastor-Montero SM, O'Ferrall-González C, Gabaldón-Bravo EM, et al. Desarrollo y evaluación psicométrica de una forma abreviada de la escala de posicionamiento ante el diagnóstico enfermero. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2013 [cited 2016 Jul 20];47(3):591–9. Available from: [www.ee.usp.br/reeusp/](http://www.ee.usp.br/reeusp/)

10. D'Agostino F, Vellone E, Cerro E, Di Sarra L, Juárez-Vela R, Ghezzi V, et al. Psychometric evaluation of the Positions on Nursing Diagnosis scale. *Appl Nurs Res* [Internet]. 2016 Feb [cited 2016 Oct 31];29:e1–6. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0897189715000725>
11. Collins A. Effect of Continuing Nursing Education on Nurses' Attitude Toward and Accuracy of Nursing Diagnosis. *Int J Nurs Knowl* [Internet]. 2013 May 1 [cited 2018 Feb 11];24(3):n/a-n/a. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.2047-3095.2013.01237.x>
12. Guedes E de S, Sousa RMC de, Turrini RNT, Baltar VT, Cruz D de ALM da. Adaptation and validation of the instrument positions on the nursing process. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2013 Feb [cited 2018 Feb 12];21(1):404–11. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692013000100016&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000100016&lng=en&tlng=en)
13. Hasegawa T, Ogasawara C, Katz EC. Measuring Diagnostic Competency and the Analysis of Factors Influencing Competency Using Written Case Studies. *Int J Nurs Terminol Classif* [Internet]. 2007 Jul 1 [cited 2017 Mar 29];18(3):93–102. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17714237>
14. Oliva APV, Lopes D de A, Volpato MP, Hayashi AAM. Atitudes de alunos e enfermeiros frente ao diagnóstico de enfermagem: attitudes of nurses and nursing students. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2005 Dec [cited 2018 Feb 11];18(4):361–7. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002005000400004&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002005000400004&lng=pt&tlng=pt)
15. Romero-Sánchez JM, Paramio-Cuevas JC, Paloma-Castro O, Pastor-Montero SM, O'Ferrall-González C, Gabaldón-Bravo EM, et al. The Spanish version of the Position on Nursing Diagnosis scale: cross-cultural adaptation and psychometric assessment. *J Adv Nurs* [Internet]. 2013 Dec [cited 2016 Jul 20];69(12):2759–71. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/jan.12128>
16. Abed El-Rahman M, Al Kalaldehy MT, Malak MZ. Perceptions and Attitudes Toward NANDA-I Nursing Diagnoses: A Cross-Sectional Study of Jordanian Nursing Students. *Int J Nurs Knowl* [Internet]. 2017 Jan [cited 2016 Oct 24];28(1):13–8. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/2047-3095.12100>
17. Iris Lumillo Gutiérrez. Uso y actitud ante el diagnóstico enfermero: Revisión integrativa y análisis de patrones en dos muestras internacionales [Internet]. 2017 [cited 2018 Mar 25]. Available from: [http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/118169/1/ILG\\_TESIS.pdf](http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/118169/1/ILG_TESIS.pdf)
18. Cruz D de ALM da, Kitazulo RC, Pimenta CAM, Lima AFC, Gaidzinski RR. Atitudes frente ao diagnóstico de enfermagem durante a implementação de classificação de diagnósticos. *Ciência, Cuid e Saúde* [Internet]. 2008 [cited 2016 Jul 22];5(3):281–8. Available from: <http://ojs.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5031>
19. Müller-Staub M, Lavin MA, Needham I, van Achterberg T. Nursing diagnoses, interventions and outcomes - application and impact on nursing

practice: systematic review. J Adv Nurs [Internet]. 2006 Dec [cited 2017 Mar 26];56(5):514–31. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17078827>

# *Propuesta de estandarización de las abreviaturas y siglas de los registros de seguimiento de enfermería*

## **Autor/es**

Mireia Tarruella-Farré.

## **Palabras clave**

registros enfermeros, abreviaturas, siglas, seguridad clínica

## **Introducción**

Los registros del seguimiento de enfermería de los problemas detectados y de los efectos de las intervenciones planificadas están poco estudiados. En muchos casos, estas observaciones se realizan utilizando abreviaturas y siglas sin una estandarización de las mismas lo que puede llevar a interpretaciones equívocas e inseguras para los profesionales y los pacientes.

## **Objetivos**

Proponer criterios unificados para el uso de abreviaturas y siglas de las observaciones enfermeras.

## **Material y métodos**

Recopilación de 737 registros de enfermería detección de las abreviaturas y siglas más usadas, análisis de contenido de las mismas.

## **Resultados**

El número total de registros con uso de abreviaturas es de 398 y de 256 con uso de siglas. Las abreviaturas más usadas son de las palabras Hora, Constantes, Doctor, Pendiente y Tratamiento con diferentes formas abreviadas y algunas coincidentes con otras palabras. Las siglas más usadas son las que se utilizan para las expresiones Intervención quirúrgica, Tensión arterial, Hipertensión arterial, Frecuencia cardíaca y Tomografía axial computarizada. En las siglas hay pocas coincidencias entre expresiones.

## **Conclusiones**

La cantidad de abreviaturas y siglas utilizadas y las características de las mismas evidencian la necesidad de un acuerdo convencional para su uso. La seguridad del usuario es un tema de gran vigencia y de gran preocupación. La mayoría de veces cuando se habla de seguridad nos referimos a la seguridad física de la persona. Con algunos ejemplos, se evidencia como la documentación clínica también tienen importancia para la seguridad. La abreviación y la siglación aleatoria se muestran inseguros a pesar del uso generalizado de algunas.

## **Bibliografía**

1. Tarruella-Farré, M (2012). Anàlisi comunicativa i pragmática dels registres d'infermeria. (Tesis doctoral). Departamento de Lingüística general. Universidad de Barcelona.

# *Implicaciones del Examen Clínico Objetivo Estructurado (ECO) en el desempeño de estudiantes de enfermería*

## **Autor/es**

Maria da Graça Oliveira Crossetti, Lucas Henrique de Rosso, Carolina Giordani da Silva.

## **Palabras clave**

Competencia clínica; Evaluación educativa; Enfermería

## **Introducción**

El Examen Clínico Objetivo Estructurado (ECO) se define como un método de evaluación de competencias clínicas, en el cual estas competencias se evalúan de forma planificada para atender la objetividad del examen<sup>1</sup>. Este método viene siendo gradualmente utilizado en los cursos de graduación en enfermería, resaltando la necesidad de analizar sus implicaciones en el desempeño de los estudiantes en los cuales es aplicado.

## **Objetivos**

Analizar las implicaciones del ECO en el desempeño de estudiantes de enfermería.

## **Material y métodos**

Se trata de una Revisión Sistemática, cuyo recorte temporal establecido fue de 1990 a 2017 y presentó como cuestión orientadora: ¿Cuáles son las implicaciones del OSCE en el desempeño de estudiantes de enfermería?

## **Resultados**

La muestra del estudio fue compuesta por 16 artículos, siendo las principales implicaciones la positividad del examen como un ambiente que replica la práctica clínica factual, facilitando la adquisición de nuevos conocimientos y motivando el proceso de enseñanza-aprendizaje<sup>2</sup>. Debido al ECO ocurrir en un entorno simulado, se verificó que este aspecto ayuda en la preparación para el enfrentamiento de situaciones cotidianas reales<sup>3</sup>, resultando para los estudiantes una experiencia de aprendizaje innovadora que proporciona la mejora de las habilidades críticas en la resolución de problemas<sup>4</sup>, además de posibilitar que los mismos reconozcan sus debilidades y puntos a ser mejorados, siendo visto el examen como una oportunidad de aprender<sup>5</sup>.

## **Conclusiones**

Las implicaciones del ECO en el desempeño de estudiantes de enfermería revelaron que el examen se presenta como un método de evaluación innovador y válido para la evaluación, desarrollo y perfeccionamiento de competencias clínicas, además de promover seguridad a los mismos para cuando se adentran en la práctica clínica real.



## Bibliografia

1. Harden RM. What is an OSCE? *Medical Teacher*. 1988; 10 (1): 19-22.
2. Hemingway S, Sthephenson J, Roberts B, McCann T. Mental health and learning disability nursing students' perceptions of the usefulness of the objective structured clinical examination to assess their competence in medicine administration. *Int J Ment Health Nurs*. 2014; 23: 364-373
3. Raman S, Noronha JA, Michael JC, Madhavan G, Ramasubramaniam S, Vijayalaxmi, et al. Undergraduate Arab Nursing Students Simulation Training (SST) Using Maternity Simulaids: An overview of obstetric skill performance assessment by OSCE, Skill Competency and Student Satisfaction. *Int J Nurs Educ*. 2011; 3 (2): 96-101.
4. Zhu X, Yang L, Lin P, Lu G, Xiao N, Yang S, et al. Assessing Nursing Students' Clinical Competencies Using a Problem-Focused Objective Structured Clinical Examination. *West J Nurs Res*. 2017; 39 (3): 388-399.
5. Selim AA, Ramadan FH, El-Gueneidy MM, Gaafer MM. Using Objective Structured Clinical Examination (OSCE) in undergraduate psychiatric nursing education: Is it reliable and valid? *Nurse Educ Today*. 2012; 32: 283-288.

## *Diagnóstico de enfermería Riesgo de glicemia inestable de Nanda-I en mujeres embarazadas: Estudio caso-control*

### **Autor/es**

Grasiela Martins Barros, Ana Carla Dantas Cavalcanti , Helen Campos Ferreira, Beatriz, Paiva e Silva de Souza , Lyvia da Silva Figueiredo , Luiz Henrique Depoli das Neves

### **Palabras Clave**

Diagnóstico de enfermería, glucosa en la sangre; las mujeres embarazadas

### **INTRODUCCIÓN**

A pesar de las evidencias que no toda gestante presenta inestabilidad glucémica, la NANDA-I no asocia otros factores de riesgo a la gestación en el diagnóstico de enfermería Riesgo de Glicemia inestable. Debido al riesgo de las implicaciones perinatales derivadas de la Glicemia inestable, los enfermeros deben trazar planes asistenciales que promuevan medidas preventivas y permitan el control de esa inestabilidad.

Durante el embarazo, el organismo de la gestante sufre innumerables modificaciones en el metabolismo materno que permiten el desarrollo del feto, contemplando sus necesidades,

además de la absorción de nutrientes necesarios para la madre<sup>1,2</sup>. Tales alteraciones son primordiales, pues los cambios hormonales son imprescindibles para el equilibrio del suministro de glucosa, aminoácidos y lípidos para el feto<sup>2</sup>.

Identificar y clasificar los factores de riesgo para la glucemia inestable permitirá a los profesionales enfermeros, agentes del cuidado en la asistencia a la gestante, la posibilidad de promover educación en salud, a través de la construcción de protocolos clínicos con el objetivo de prevenir disfunciones y proporcionar orientación de modo más que es eficaz para el autocuidado de la gestante<sup>3</sup>, pudiendo favorecer la estabilidad de la glucemia, disminuir la alta incidencia de morbilidad perinatal, además de propiciar la reducción de costos para el sistema de salud.

En el presente estudio se presenta el siguiente objetivo: Identificar los factores de riesgo que, sumados al embarazo, aumentan el riesgo de glucemia inestable.

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

El estudio caso control realizado en la Maternidad Escuela de la Universidad Federal de Río de Janeiro, con la aprobación del Comité de Ética e Investigación de número 1.705.122, que permitió el levantamiento de datos de 2009 a 2015 de 200 mujeres presentando glucemia inestable (grupo caso) y 217 sin inestabilidad glucémica (grupo control), se excluyeron las gestantes con historial de Diabetes Mellitus (DM). La recolección de datos realizada en 2016 privilegió las siguientes variables independientes: peso, histórico familiar de DM, edad,

Sedentarismo y SOP. El instrumento para la recolección de datos tuvo los siguientes ítems listados: Historia obstétrica y de parto como Número de gestaciones, partos y abortos, familiares con DM (grado de parentesco), portadora de DM, SOP, HAS, datos antropométricos y resultados de exámenes de laboratorio.

Se utilizó el programa SPSS (Statistical Package for the Social Science), versión 22.0 y por la aplicación Microsoft Excel 2007®, para la sintetización de los datos analizados a través de cálculos de estadísticas descriptivas, distribuciones de frecuencias simples y en tablas cruzadas, comparando los resultados en ambos grupos. Para investigar la asociación significativa entre factores de riesgo y la glucemia inestable, lanzamos mano de las pruebas qui-cuadrado y Exacto de Fisher. La medida usada para expresar el riesgo fue la Odds Ratio.

## RESULTADOS

La muestra de este estudio constó de 417 gestantes atendidas en un ambulatorio de prenatal de la Maternidad Escuela de la UFRJ, en el período de 2009 a 2015, siendo 217 gestantes (52,0%) sin glucemia inestable (grupo control) y 200 gestantes (48, 0%) con inestabilidad glucémica (grupo caso).

La Tabla 1 trae la síntesis de los riesgos para la glucemia inestable en gestantes, los p-valores de las pruebas qui-cuadradas, evaluando la significancia de la asociación, la razón de posibilidades (OR) y el Intervalo de Confianza (IC de la OR).

La edad mayor o igual a 25 años constituye un factor de riesgo significativamente aumentado para la glucemia inestable (GI), cuya incidencia entre las mujeres menores de 25 años fue del 34,1%. Entre las mujeres con edad igual o superior a 25 años, la incidencia fue significativamente mayor: 54,4%. El p-valor del test qui-cuadrado siendo  $<0,001$ , acusó que la asociación entre GI y grupo de edad fue significativa. La razón de posibilidades es 2,3 y es significativa (su intervalo de confianza-IC no contiene el valor 1). Por lo tanto, se estima que la probabilidad de que una mujer con edad igual o superior a 25 años presentar GI es 2,3 veces mayor si se compara a la mujer que tiene menos de 25 años.

El historial familiar de primer grado de DM constituye un factor de riesgo significativamente aumentado para GI. La incidencia de GI entre las mujeres que no tenían antecedentes familiares de primer grado fue del 41,4%, y entre las mujeres que tenían antecedentes familiares de primer grado, la incidencia fue significativamente mayor, del 64,0%. El p-valor del test Chi-cuadrado fue  $<0,001$  acusó que la asociación entre GI e Histórico Familiar de Primer Grado es significativa. La razón de posibilidades es 2,5 y es significativa (su intervalo de confianza-IC no contiene el valor 1). Por lo tanto, se estima que la probabilidad de que una mujer que tiene antecedentes familiares de primer grado presentar GI es 2,5 veces la oportunidad de una mujer que no tiene antecedentes familiares de primer grado presentar GI.

El historial familiar de segundo grado de DM en adelante, constituye un factor de riesgo significativamente aumentado para GI. La incidencia de GI entre las mujeres que no tenían

antecedentes familiares de segundo grado en adelante fue del 43,6%. Y entre las mujeres con antecedentes familiares de segundo grado en adelante, la incidencia fue significativamente mayor, de 54,4%. El p-valor de la prueba qui-cuadrada igual a 0,035 acusó que la asociación entre GI e Histórico Familiar de segundo grado en adelante fue significativa. La razón de posibilidades es 1,5 y es significativa (su intervalo de confianza-IC no contiene el valor 1). Por lo tanto, se estima que la probabilidad de que una mujer que tiene antecedentes familiares de segundo grado en adelante presentar GI es 1,5 veces mayor que la probabilidad de una mujer que no tiene antecedentes familiares de segundo grado en presentar GI.

El Síndrome de los Ovarios Poliquísticos (SOP) constituye un factor de riesgo significativamente aumentado para GI. La incidencia de GI entre las mujeres que no tenían SOP fue del 46,7%, y entre las que tenían SOP, fue significativamente mayor: el 72,2%. El p-valor de la prueba chi-cuadrada igual a 0,034 acusó que la asociación entre GI y SOP es significativa. La razón de posibilidades es 3,0 y es significativa (su intervalo de confianza-IC no contiene el valor 1). Por lo tanto, se estima que la probabilidad de que una mujer que tiene SOP presentar GI es 3,0 veces mayor que la de una mujer que no tiene SOP.

El sedentarismo constituye un factor de riesgo significativamente aumentado para la GI. La incidencia de GI entre las mujeres no sedentarias fue del 43,1%, y entre las sedentarias fue significativamente mayor, igual al 80,6%. El p-valor de la prueba Chi-cuadrado igual a 0,005 acusó que la asociación entre GI y Sedentarismo es significativa. La razón de posibilidades es 4,7 y es significativa (su intervalo de confianza-IC no contiene el valor 1). Por lo tanto, se estima que la probabilidad de que una mujer sedentaria presente GI es 4,7 veces mayor que la probabilidad de que una mujer no sedentaria presente GI.

La obesidad pre-gestacional constituye un factor de riesgo significativamente aumentado para GI. La incidencia de GI entre las mujeres no obesas antes de la gestación fue del 46,8%, y entre las mujeres que estaban obesas antes de la gestación, fue significativamente mayor: el 66,7%. El p-valor de la prueba qui-cuadrada igual a 0,001 acusó

que la asociación entre GI y Obesidad Pre Gestacional es significativa. La razón de posibilidades es 2,3 y es significativa (su intervalo de confianza-IC no contiene el valor 1). Por lo tanto, se estima que la probabilidad de que una mujer obesa antes de la gestación presentar GI es 2,3 veces mayor que la probabilidad de una mujer no obesa antes de la gestación presentar GI.

Tabla 1 - Síntesis de los riesgos para la glucemia inestable en gestantes. Río de Janeiro, región Sudeste de Brasil, 2009 - 2015

Las variables	Casos / Tamaño del grupo	Incidencia de Glicemia inestable	p-valor de la prueba qui cuadrado	OR	IC da OR
<b>Edad*</b>					
< 25 años	44/129	34,1%			
≥ 25 años	156/287	54,4%	< 0,001	2,3	(1,5; 3,5)
<b>Historial familiar de primer grado de DM *</b>					
No	125/302	41,4%			
Sí	71/111	64,0%	< 0,001	2,5	(1,60; 3,81)
<b>Historial familiar de segundo grado de DM en adelante*</b>					
No	116/266	43,6%			
Sí	80/147	54,4%	0,035	1,5	(1,03; 1,32)
<b>SOP*</b>					
No	186/398	46,7%			
Sí	13/18	72,2%	0,034	3,0	(1,04; 8,45)
<b>Sedentarismo*</b>					
No	8/17	43,1%			
Sí	54/67	80,6%	0,005	4,7	(1,5; 14,4)
<b>Obesidad pre-gestacional*</b>					
No	125/267	46,8%			
Sí	62/93	66,7%	0,001	2,3	(1,4;3,7)

Fuente: elaborada por la autora del estudio, 2017 \*n (%)

## DISCUSIÓN

Este estudio demostró los factores de riesgo presentes que, asociados al embarazo, aumentan el riesgo de GI. En el caso de los gestantes de edad superior o igual a 25 años, Historia familiar de DM, SOP, sedentarismo, Obesidad pre-gestacional son factores que contribuyen a que las gestantes presenten alteraciones en la glucemia, y que deberían estar asociados al ítem embarazo en el diagnóstico de enfermedad Riesgo de Glicemia inestable.

Un estudio transversal realizado en Yemen, entre 2013 y 2014, dividió en dos grupos 311 mujeres embarazadas no diabéticas con edades entre 15 y 49 años e IG entre 24 y 40 semanas, siendo uno de gestantes con factores de riesgo y otro sin factores de riesgo . Identificó los siguientes factores de riesgo para DM: edad ≥35 años, IMC ≥30 kg / m<sup>2</sup>, historia familiar de diabetes, e historia de SOP. Se constató que la probabilidad de DM aumentaba en 8,97 veces para edad ≥35 años, en hasta 3,76 veces en gestantes con IMC ≥30 kg / m<sup>2</sup>, 3,01 veces en embarazadas con historial familiar de diabetes, en 12,9 veces en embarazadas portadoras de SOP<sup>4</sup>.

Los datos anteriores corroboran los resultados de este estudio, a excepción de la edad que difiere entre ambos estudios. En el presente caso, la edad que evidencia una diferencia significativa es  $\geq 25$  años ( $<0,001$ ), y la probabilidad de que esta presenta GI es de 2,3 veces.

El estudio de cohorte retrospectivo realizado en África y publicado en junio de 2016, con 238 gestantes divididas en dos grupos, uno con gestantes con DM y otro sin DM, identificó madres con DM con promedio de edad de 33,06 años, historia de diabetes en la región (62,67%), con IMC por encima de lo normal, sobrepeso (54,55%) y obesidad (24,24%). También verificó que gestantes con antecedentes familiares de DM tuvieron el doble del riesgo de desarrollar DM (OR = 2,27) en comparación con las que no tuvieron historia de DM en la familia; y en relación a la obesidad, presentaron un riesgo dos veces mayor de desarrollar DM (OR = 2,08) 5.

En el estudio mencionado, se identificaron frecuencias de factores de riesgo para desarrollar DM que corroboran las del presente estudio; sin embargo, el promedio de ese estudio fue de 33,06 años, mientras que en éste, se identificó la mediana de 30 años, siendo aún realizado un punto de corte óptimo en el cual se detectó la edad de corte de 22,5 años.

En el norte de Irán, estudio de caso control realizado en el período de 2012 a 2015, seleccionó aleatoriamente en clínicas prenatales, 100 mujeres embarazadas con diabetes que compusieron el grupo caso, y 100 embarazadas sanas integrantes del grupo control. El estudio constató que las mujeres con menor actividad física durante el embarazo estaban en riesgo cuatro veces mayor de desarrollar DM, en comparación con las gestantes que relataron un alto nivel de actividad física. Además, después del ajuste por edad, IMC e historia familiar de diabetes, las mujeres con menor actividad física durante las primeras 20 semanas de embarazo, estaban en un riesgo significativamente mayor de desarrollar DM6.

El estudio citado confirma los hallazgos de este trabajo, que identificó p-valor de 0,005 para las gestantes sedentarias y oportunidad de presentar GI 4,7 veces la de una mujer no sedentaria presentar GI.

En este estudio se corroboran los resultados de los descritos anteriormente, pues también presentaron resultados significativos en las siguientes variables investigadas: Gestantes con edad superior o igual a 25 años (p-valor  $<0,001$ ), Histórico familiar de Diabetes Mellitus (DM) (p-valor = 0,001), historia familiar de Diabetes Mellitus (DM) de segundo grado en adelante (p-valor = 0,035), Obesidad pre-gestacional (p-valor = 0,001), Sedentarismo (p-valor = 0,005) , SOP (p-valor = 0,034), en relación a la glucemia inestable.

Se presenta como limitación haberse realizado estudio retrospectivo, pues las informaciones constaban en prontuarios y eran registradas por diversos profesionales. Se cree en la confiabilidad de la información recogida en los prontuarios, sin embargo, en algunos momentos, determinados datos no fueron analizados debido a que la información se encuentra incompleta. Se sugiere, pues, que se realicen estudios en otros escenarios, con otras poblaciones.

## CONCLUSIÓN

La identificación de los factores de riesgo enumerados en este estudio permitirá a los enfermeros reevaluación de la intervención junto a la gestante, y promoción de la educación en salud, pudiendo favorecer la estabilidad glucémica y consecuentemente disminuir la alta incidencia de morbilidad perinatal.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Lowdermilk DL, Perry SE, Cashion K, Alden KR. Salud de la Mujer y Enfermería Obstétrica ABENFO. San Pablo. 10. Edición; 2010.
2. Ricci SS. Enfermería Materno-Neonatal y Salud de la Mujer. Río de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008; 480-487
1. Cavalcante TF, Araújo TL, Moreira RP, Guedes GN, Lopes MVO, Silva VML. Validación clínica del diagnóstico de enfermería "Riesgo de aspiración" en 102 pacientes con accidente cerebrovascular Revista Latinoamericana de Enfermería 2013 Jan - Feb; 21 (Spec): (9telas)
2. Abdullatif DA, Amat AKOM, Abdulelah HAA, Abdulqawi AAS, y Adel AA. Prevalencia y factores de riesgo de gestacional diabetes mellitus in Yemen. Int J Womens Health. 2016 Ene 25; (8): 35-41.
3. Adoyo MA, Mbakaya C, Nyambati V, Komba Y. Retrospective cohorte estudio sobre los factores de riesgo para el desarrollo de la gestación de la diabetes entre las personas que asisten a los hospitales en el municipio de Nairobi. Pan Afr Med J. 2016; 24: 155-160.
4. Nasiri-Amiri F, Bakhtiari A, Famarzi M, Rad HA, Pasha H. he Asociación entre la actividad física durante el embarazo y la diabetes mellitus gestacional: un estudio de casos y controles. Int J Endocrinol Metab. 2016 Jul; 14 (3): e37123

## *Factores de riesgo cardiovascular en nadadores en etapas de iniciación y desarrollo entre 12 y 18 años de edad de la Unidad Deportiva en Puerto Vallarta, Jalisco.*

### **Autor/es**

Irene Josefina Huerta-Castellón., Elizabeth Haro-Ruiz, Francisco Jacobo Gómez-Chávez .

### **Palabras clave**

Estado de salud, iniciación deportiva, obesidad, adolescentes.

### **Introducción**

Un factor de riesgo cardiovascular (FRCV) es una característica biológica, un hábito o estilo de vida que aumenta la probabilidad en aquellos individuos que lo presentan, de padecer o de morir a causa de una enfermedad cardiovascular.

### **Objetivos**

Analizar los principales factores de riesgo cardiovascular en los nadadores de iniciación y desarrollo entre 12 y 18 años de edad, como indicadores de riesgo de enfermedad cardiovascular.

### **Material y métodos**

Estudio cuantitativo, descriptivo y transversal, muestra de 29 adolescentes. Se utilizó el cuestionario de Evaluación Pre-participación de la AHA/ACSM (2014). Se tomó presión arterial e IMC en relación a peso y talla para categorizar el estado nutricional establecidos por la OMS (2007). Análisis de datos a través del paquete estadístico SPSS.

### **Resultados**

Se encontró una igualdad en el porcentaje de nadadores que presentan diabetes tipo 2 y pre-diabetes con el 3.4% en ambos casos. Dentro de los factores de riesgo cardiovascular el 13.8% de los nadadores tiene un familiar que ha sufrido un ataque al corazón. Para datos de hipertensión arterial se encontró en condición óptima el 62.1% seguido de una presión normal con el 27.6% y en el rango fronterizo 10.3%. En el IMC la categoría de mayor porcentaje fue normal con el 55.6% seguido del 40.7% que presentan sobrepeso y obesidad.

### **Conclusiones**

Los resultados generales se encuentran en parámetros de bajo riesgo de acuerdo al nivel de compromiso cardiovascular, pero sin embargo reflejan el enfoque necesario para la identificación y gestión oportuna de manera multidisciplinaria sobre los factores de riesgo a fin de evitar futuros problemas de salud cardiovascular y metabólica.



## Bibliografía

1. Bermúdez, V., Acosta, L., Aparicio, D., Finol, F., Canelón, R., & Urdaneta, A. (2010). Hábito tabáquico y enfermedad cardiovascular. *Revista Latinoamericana de Hipertensión.*, 5(2). Recuperado el Julio de 2017, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=170216840002>
2. Boraita, A., Baño, R., Berrazueta, J. R., Lamiel, R., Luengo, E., Manonella, P., & I de Beristain, C. P. (Mayo de 2000). Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología sobre la actividad física en el cardiópata. *Revista Española de cardiología.*, 53(05). Recuperado el Junio de 2017, de <http://www.revespcardiol.org/es/guias-practica-clinica-sociedad-espanola/articulo/9730/>
3. Bordonada, M. Á. (2016). ADAPTACIÓN ESPAÑOLA DE LAS GUÍAS EUROPEAS DE 2016 SOBRE PREVENCIÓN. *Revista Española de salud publica.*, 90, 1-24. Recuperado el Julio de 2017, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17043728044>
4. Calderón, J. C., & Fernández, A. Z. (2008). Aterosclerosis, estrés oxidativo y actividad. *Investigación Clínica.*, 49(3), 397-410. Recuperado el julio de 2017, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=372937672011>
5. Carreras, G., & Ordóñez, J. .. (Junio de 2007). Adolescencia, actividad física y factores metabólicos de riesgo cardiovascular. *Revista española de cardiología.*, 60(06), Pag. 581. DOI:10.1157/13107111
6. Cuixart, J. M. (Diciembre de 2011). Factores de riesgo cardiovascular y atención primaria: evaluación e intervención. *Atencion primaria.*, 43(12). Recuperado el Julio de 2017, de <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-factores-riesgo-cardiovascular-atencion-primaria-S0212656711004689>
7. De Jesus, J. M. (Septiembre de 2011). Expert Panel on Integrated Guidelines for Cardiovascular Health and Risk Reduction in Children and Adolescents: Summary Report. *Pediatrics.* Recuperado el julio de 2017, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4536582/>
8. Galve, E., Cordero, A., Bertomeu Martínez, V., Fácila, L., Mazón, P., Alegría, E., . . . González Juanatey, J. R. (Febrero de 2015). Novedades en cardiología: riesgo vascular y rehabilitación cardiaca. *Revista Española de cardiología.*, 68(02). DOI:10.1016/j.recesp.2014.10.006
9. Galve, E., Cordero, A., Bertomeu Martínez, V., Lorenzo Fácila, P. M.-P.-S.-J., & Cordero, A. (Febrero de 2015). Novedades en cardiología: riesgo vascular y rehabilitación cardiaca. *Revista Española de cardiología.*, 68(2). Obtenido de <http://www.revespcardiol.org/es/novedades-cardiologia-riesgo-vascular-rehabilitacion/articulo/90376686/>
10. Gemma Carreras-González, J. O.-L. (2007). Adolescencia, actividad física y factores metabólicos de riesgo cardiovascular. *Revista española de cardiología.*, Pag. 581.
11. Guerra, C. E., Vila Díaz, J., Apolinaire Pennini, J. J., Cabrera Romero, A. d., Santana Carballosa, I., & Almaguer Sabina, P. M. (2007). Factores de riesgo asociados a sobrepeso y obesidad en adolescentes. 7(2). Recuperado el julio

- de 2017, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-897X2009000200004](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2009000200004)
12. Kones, R. (2011). Primary prevention of coronary heart disease: integration of new data, evolving views, revised goals, and role of rosuvastatin in management. A comprehensive survey. DovePress. DOI: 10.2147/DDDT.S14934
  13. Llapur, R., & González, R. (2006). Comportamiento de los factores de riesgo cardiovascular en niños y adolescentes con hipertensión arterial esencial. Recuperado el Julio de 2017, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75312006000100007](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312006000100007)
  14. Morteza Khodae, G. T. (Julio de 2016). Medical Care for Swimmers. *Sports Med Open*, 2. DOI: 10.1186/s40798-016-0051-2
  15. Riebe, D., Franklin, B. a., Thompson, P., Garber, C. E., Whitfield, G., Magal, ,, & Pescatello, L. S. (noviembre de 2015). Actualización de las recomendaciones de ACSM para la preparación del ejercicio. *Medicine and science and sport and exercise.*, 47(11). DOI:10.1249/MSS.0000000000000664
  16. Romero, E., Campollo, O., Celis de la Rosa, A., Vásquez, E. M., Castro, J. F., & Cruz, R. M. (2007). Factores de riesgo de dislipidemia en niños y adolescentes con obesidad. *Salud publica de Mexico*, 49(02). DOI:ISSN 0036-3634
  17. Sánchez, M., Moreno, G. A., & Marín, M. E. (2009). Factores de riesgo cardiovascular en poblaciones jóvenes. *Revista de Salud Pública*, 11(1). Recuperado el julio de 2017, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42211112>
  18. Serrano, M., MM Alberti, K. G., & Zimmet, P. (2005). Una nueva definición mundial del síndrome metabólico propuesta por la Federación Internacional de Diabetes: fundamento y resultados. *Revista Española de cardiología.*, 58(12). DOI:10.1016/S0300-8932(05)74065-3
  19. Yáñez, D. F. (Mayo de 2012). EVALUACIÓN MÉDICA PREVIA A LA PRÁCTICA. *Revista Médica Clínica Las Condes.*, 23, 236-243. Recuperado el JULIO de 2017, de [http://www.clc.cl/Dev\\_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2012/3%20mayo/4\\_Dr\\_Yanez-6.pdf](http://www.clc.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2012/3%20mayo/4_Dr_Yanez-6.pdf)

## *Validez de contenido y representatividad del cuestionario de evaluación enfermera de las capacidades comunicativas en la afasia (CEECCA)*

### **Autores**

Willian Martín-Dorta, Pedro Ruymán Brito-Brito, Alfonso Miguel García-Hernández.

### **Palabras clave**

Afasia, Test de Afasia, Estudios de Validación, Evaluación de Enfermería, Cuidados de Enfermería.

### **INTRODUCCIÓN**

El lenguaje constituye el instrumento a través del cual podemos interactuar con el entorno, aprendemos, organizamos nuestros pensamientos, nos relacionamos con quienes nos rodean y con nosotros mismos. Nos habilita como seres sociales, conscientes y pensantes, sirviendo de canal para la transmisión de los modelos de vida, creencias, juicios, sentimientos, rituales y valores que nos permiten pensar y actuar como miembros de una sociedad y partícipes de una cultura (Serra-Raventos, 2013). Si atendemos a las múltiples funciones que se le atribuyen al lenguaje, es razonable pensar que cuando se produce un deterioro o pérdida de la capacidad para usarlo adecuadamente, se pueden ver comprometidos aspectos cruciales para la vida de la persona. Goodglas y Kaplan, (1983) definen la afasia como una alteración de alguna o de todas las habilidades, asociaciones y hábitos del lenguaje hablado o escrito, producidas por una lesión en ciertas áreas cerebrales especializadas en tales funciones. Definiciones más actuales consideran la afasia como un trastorno cognitivo multimodal que afecta, no sólo a la comprensión auditiva, el lenguaje oral, la lectura y la escritura, sino también a otros procesos cognitivos dependientes de la actividad del hemisferio cerebral izquierdo, como la memoria auditivo-verbal a corto plazo y la atención, que son indispensables para el funcionamiento adecuado del lenguaje (McNeil y Pratt, 2001). Tanto las personas afásicas como sus familiares informan de las numerosas consecuencias negativas de la afasia (Cruice, Worrall, y Hickson, 2010). Los cambios en el lenguaje afectan a las relaciones interpersonales, generan dificultad en el control emocional, sensación de dependencia física, pérdida de autonomía, restricción en la interacción social, sentimientos de soledad, malestar, estrés, irritabilidad y ansiedad (Le Dorze y Brassard, 1995). Por otra parte, son numerosos los estudios que han demostrado la relación entre la presencia de afasia, fundamentalmente post-ictus, y una mayor comorbilidad psíquica. Entre las manifestaciones psíquicas más estudiadas se sitúan el estrés emocional, la ansiedad (Benson 1973; Kauhanen et al., 1999; Bergersen, Frøslie, Sunnerhagen y Schanke, 2010) y, especialmente, la depresión (Benson, 1973; Kauhanen et al., 1999).

En los últimos veinte años, la creciente producción de investigación enfermera, refleja el interés por la atención de los pacientes con trastornos del lenguaje y la comunicación, y la toma de

consciencia sobre cómo una comunicación eficaz influye en la calidad de los cuidados que la enfermera presta a estos pacientes (Hemsley, et al., 2001; McGilton, et al. 2011). A pesar de esto, es escasa la bibliografía dedicada a la evaluación enfermera de las características comunicativas del paciente con afasia. Parece razonable considerar que sin una evaluación del grado de afectación y/o conservación de las principales áreas del lenguaje, será complicado, por un lado, mantener interacciones comunicativas positivas, y por otro, diseñar y poner en marcha un plan de cuidados adaptado a las necesidades y consecuencias que este deterioro genera en el paciente y su familia. Teniendo en cuenta el impacto que genera la afasia en las diferentes áreas y aspectos de la vida del paciente y de su familia, el cuestionario CEECCA pretende servir de herramienta válida para la evaluación de la capacidad comunicativa en la afasia, facilitando a las enfermeras mantener interacciones comunicativas lo más positivas y eficaces posibles y, planificar los cuidados necesarios en el contexto de sus actividades de la vida diaria de acuerdo a la competencia comunicativa del paciente y a las consecuencias que de ésta resulten.

## **OBJETIVO**

Evaluar la validez de contenido y la representatividad de la versión preliminar del Cuestionario de Evaluación Enfermera de las Capacidades Comunicativas en la Afasia (CEECCA).

## **MÉTODO**

La versión preliminar del cuestionario CEECCA sometida a las pruebas de validez de contenido está compuesta por dos dimensiones teóricas: Expresión, que mide expresión oral, expresión escrita y expresión a través de pictogramas y Comprensión, que mide comprensión auditiva y comprensión del lenguaje escrito. A su vez las dimensiones del cuestionario están divididas en un total de 13 áreas del lenguaje evaluadas a través de un total de 39 ítems, 25 ítems para la evaluación de las áreas referidas a la capacidad expresiva y 14 ítems para las áreas que miden comprensión. Para la selección de las áreas que conforman cada dimensión del cuestionario CEECCA se confrontan los resultados de un doble análisis. Por un lado, tras una consulta bibliográfica de los instrumentos que desde otras disciplinas se han diseñado y validado para la evaluación del lenguaje afásico, se realiza un análisis y clasificación de las áreas del lenguaje que éstos evalúan. Por otro lado, se incluye en este proceso un análisis basado en la Taxonomía NANDA-I y la Taxonomía NOC. La Taxonomía NANDA-I incluye dos diagnósticos enfermeros referidos al proceso de comunicación: Deterioro de la comunicación verbal y Disposición para mejorar la comunicación. De estos dos diagnósticos se han seleccionado las características definitorias que pueden estar presentes en el lenguaje afásico de manera que al agruparlas, resulte de esta clasificación una serie de dimensiones del lenguaje. Este mismo procedimiento se realiza con los cuatro resultados que incluye la Taxonomía NOC que hacen referencia al lenguaje y la comunicación: Comunicación, Comunicación Expresiva, Comunicación Receptiva, Elaboración de la información. De la selección y clasificación de los indicadores de estos resultados derivan nuevas dimensiones. Una vez obtenidas, de acuerdo a

la sistemática planteada, las dimensiones del lenguaje que derivan del análisis de los lenguajes estandarizados de la NANDA-I y NOC, se procede al análisis y confrontación con las dimensiones o áreas del lenguaje que incluyen los instrumentos que resultan de la revisión bibliográfica, derivando de este análisis las dimensiones y áreas del lenguaje que incluye la versión preliminar del cuestionario CEECCA. La validez aparente y de contenido se llevó mediante ronda Delphi y un encuentro final tipo Tormenta Cerebral hasta alcanzar un consenso sobre la forma y el contenido del cuestionario tentativo. Para el propósito se constituyó un panel de expertos compuesto por 10 enfermeros estableciéndose la consideración de experto si se reunían, al menos, tres de los siguientes criterios de inclusión: a) Experiencia asistencial en el cuidado de personas con afasia; b) Formación recibida sobre atención a la persona con afasia; c) Experiencia docente o investigadora relacionada con la atención a personas con afasia; d) Experiencia asistencial, docente o investigadora en el cuidado de personas con daño cerebral adquirido; e) Formación recibida sobre comunicación efectiva o técnicas de comunicación en Enfermería; f) Experiencia asistencial, docente o investigadora en lenguajes enfermeros; g) Participar, o haber participado, en grupos de trabajo o de expertos en metodología enfermera. Se pidió a cada experto que evaluase individualmente las diferentes dimensiones del lenguaje, las áreas que las representan y los ítems del instrumento en función de su relevancia y de su representatividad, Se elaboraron dos cuestionarios que fueron enviados consecutivamente a cada experto. El primer cuestionario destinado a evaluar relevancia y representatividad de las áreas del lenguaje en relación con las dimensiones generales del cuestionario, y el segundo a evaluar estas mismas variables con respecto a los ítems que miden cada una de las áreas del lenguaje, permitiendo además detectar contenidos irrelevantes. Una vez recibidas las respuestas, de acuerdo con la prueba de expertos descrita por Polit y Hungler (2000), se calculó el índice de contenido (IVC) de cada área y de cada ítem dividiendo el número de evaluaciones de los expertos a las que se les asignó 2 o 3 puntos por el número total de evaluaciones de cada área e ítem, respectivamente. De igual manera se calculó el índice de representatividad (IR) de cada área en relación con su dimensión de pertenencia y de cada ítem con respecto al área que mide. El IVC e IR General de la versión preliminar del cuestionario fue calculado como la media aritmética de los índices de la totalidad de las áreas e ítems. Un CVI, tanto para las áreas como para los ítems de cuestionario, mayor o igual a 0,80 se consideró indicativo de validez de contenido elevado (Polit y Hungler, 2000) y un valor mínimo exigido de 0,62 según Lawshe (1975) para la prueba con 10 expertos.

## **RESULTADOS**

Un total de 10 expertos evaluó la prueba, 5 desempeñan labores docentes y de investigación, cinco desempeñan labores asistenciales. Del total de expertos, dos desempeñan además labores de gestión. En cuanto al ámbito laboral, 4 expertos pertenecen al ámbito de la Atención Primaria; 4 pertenecen al ámbito de la Atención Especializada; 1 experto desempeña su labor tanto en Atención Primaria como en Especializada; 2 expertos pertenecen al ámbito

universitario. Todos los expertos evaluaron el total de áreas e ítems (100%) que componen la versión preliminar del cuestionario CEECCA.

Para las áreas del cuestionario preliminar el IVC general es de 0,93 y el IR general es de 0,94. El IVC y el IR general para los ítems es de 0,96 y 0,96, respectivamente. Las Tablas 1 y 2 muestran los IVC e IR para cada una de las áreas y para cada uno de los ítems.

Tabla 1. Índice de validez de contenido (IVC) e Índice de representatividad (IR) para cada área de la versión preliminar del CEECCA.

ÁREAS DEL CUESTIONARIO CEECCA	IVC	IR	IVC General	IR General		
<i>EXPRESIÓN ORAL</i>						
1. Habla en conversación.	1.00	1.00				
2. Habla en exposición.	0.90	0.90				
3. Denominación oral de objetos.	1.00	1.00				
4. Denominación oral de acciones.	1.00	1.00				
<i>EXPRESIÓN ESCRITA</i>						
5. Escritura de nombre y apellidos completo.	0.80	0.80				
6. Denominación escrita de objetos.	0.80	0.90				
7. Denominación escrita de acciones.	0.70	0.80				
<i>EXPRESIÓN A TRAVÉS DE DIBUJOS, ILUSTRACIONES E ICONOS</i>						
8. Expresión de acciones a través de pictogramas.	1.00	1.00				
9. Expresión de emociones a través de pictogramas.	1.00	0.90				
<i>COMPRESIÓN AUDITIVA</i>						
10. Comprensión auditiva de palabras.	1.00	1.00				
11. Comprensión auditiva de órdenes.	1.00	1.00				
<i>COMPRESIÓN DEL LENGUAJE ESCRITO</i>						
12. Comprensión lectora de palabras.	1.00	1.00				
13. Comprensión lectora de oraciones.	1.00	1.00				
<b>IVC General/IR General</b>			<b>0.93</b>	<b>0.94</b>		

Tabla 2. Índice de validez de contenido (IVC) e Índice de representatividad (IR) para cada ítem de la versión preliminar del CEECCA.

<b>IVC/IR PARA CADA ÁREA DEL INSTRUMENTO (CVI área)</b>						
ÍTEMS DEL CUESTIONARIO	IVC	IR	IVC General	IR General		
<i>EXPRESIÓN ORAL</i>						
1. Habla en conversación.						
Ítem 1	1.00	1.00				
Ítem 2	1.00	0.88				
Ítem 3	0.75	0.75				
Ítem 4	0.88	1.00				
Ítem 5	0.88	0.88				
2. Habla en exposición						
Ítem 6	0.88	0.88				
3. Denominación oral de objetos						
Ítem 7	1.00	1.00				
Ítem 8	1.00	1.00				
Ítem 9	1.00	1.00				
4. Denominación oral de acciones						
Ítem 10	1.00	1.00				
Ítem 11	1.00	1.00				
Ítem 12	0.88	0.75				
<i>EXPRESIÓN ESCRITA</i>						
5. Escritura de nombre y apellidos completos	0.75	1.00				
Ítem 13						
6. Denominación escrita de objetos						
Ítem 14	1.00	1.00				
Ítem 15	1.00	1.00				
Ítem 16	1.00	1.00				
7. Denominación escrita de acciones						
Ítem 17	1.00	1.00				
Ítem 18	1.00	1.00				
Ítem 19	1.00	1.00				

<i>EXPRESIÓN A TRAVÉS DE DIBUJOS, ILUSTRACIONES E ICONOS</i>				
8. Expresión de acciones a través de pictogramas				
Ítem 20	1.00	1.00		
Ítem 21	1.00	1.00		
Ítem 22	1.00	1.00		
9. Expresión de emociones a través de pictogramas				
Ítem 23	1.00	1.00		
Ítem 24	1.00	1.00		
Ítem 25	1.00	1.00		
<i>COMPRENSIÓN AUDITIVA</i>				
10. Comprensión auditiva de palabras				
Ítem 26	1.00	1.00		
Ítem 27	1.00	1.00		
Ítem 28	0.88	0.75		
Ítem 29	0.88	1.00		
Ítem 30	1.00	1.00		
11. Comprensión auditiva de órdenes				
Ítem 31	1.00	1.00		
Ítem 32	1.00	1.00		
Ítem 33	1.00	1.00		
<i>COMPRENSIÓN DEL LENGUAJE ESCRITO</i>				
12. Comprensión lectora de palabras				
Ítem 34	1.00	1.00		
Ítem 35	1.00	1.00		
Ítem 36	0.88	0.88		
13. Comprensión lectora de frases				
Ítem 37	1.00	1.00		
Ítem 38	1.00	1.00		
Ítem 39	1.00	1.00		
<b>IVC General/IR General</b>			<b>0.96</b>	<b>0.96</b>

## CONCLUSIONES

Los IVC y los IR obtenidos para el total de las áreas e ítems que conforman la versión preliminar del cuestionario CEECCA avalan la validez de contenido y la representatividad del mismo. Aun así, las áreas e ítems que han presentado una menor puntuación en ambos o en alguno de los dos índices, serán revisados y replanteados teniendo en cuenta los comentarios y valoraciones cualitativas aportadas por cada uno de los expertos, sometiéndose posteriormente a un nuevo proceso de cálculo del IVC y del IR.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Benson, D. F. (1973). Psychiatric aspects of aphasia. *British Journal of Psychiatry*, 123, 555–566.
2. Bergersen, H., Frøslie, K. F., Sunnerhagen, K. S., & Schanke, A.-K. (2010). Anxiety, depression, and psychological well-being 2 to 5 years poststroke. *Journal of stroke and Cerebrovascular diseases*, 19(5), 364–369.
3. Cruice, M., Worrall, L. & Hickson, L. (2010). Health-related quality of life in people with aphasia: implications for fluency disorders quality of life research. *Journal Fluency Disorder*. 35,173–189.
4. Goodglass, H., & Kaplan, E. (1983). *The assessment of aphasia and related disorders*. Philadelphia: Lea and Febiger, 2a edición.
5. Hemsley, B., et al. (2001). Nursing the patient with severe communication impairment. *Journal of Advanced Nursing*, 35(6), 827-835.
6. Johnson, M., Maas, L. M., Swanson, E., & Moorhead, S. (Eds.) (2013). *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC): Medición de Resultados en Salud*. Elsevier España.

7. Kauhanen, M. L., Korpelainen, J. T., Hiltunen, P., Brusin, E., Mononen, H., & Maatta, R., et al. (1999). Poststroke depression correlates with cognitive impairment and neurological deficits. *Stroke*, 30(9), 1875–1880.
8. Le Dorze, G., & Brassard, C. (1995). A description of the consequences of aphasia on aphasic persons and their relatives and friends based on the WHO model of chronic diseases. *Aphasiology*, 9(3), 239–255.
9. Lawshe, C. H. (1975). A quantitative approach to content validity. *Personnel Psychology*, 28(4), 563-575. doi: 10.1111/j.1744-6570.1975.tb01393.x
10. McGilton, K., et al. (2011). Focus on communication: increasing the opportunity for successful staff-patient interactions. *International Journal of Older People Nursing*, 6(13), 13-24. doi: 10.1111/j.1748-3743.2010.00210.x
11. McNeil, M.R., & Pratt, S.R. (2001). Defining aphasia: Some theoretical and clinical implications of operating from a formal definition. *Aphasiology*, 15(10/11), 901-911. doi:10.1080/02687040143000276.
12. NANDA International. (2010). *NANDA-I diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación, 2009-2011*. Edición Española. Barcelona: Elsevier España.
13. Polit, D. F., Hungler, B. P., & Féher de la Torre, G. (1997). *Investigación científica en ciencias de la salud*. México: McGraw-Hill Interamericana.
14. Serra-Raventós, M. (2013). *Comunicación y lenguaje*. Barcelona: Universitat de Barcelona, Publicacions i Edicions.



## *Embarazo y toxicomanías. Utilidad de un plan de cuidados.*

### **Autor/es**

Isabel Fernández-Arias, Rosa María García-López, Sylvia Díaz-Fernández.

### **Palabras clave**

embarazada, drogas, cuidado, enfermería

### **Introducción**

El consumo de sustancias de abuso constituye un problema de salud de la sociedad actual. En el caso de las embarazadas conlleva una serie de problemas de salud materno-fetales, haciendo que la gestación sea considerada de alto riesgo.

### **Objetivos**

1. Desarrollar y trabajar con metodología enfermera un plan de cuidados individualizado.
2. Diseñar un proyecto de taller de educación para la salud, en el que se trabaje el empoderamiento y la autonomía, se fomente hábitos de vida saludables y se mejore

### **Material y métodos**

Se elabora un plan de cuidados individualizado utilizando para ello metodología enfermera.

El taller propuesto se compondrá de 7 sesiones con una duración de 60 minutos cada una semanalmente. Coordinado por dos enfermeras especialistas en Salud Mental. El Nº de participantes será de 10-15 personas.

### **Resultados**

La realización del taller pretenderá mejorar la gestión de la salud al mismo tiempo que se empoderará a la embarazada en su propio autocuidado, favoreciendo la adaptación de conductas saludables.

### **Conclusiones**

Un plan de cuidados individualizado contribuye a ofrecer una asistencia de calidad a los pacientes. El uso de metodología propia dota de un cariz profesional y científico a los cuidados proporcionados por la enfermera.

### **Bibliografía**

1. Intervención en drogodependencias con enfoque de género. Instituto de la Mujer Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 2007.
2. NANDA. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificación: 2015 - 2017. Barcelona: Elsevier; 2015.
3. J. González-Hachero, M.C. Martínez Malagón. Repercusiones en los hijos de la drogadicción de los padres. An Esp Pediatr 1999;51:4-8.

4. Nicolli T, Gehlen MH, Ilha S, Diaz CMG, Machado KFC, Nietzsche EA. Teoria do Autocuidado na desintoxicação de gestante. Escola Anna Nery. Revista de Enfermagem 19(3) Jul-Set 2015.

## *Selección de características definitorias para un nuevo diagnóstico enfermero: temor al proceso de morir*

### **Autor/es**

Lidia Fernández-Donaire, José Manuel Romero-Sánchez, Ana María Porcel-Gálvez.

### **Palabras clave**

Características definitorias; panel de expertos; diagnósticos enfermeros; miedo al proceso de morir

### **Introducción**

El miedo a morir en pacientes moribundos es una respuesta humana detectada por las enfermeras, preparadas para aliviar el sufrimiento que supone [1,2].

Sin embargo, las manifestaciones de este miedo son difíciles de concretar, pues la literatura no es concluyente por la dificultad para explorarlo [3].

### **Objetivos**

Seleccionar características definitorias representativas del diagnóstico enfermero “Temor al proceso de morir” mediante la opinión de expertos para posteriormente validarlo en contenido y clínicamente.

### **Material y métodos**

Estudio piloto tipo Delphi para consensuar las características definitorias (CDs) del diagnóstico enfermero “Temor al proceso de morir”. Se realizó una revisión previa de la literatura sobre el miedo a la muerte y los instrumentos para medirlo (Death Anxiety Scale, de Templer y Fear of Death Scale, de Collett y Lester); se generaron 47 ítems potenciales de ser considerados CDs del diagnóstico.

Seis expertos en investigación sobre muerte, lenguajes enfermeros y psicología discutieron y modificaron en un grupo focal las CDs potenciales en base a tres principios: adecuación con la definición, consistencia con el concepto de temor y redacción precisa de los ítems.

Finalmente se confeccionó y pilotó el cuestionario definitivo con repuestas tipo Likert (1= nada representativo, 2= poco representativo, 3= algo representativo, 4=bastante representativo, 5= muy representativo).

### **Resultados**

Algunas palabras de varios ítems fueron discutidas hasta su total aclaración por parte de los expertos, obteniendo consenso en la eliminación de 28 ítems (CDs fisiológicas principalmente) por considerar que no representaban adecuadamente el diagnóstico. Las 19 CDs restantes se

pilotaron con los mismos expertos mediante el cuestionario previsto para la validación de contenido del diagnóstico, obteniendo total acuerdo para todas ellas.

## **Conclusiones**

Se han seleccionado un total de 19 CDs de temor al proceso de morir. Cuatro relacionadas con pensamientos sobre la muerte. Nueve que expresan alarma, alerta o amenaza, Y cuatro que indican negación o evitación.

## **Bibliografía**

1. Holland JM, Currier JM, Kirkendall A, Keene JR, Luna N. Sadness, anxiety, and experiences with emotional support among veteran and nonveteran patients and their families at the end of life. *J Palliat Med.* 2014; 17(6):708-11.
2. Ho AHY, Chan CLW, Leung PPY, Chochinov HM, Neimeyer RA, Pang SMC, et al. Living and dying with dignity in Chinese society: perspectives of older palliative care patients in Hong Kong. *Age Ageing.* 2013; 42(4):455–61.
3. Urquhart-Secord R, Craig JC, Hemmelgarn B, Tam-Tham H, Manns B, Howell M, et al. Patient and Caregiver Priorities for Outcomes in Hemodialysis: An International Nominal Group Technique Study. *Am J Kidney Dis.* 2016; 68(3):444-54.

## *Etiquetas diagnósticas predictoras de duelo complicado*

### **Autor/es**

Martín Rodríguez-Álvaro, Pedro Ruymán Brito-Brito, Alfonso Miguel García-Hernández.

### **Palabras clave**

Duelo; Epidemiología Enfermera; Proceso Enfermero

### **Introducción**

En los últimos años se ha investigado mucho sobre los factores de riesgo y de protección de complicaciones en el proceso normal del duelo. Las variables dependencia, culpa, duelos anteriores no resueltos, síntomas sin control durante todo proceso de enfermedad y problemas económicos, predicen complicaciones. Sin embargo, hasta el momento no se han realizado estudios que sitúen como elemento central las etiquetas diagnósticas enfermeras y su valor como predictores de complicaciones en la construcción del duelo.

### **Objetivos**

Determinar qué etiquetas diagnósticas predicen el Duelo Complicado.

### **Material y métodos**

El presente trabajo es un estudio epidemiológico retrospectivo longitudinal, realizado con los datos procedentes de registros presentes en la historia clínica informatizada de los centros de Atención Primaria del Servicio Canario de la Salud, perteneciente al Sistema Público Nacional de Salud de España. Se utiliza un modelo de regresión logística binaria, con el método Wald de pasos hacia atrás, con intervalos de confianza al 95% y probabilidad de entrada y salida de 0,01 en niveles de significación. Se seleccionaron como candidatos a formar parte del modelo de regresión logística multivariante, además de sexo y edad del doliente, las etiquetas diagnósticas de enfermería identificadas anteriormente al diagnóstico de Duelo, incluidas por la taxonomía NNN en el dominio psicosocial, exceptuando los diagnósticos a estudio (Duelo, Duelo Complicado y Riesgo de Duelo Complicado) y aquellos con baja significación estadística ( $p < 0,2$ ).

### **Resultados**

Se identifican 9.063 pacientes en los que la enfermera de Atención Primaria registra las etiquetas diagnósticas enfermeras Duelo, Duelo Complicado o Riesgo de Duelo Complicado durante el periodo a estudio (2009-14). Se obtienen como variables predictoras de Duelo Complicado ser mujer (1,490), edad superior a 65 años (1,325) y haber sido diagnosticado previamente de Riesgo de Soledad (2,282).

## Conclusiones

La relación entre la prolongación de la soledad y duelo con complicaciones, ya está planteada en la bibliografía. La detección de la soledad y el aislamiento social por las enfermeras es importante y existen instrumentos de valoración multidisciplinarios que han demostrado ser eficaces. Ante la escasa bibliografía y las limitaciones del presente estudio, se debe seguir profundizando en esta línea de investigación.

## Bibliografía

1. Barreto, P., Yi, P., y Soler C. (2008). Predictores de duelo complicado. *Psico-Oncología*, 5(2-3), 383-400.
2. Burke, L.A., Neimeyer, R.A. (2013). Prospective risk factors for complicated grief: a review of the empirical literature. En: Stroebe, M.S., Schut, H., Van der Bout, J., & Boelen, P. (Eds.). *Complicated grief: scientific foundations for healthcare professionals*. London: Routledge, pp.145-161.
3. Rodríguez-Álvaro M. *Epidemiología enfermera del Duelo en Canarias*. Tesis Doctoral. Universidad de La Laguna. 2017.
4. Rodríguez-Álvaro M et al. The Grieving Nursing Diagnoses in the Primary Healthcare Setting. *Int J Nurs Knowl*. 2018 Jan 23. doi: 10.1111/2047-3095.12202.
5. Rodríguez-Álvaro M et al. Bereavement care interventions and outcome criteria planned by community nurses in the Canary Islands. *Enferm Clin*. 2018 Feb 19. pii: S1130-8621(17)30194-8. doi: 10.1016/j.enfcli.2017.11.005.
6. Santos, SSC. Tier, CG. Silva, BT. BARlem, ELD. Felicianni, AM. Valcarenghi, FV. (2010). Diagnósticos e intervenciones de enfermería para ancianos con depresión y residentes en una institución de larga estancia (ILE). *Enfermería Global*. Nº 20, Octubre 2010.

## *Registro de cuidados en pacientes de la Unidad Radiología*

### **Autores**

M<sup>a</sup> Lorena Folgado-Temprano, Yolanda Martín-Vaquero, Ana Ferrero-Villarpriego, Juan José Berrocal-Fernández

### **Palabras clave**

Radiología. Intervenciones enfermeras.NIC.

### **Introducción**

La enfermera forma parte del equipo de profesionales de Radiología dada la necesidad de cuidados específicos que surgen y acompañan a la exploración radiológica. Los registros de cuidados básicos para pacientes en unidades de hospitalización convencional han sido extensamente trabajados en los últimos años. Pero además de las unidades estándar de hospitalización, existen unidades especiales en las que son necesarios registros adecuados a las características de dichas unidades. Son principalmente unidades donde se efectúan procedimientos diagnósticos o terapéuticos, como el caso que nos ocupa: procedimientos efectuados en la unidad de radiología. La atención sanitaria cada vez más compleja y los flujos de trabajo multidepartamentales y/o multidisciplinares precisan una adecuada coordinación para la atención de los pacientes que ha de basarse en el intercambio y en la transferencia de información. Los beneficios del registro de enfermería son claros, e incluyen mejorar la seguridad del paciente y la continuidad de la atención. Los registros de enfermería documentan nuestra práctica asistencial, presentando resultados obtenidos o proporcionando evidencia de actividades desempeñadas, satisfaciendo así requerimientos legales y profesionales, y dejando constancia de la responsabilidad de la enfermería hacia el paciente y la profesión.

### **Objetivo**

Analizar el registro de la actividad enfermera en radiología .Conocer las Intervenciones realizadas en radiología.

### **Metodología**

Revisión registro de la historia de enfermería del centro sanitario , evaluación de la situación identificando todas las actividades de enfermería y posterior análisis de la Taxonomía NIC para identificar dichas intervenciones. Posteriormente el equipo realiza el análisis de fortalezas y opciones mejora

### **Resultados**

En 2010 se inicia la informatización de la historia, desaparecen los registros de papel en pacientes ingresados. Para dar continuidad a la historia las enfermeras de radiología son usuarios con acceso a todos los pacientes hospitalizados. Se da permiso de trabajo. La

enfermera tiene acceso con todos los requisitos confidencialidad exigidos por ley a todo el episodio activo del paciente (alergias, antecedentes, evolutivo, plan cuidados) y episodios cerrados. La actividad realizada durante la exploración radiológica se registra en el evolutivo, donde pueden reflejar alertas que favorezcan la vigilancia y continuidad. Es posible registro de la inserción de catéteres, sondas, variables etc., estas se reflejan en el plan de cuidados mediante actuaciones del sistema pero no el resto de actividades.

Tras revisar la Taxonomía de Intervenciones por los profesionales de enfermería (1-3) NIC se identifican 57 intervenciones relacionadas directamente con las actividades propias (8,8% CAMPO 1: Fisiológico: Básico, 49,1% CAMPO 2: Fisiológico: Complejo, 8,8% CAMPO 3: Conductual, 19,3% CAMPO 4: Seguridad, 12,3% CAMPO 6: Sistema Sanitario y 1,8% CAMPO 7: Comunidad

CAMPO	Nº		
1	5	8,8%	CAMPO 1: Fisiológico: Básico
2	28	49,1%	CAMPO 2: Fisiológico: Complejo
3	5	8,8%	CAMPO 3: Conductual
4	11	19,3%	CAMPO 4: Seguridad
6	7	12,3%	CAMPO 6: Sistema Sanitario
7	1	1,8%	CAMPO 7: Comunidad

TOTAL 57 1

## **CAMPO 1: Fisiológico: Básico**

### **CLASE B: Control de la eliminación**

Intervenciones para establecer y mantener las pautas regulares de eliminación intestinal y urinaria y controlar las complicaciones resultantes de pautas alteradas.

[0466] ADMINISTRACIÓN DE ENEMA  
 [1876] CUIDADOS DEL CATÉTER URINARIO  
 [0550] IRRIGACIÓN DE LA VEJIGA URINARIA  
 [0580] SONDAJE VESICAL

### **CLASE E: Fomento de la comodidad física**

Intervenciones para fomentar la comodidad utilizando técnicas físicas.

[1400] MANEJO DEL DOLOR

## **CAMPO 2: Fisiológico: Complejo**

### **CLASE H: Control de fármacos**

Intervenciones para facilitar los efectos deseados de los agentes farmacológicos.

[2210] ADMINISTRACIÓN DE ANALGÉSICOS  
 [2314] ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN: INTRAVENOSA (IV)  
 [2380] MANEJO DE LA MEDICACIÓN  
 [2304] ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN: ORAL  
 [2315] ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN: RECTAL  
 [2260] MANEJO DE LA SEDACIÓN



### **CLASE I: Control neurológico (13)**

Intervenciones para optimizar la función neurológica.

[2680] MANEJO DE LAS CONVULSIONES

### **CLASE K: Control respiratorio**

Intervenciones para fomentar la permeabilidad de las vías aéreas y el intercambio gaseoso.

[3160] ASPIRACIÓN DE LAS VÍAS AÉREAS

[3390] AYUDA A LA VENTILACIÓN

[6412] MANEJO DE LA ANAFILAXIA

[3140] MANEJO DE LA VÍA AÉREA

[3320] OXIGENOTERAPIA

[3200] PRECAUCIONES PARA EVITAR LA ASPIRACIÓN

### **CLASE L: Control de la piel/heridas**

Intervenciones para mantener o restablecer la integridad de los tejidos.

[3440] CUIDADOS DEL SITIO DE INCISIÓN

### **CLASE N: Control de la perfusión tisular**

Intervenciones para optimizar la circulación sanguínea y de líquidos hacia los tejidos.

[4120] MANEJO DE LÍQUIDOS

[4220] CUIDADOS DEL CATÉTER CENTRAL DE INSERCIÓN PERIFÉRICA (PICC)

[4235] FLEBOTOMÍA: VÍA CANALIZADA

[4250] MANEJO DEL SHOCK

[4254] MANEJO DEL SHOCK: CARDÍACO

[4256] MANEJO DEL SHOCK: VASOGENICO

[4258] MANEJO DEL SHOCK: VOLUMEN

[4190] PUNCIÓN INTRAVENOSA (i.v.)

[4200] TERAPIA INTRAVENOSA (i.v.)

[4030] ADMINISTRACIÓN DE HEMODERIVADOS

[4040] CUIDADOS CARDÍACOS

[4010] PREVENCIÓN DE HEMORRAGIAS

[4260] PREVENCIÓN DEL SHOCK

[4140] REPOSICIÓN DE LÍQUIDOS

## **CAMPO 3: Conductual**

### **CLASE R: Ayuda para el afrontamiento**

Intervenciones para ayudar a otro a crear sus propios puntos fuertes, para adaptarse a un cambio de función o conseguir un nivel más alto de funcionamiento.

[5250] APOYO EN LA TOMA DE DECISIONES

[5240] ASESORAMIENTO

[5350] DISMINUCIÓN DEL ESTRÉS POR TRASLADO

### **CLASE S: Educación de los pacientes**

Intervenciones para facilitar el aprendizaje.

[5618] ENSEÑANZA: PROCEDIMIENTO/TRATAMIENTO

### **CLASE T: Fomento de la comodidad psicológica**

Intervenciones para fomentar la comodidad utilizando técnicas psicológicas.

[5820] DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD

## **CAMPO 4: Seguridad**

### **CLASE U: Control en casos de crisis**

Intervenciones para proporcionar una ayuda inmediata a corto plazo en casos de crisis psicológicas o fisiológicas.

[6140] MANEJO DE LA PARADA CARDIORESPIRATORIA

[6320] REANIMACIÓN

### **CLASE V: Control de riesgos**

Intervenciones para iniciar actividades de reducción de riesgos y continuar el control de riesgos a lo largo del tiempo.

[6410] MANEJO DE LA ALERGIA

[6412] MANEJO DE LA ANAFILAXIA

[6600] MANEJO DE LA RADIOTERAPIA

[6610] IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS

[6574] IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

[6600] MANEJO DE LA RADIOTERAPIA

[6680] MONITORIZACIÓN DE LOS SIGNOS VITALES

6570] PRECAUCIONES EN LA ALERGIA AL LÁTEX

[3200] PRECAUCIONES PARA EVITAR LA ASPIRACIÓN

## **CAMPO 6: Sistema Sanitario**

### **CLASE Y: Mediación del sistema sanitario**

Intervenciones para facilitar el encuentro entre el paciente/familia y el sistema de asistencia sanitaria.

[5250] APOYO EN LA TOMA DE DECISIONES

[7460] PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS DEL PACIENTE

### **CLASE a: Gestión del sistema sanitario**

Intervenciones para proporcionar y potenciar los servicios de apoyo para la provisión de los cuidados.

[7680] AYUDA EN LA EXPLORACIÓN

[7650] DELEGACIÓN

[7880] MANEJO DE LA TECNOLOGÍA

### **CLASE b: Control de la información**

Intervenciones para facilitar la comunicación sobre la asistencia sanitaria.

[8100] DERIVACIÓN

[7960] INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN DE CUIDADOS DE SALUD

## **CAMPO 7: Comunidad**

### **CLASE d: Control de riesgos de la comunidad**

Intervenciones que ayudan a detectar o prevenir riesgos sanitarios en el conjunto de la comunidad.

[6610] IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS

## Conclusión

El registro actual permite dar continuidad a la actividad enfermera realizada en radiología y facilita la valoración paciente, necesidades, riesgos lo que aumenta la calidad y seguridad de los cuidados. .

El ritmo de trabajo impide actualizar el plan cuidados paciente con lo cual toda la actividad enfermera no queda incluida.

La propuesta sería posible realizar un registro específico, ágil para radiología basado en las intervenciones taxonomía NIC para visibilidad y dar continuidad a los cuidados de forma estandarizada en los pacientes hospitalizados y en el resto de pacientes también quedaría reflejada toda la actividad en este momento no es posible al no estar informatizada la historia clínica si bien la unidad de radiología esta digitalizada la enfermera no registra la actividad.

## Bibliografía

1. Bulechek, G. M., & Butcher, H. K., Dochterman, J. M., & Wagner, C. M. (2013). Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). (6e). St. Louis: Mosby Elsevier.
2. Fernández Sola C. Enfermería Radiológica. Almería: Edición Sistemas de Oficina de Almería, S.A.; 2005.
3. Listado NIC's [Internet]. [citado 5 de abril de 2018]. Disponible en: <http://www.enfermeriaradiologica.org/ListadoNICs.html>

## *Factores eficaces para el aumento de la participación en Sesiones Clínicas de Cuidados NNN*

### **Autor/es**

M<sup>a</sup> Teresa García-Araguas, Susana Fernández-Carrasco, M<sup>a</sup> Lourdes Alvira-Gúrpide, M<sup>a</sup> Josefa González-García, Nerea Elizondo-Rodríguez, Ana Mateo-Cervera.

### **Palabras clave**

Sesión Clínica Cuidados (SCC), Taxonomía NNN, Acreditación

### **Introducción**

En el Complejo Hospitalario de Navarra, se organizan anualmente Sesiones Clínicas, utilizando taxonomía NANDA-NIC-NOC, dirigida a personal de enfermería y fisioterapeutas. La finalidad es familiarizar al conjunto de profesionales con la taxonomía NNN. Durante los años 2013-2015, dichas Sesiones se programaron como única edición en el día y sin acreditación. Ante la escasa asistencia de profesionales, en 2016, se elabora e implanta un Plan de mejora consistente en: Planificar edición en horario de mañana y tarde, añadir sistema de videoconferencia y acreditar la actividad.

### **Objetivos**

Analizar la influencia del plan de mejora en la participación de los profesionales.

### **Material y métodos**

Revisión retrospectiva de la asistencia a las SCC entre 2013 y 2017, concluyendo en un estudio descriptivo de los registros. Población diana: 2389 profesionales pertenecientes a la Dirección de Cuidados.

### **Resultados**

2013: 2 SCC. Asistencia: 21 profesionales. 2014: 2 SCC. Asistencia: 38 profesionales. 2015: 2 SCC. Asistencia: 52 profesionales. 2016: 8 SCC .Acreditación: 1.6 créditos con una asistencia mínima a 6 SCC. Asistencia: 724 profesionales. 2017: 8 SCC. Acreditación: 0.2 créditos por cada sesión. Asistencia: 505 profesionales.

### **Conclusiones**

El Plan de mejora ha tenido una repercusión positiva. La acreditación de las sesiones, la reproducción de las mismas en distintos turnos y la videoconferencia, se perfilan como factores eficaces para estimular la participación. La asistencia ha disminuido cuando la acreditación se ha realizado por Sesión.

## **Bibliografía**

1. González FJ, Sánchez Y. Sesión clínica de cuidados: qué son y cómo se organizan 2010 Vellido C, Quiñoz MD, González P et al. Sesiones clínicas de cuidados para profundizar el pensamiento enfermero. Metas de Enfermería.2014. N°4 Bellido JC. Sesiones Clínicas de Cuidados: Experiencia en positivo. Inquietudes. N° 36. 2007. Pág. 3

## *Plan de cuidados estandarizado para pacientes sometidos a cirugía protésica de cadera*

### **Autor/es**

M<sup>a</sup> Teresa García-Araguas, Paula Escalada-Hernandez, Yolanda Montes-García, Virginia Ayarra-Uyate, Asun Muruzabal-Martinez, M<sup>o</sup> Nely Soto-Ruiz.

### **Palabras clave**

Plan de cuidados estandarizado, Taxonomía NNN, paciente quirúrgico, cirugía protésica de cadera

### **Introducción**

Las ventajas del uso de los planes de cuidados estandarizados (PCE) son numerosas. Así, pueden ayudar a precisar la naturaleza de los cuidados y facilitar la comunicación del equipo y la coordinación y continuidad de los cuidados.

### **Objetivos**

Presentar un PCE para pacientes sometidos a cirugía protésica de cadera diseñado para su integración en el programa de gestión asistencial Irati, utilizado en el Complejo Hospitalario de Navarra.

### **Material y métodos**

El diseño del PCE se basó en la revisión de las taxonomías NANDA-I, NIC y NOC y de la evidencia más relevante. La versión preliminar fue analizada por un panel de expertos compuesto por profesionales de enfermería tanto del ámbito asistencial como académico, con amplia experiencia y formación en el uso de lenguajes estandarizados. Tras la evaluación por el panel, se llegó al consenso para realizar las modificaciones y ajustes oportunos. Su versión definitiva será integrada dentro del conjunto de PCEs incluidos en el programa de gestión asistencial Irati.

### **Resultados**

La versión definitiva del PCE ofrece un enfoque muy sintético, centrado principalmente en el diagnóstico enfermero (00100) Riesgo de retraso en la recuperación quirúrgica r/c procedimiento quirúrgico y/o anestesia que lleva asociado el resultado NOC (2304) Recuperación quirúrgica: convalecencia con sus correspondientes indicadores y las intervenciones NIC pertinentes con las respectivas actividades. Además, se incluyen otros dos diagnósticos enfermeros ((00085) Deterioro de de la movilidad física y (00078) Gestión ineficaz de la salud) y la complicación potencial: Luxación de prótesis de cadera; y con sus correspondientes resultados NOC e intervenciones NIC para cada uno de ellos.

## Conclusiones

El PCE desarrollado logra plasmar de una forma muy sintética y visual los cuidados enfermeros que este tipo de pacientes precisan durante su ingreso. Se pretende que este PCE permita un registro ágil, dinámico y eficiente de la atención de enfermería.

## Bibliografía

1. NNNConsult. Copyright © 2018 Elsevier B.V. Disponible en : <http://www.nnnconsult.com/>

## *Difundiendo la Metodología Enfermera a través de Textos de Referencia en la HCE*

### **Autor/es**

Maria Antonia Arduengo-Priede, Maria Antonia Jiménez-Martos, Ana Belén Díez-Álvarez, Joaquín Menchaca-Muñiz, Julia Raquel Camporro-Martín, Carmen Fernández-González.

### **Palabras clave**

Textos de referencia-Taxonomía

### **Introducción**

Una de las herramientas de ayuda disponibles para los profesionales de enfermería en el Hospital Universitario Central Asturias son los llamados “Textos de referencia” que están desarrollados en la HCE en las distintas etapas del PAE. Son textos descriptivos de las definiciones de los Diagnósticos Enfermeros, Etiquetas e Indicadores NOC e intervenciones y actividades NIC.

### **Objetivos**

Facilitar la visualización de las definiciones NANDA-NIC-NOC

Ofrecer ayuda para la comprensión de la taxonomía.

Disponer de una herramienta que facilite la evaluación de los indicadores NOC normalizando la escala Likert.

Familiarizar a los profesionales e

### **Material y métodos**

Consulta de la bibliografía NANDA, NIC, NOC

Análisis de las necesidades para la comprensión de los profesionales de enfermería en el HUCA de la taxonomía

Desarrollo del contenido de los textos de referencia.

Asociación de los textos de referencia a cada uno de los Diagnósticos Enfermeros, cada etiqueta NOC, cada indicador NOC y cada intervención NIC de la HCE del paciente.

### **Resultados**

En la HCE de los pacientes tratados en el HUCA los textos de referencia incluyen el 100% de:

-Definición de los Diagnósticos de Enfermería.

-Definición de las etiquetas NOC.

-La descripción que desde el HUCA se hizo de los indicadores NOC.



-Definición incluyendo las actividades más significativas de las intervenciones NIC.

## **Conclusiones**

Los textos de referencia son una herramienta de ayuda desarrollada por el departamento de recursos metodológicos del HUCA incluida en el sistema informático de la HCE que ayudan al profesional a mejorar la adherencia a las taxonomías enfermeras.

## **Bibliografía**

1. Astursalud-Portal de salud del principado de Asturias [Internet]. [citado 2 de Abril de 2018] Disponible en: <https://www.nnnconsult.com/>

## *Píldoras formativas para reforzar la aplicación de la metodología enfermera en la HCE*

### **Autor/es**

Maria Antonia Jiménez-Martos, Ana Belén Díez-Álvarez, Joaquín Menchaca-Muñiz, Julia Raquel Camporro-Martín, Maria Antonia Arduengo-Priede, Carmen Fernández-González.

### **Palabras clave**

Metodología-Enfermera-Formación

### **Introducción**

La implantación de la metodología enfermera en el Hospital Universitario Central de Asturias, se llevó a cabo en todos los ámbitos del hospital como modelo de trabajo normalizado. El HUCA, es un hospital tecnológico de 3º nivel que se inauguró en junio del 2014, con HCE implantada. La formación de los profesionales en metodología enfermera y su aplicación en la HCE conllevó un gran esfuerzo en la gestión de los recursos necesarios. A pesar de ello, observamos con las auditorías, la necesidad de refuerzos formativos para mantener el buen uso de la metodología en la aplicación informática.

### **Objetivos**

Reforzar el conocimiento de la metodología enfermera aplicada en la HCE.

Mejorar el sentimiento de equipo en los profesionales de una misma unidad o servicio, en un entorno favorecedor.

### **Material y métodos**

Resultados de las auditorías

Selección del tema, elaboración del contenido e impartición de las sesiones.

Elaboración de calendario formativo

Creación y medición de resultados de encuesta de satisfacción sobre las sesiones

### **Resultados**

1. Sesiones formativas: 5
2. Profesionales formados: 1201

Hemocultivos 210

NOC 305

Sujeción física 210

Prevención UPP 229

Valoración enfermera 247

3. Resultado de las encuestas:

La información recibida es interesante: 55,32%

Conocías los puntos expuestos: 14,34%

En horario laboral es adecuado: 70,58%

Necesitaríamos 1 sesión más amplia sobre el tema: 36,38%

Compartir un café te gustó: 70,86%

Hacerlo conjuntamente DUE-TCAE favorece trabajo en equipo: 79,1%

Global: 52,42%

### **Conclusiones**

El análisis de la formación impartida mediante sesiones de 15 minutos a los profesionales de enfermería para reforzar el conocimiento de la metodología enfermera en la HCE, pone de manifiesto:

El amplio desconocimiento que existía del contenido de las sesiones, previamente.

Más de la mitad de los profesionales asistentes refieren haber adquirido nuevos conocimientos posteriormente.

La mayoría de los profesionales considera que realizar las sesiones de forma conjunta favorece el trabajo en equipo.

### **Bibliografía**

1. Astursalud-Portal de salud del principado de Asturias [Internet]. [citado 26 de Marzo de 2018] Disponible en: <https://www.astursalud.es/astursalud>

## *Nuevas vías de difusión y comunicación del Proceso Metodológico Enfermero. #RecursosProcesoMetodológicoEnfermero.*

### **Autor/es**

Alberto Sánchez-Aranda, Isabel Maria Castaño-Núñez, Jessica Bureba-Sancho.

### **Palabras clave**

Proceso Metodológico Enfermero, Recursos, Comunicación

### **Introducción**

Las redes sociales son una nueva vía de difusión y comunicación con las que se puede compartir rápidamente información. Permiten adquirir, producir, almacenar, tratar, comunicar, registrar y presentar la información, en forma de voz, imágenes y datos. En el mundo sanitario suponen un cambio en la actividad de los profesionales de la salud, desde la actividad asistencial e investigadora.

### **Objetivos**

Comprobar si el uso de las redes sociales (twitter) es una herramienta eficaz para difundir los conocimientos del Proceso Metodológico Enfermero.

### **Material y Métodos**

Para la puesta en marcha de este proyecto hemos recopilado (Anexo1) información de asociaciones, personas, recursos, herramientas, webs, apps, infografías, artículos e iniciativas dedicadas a utilizar las taxonomías NANDA, NOC y NIC como lenguaje enfermero. Esta información la hemos lanzado a Twitter mediante el Hashtag #RecursosProcesoMetodológicoEnfermero para poder hacer su seguimiento posterior.

Las variables cuantitativas elegidas para el seguimiento de este estudio observacional serán:

Número de veces que los usuarios vieron el Tweet en twitter (El número de impresiones), número de veces que un usuario ha interactuado con un tweet (El número de interacciones) y la tasa de interacción (impresiones divididas por interacciones)

### **Resultados**

Desde el primer momento se empiezan a recoger los resultados cuantitativos obtenidos mediante la página estadística de Twitter.

El número total de impresiones/visualizaciones en 5 días fueron de 918,85 y el número total de interacciones de 47,25, por lo tanto la media de usuarios que vieron cada tweet en 5 días fueron 183.77, el número de veces que interactuaron 9.45, creando una tasa de interacción de un 19,44 %.

Se volvió a mirar los resultados de la difusión a tres semanas del inicio. El número total de impresiones/visualizaciones en tres semanas fueron de 5359 y 264 interacciones, haciendo una media de 191.4 de impresiones por tweet y de 9.42 interacciones creando una tasa de interacción del 21.56% (Tabla 1)

**TABLA 1**

<b>TWEET</b>	<b>Impresiones</b>	<b>Interacciones</b>
1	136	3
2	117	3
3	496	51
4	180	3
5	81	2
6	68	2
7	63	1
8	58	3
9	58	1
10	56	1
11	249	18
12	281	9
13	241	8
14	264	12
15	233	5
16	240	7
17	247	2
18	319	8
19	496	51
20	101	13
21	274	16
22	264	23
23	134	2
24	142	2
25	126	1
26	120	0
27	96	0
28	219	17
<b>TOTAL</b>	<b>5359</b>	<b>264</b>
<b>PROMEDIO</b>	<b>191,39</b>	<b>9,42</b>

### **Conclusiones**

Mediante estos datos preliminares podemos considerar que Twitter puede ser una buena herramienta para la difusión de los conocimientos del Proceso Metodológico enfermero. En menos de una semana se ha alcanzado a una media de 183 personas por Tweet. No obstante cabe destacar la poca perdurabilidad de dicha información.

Estos hechos hacen pensar que las redes sociales son una buena herramienta de difusión pero que requieren de un esfuerzo y un mantenimiento continuo para mantener activa esa información

En futuros estudios se puede valorar si con un mayor número de seguidores (por ejemplo ayuda de un influencer) se pueden mejorar las capacidades de difusión de esta herramienta.

ANEXO 1: Recopilatorio

TWITTER #RecursosProcesoMetodológicoEnfermero

FACEBOOK #RecursosProcesoMetodológicoEnfermero

Personas, asociaciones o grupos:

AENTDE @AENTDE

Asociación científica y profesional que agrupa a enfermer@s interesados en estudiar y trabajar por un lenguaje común de la práctica enfermera.

WEB. Muy interesante la sección de los recopilatorios de las ponencia de las diferentes jornadas y congresos que han ido organizando. AQUÍ

1. Elsevier Español @Elsevier\_Es
2. @ruymanbrito El diagnóstico Enfermero
3. Red Internacional
4. REITE de AENTDE. La Red Internacional de Investigación en Taxonomías Enfermeras-REITE es una estructura de Red que tiene como finalidad potenciar el intercambio científico y las interrelaciones entre Grupos de Investigación de enfermeros y enfermeras de todas partes del mundo que están investigando en taxonomías enfermeras.
5. Webs
6. NANDA.ORG. Los diagnósticos de enfermería comunican los juicios profesionales que las enfermeras hacen todos los días a nuestros pacientes, colegas, miembros de otras disciplinas y público en general. Los diagnósticos de enfermería definen lo que sabemos - son nuestras palabras.
7. NNNConsult.
8. Herramienta para la consulta, formación y creación de planes de cuidado con NANDA, NOC, NIC. Elabora un plan de cuidados
9. Enfermería Actual
10. El contenido reúne todo lo relacionado con el Proceso de Atención de Enfermería que nos permite la comprensión del Proceso y la normalización del Lenguaje,

aplicando las Taxonomías NANDA, NOC y NIC y su interrelación para la elaboración de los Planes de Cuidado

11. Taxonomía Enfermera web con contenido, taller y casos de NANDA, NOC y NIC. Glosario de términos
12. El diagnóstico enfermero Web con mucho contenido y conocimiento. Imprescindible. También tiene un Canal YOUTUBE
13. APRIDE. APRIDE es un algoritmo diseñado para facilitar la elección del Diagnóstico de Enfermería principal, solo tienes que realizar la valoración del paciente y APRIDE te proporcionará los diagnósticos NANDA más apropiados ordenados por prioridad, es rápido, hace el proceso enfermero más sencillo y mejora los cuidados.
14. APRIDE funciona parecido al PageRank de Google, cuando un ítem de valoración (signo, síntoma o respuesta de la persona) está alterado, éste activa un diagnóstico, básicamente a más veces activado, más importante será respecto a los demás, además se tienen en cuenta varios 'factores cualitativos' basados en lógica difusa para optimizar los resultados.
15. Timeline TIKI-TOKI
16. Libros NANDA, NOC y NIC
17. Presentaciones de Slideshare y PDFs
18. Catálogo planes de cuidados
19. Diagnósticos de Enfermería. Prof. Eduardo Sánchez Grupo de Investigación Historia y Pensamiento Enfermero
20. Manual de Diagnósticos de Enfermería (NANDA) Según Necesidades de Virginia Henderson PDF Hospital Gregorio Marañón.
21. Planes de Cuidados
22. Junta de Andalucía
23. Osakidetza/Servicio vasco de salud
24. Hospital General Universitario de Ciudad Real
25. HASHTAGS
26. TWITTER #RecursosProcesoMetodológicoEnfermero
27. FACEBOOK #RecursosProcesoMetodológicoEnfermero
28. JORNADAS Y CONGRESOS

### **Bibliografía**

1. Arandojo, M.I. (2016). Nuevas Tecnologías y nuevos retos para el profesional de enfermería. *Index de Enfermería*, 25(1-2), 38-41
2. Fernández, L.M., Gordo, M.A. (2016). Enfermería y Salud 2.0: Recursos TICs en el ámbito sanitario. *Index de Enfermería*, 25(1-2), 51-55.
3. Girbau, M.R., Galimany, J. & Salas, K. (2010). Cuidados de enfermería y las tecnologías de la información y la comunicación. *Nursing*, 28(1), 60-63.
4. -González, Y. (2010). la tecnología de la información y comunicación como nueva forma de estrategia en Enfermería. *Enfermería Universitaria*, 7(4), 4-5.
5. -Santillán García, A. Cornejo Marroquín, C. Ausín Lomas, S Las Fan Page de Facebook como medio de difusión de la Enfermería Basada en la Evidencia .(Consultado octubre 2017) disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/download/140401/138571>
6. Tejada, F.J. & Ruíz, M.R. (2012). Aplicaciones de Enfermería basadas en TICs. Hacia un nuevo Modelo de Gestión. *ENE, Revista de Enfermería*, 4(2).



## *Evaluando KronikOn, programa para empoderar a pacientes a través de Osanaia*

### **AUTORAS**

Itsaso Martínez Aramberri, Miren Garrastatxu Landaluze Okerantza, M<sup>a</sup> Angeles Cidoncha, Lucía Garate Echenique, Edurne Arenaza Lamo, Inmaculada Moro Casuso

### **PALABRAS CLAVE**

Kronik ON, Osanaia, Programa de educación para la salud, Empoderamiento, Paciente Crónico Complejo, Evaluación, Clasificación de Resultados de Enfermería

### **Introducción**

ACT@scale es un proyecto europeo que pretende impulsar el escalado de buenas prácticas en atención integrada y telemonitorización y transferir el aprendizaje sobre la implementación, de estas, a otras regiones europeas. Una de las buenas prácticas seleccionadas en el País Vasco, representado por Osakidetza y Kronikgune (centro de investigación de la cronicidad del País Vasco) ha supuesto implantar una ruta asistencial integrada y corporativa del paciente pluripatológico, lo suficientemente flexible para recoger y adaptarse a las peculiaridades de cada una de las 14 organizaciones de servicio integradas que componen Osakidetza.

Entre las siete intervenciones a implementar dentro del escalado de la ruta del paciente pluripatológico, uno de los grupos de trabajo, se ha enfocado en trabajar sobre el empoderamiento de los pacientes/cuidadores.

Kronik ON es un programa corporativo de empoderamiento individual, que enmarca como centro al paciente y / o cuidador. Permiten explorar los conocimientos y habilidades de autocuidado que tienen sobre las enfermedades que padecen. Es un programa desarrollado a raíz de la participación previa de Osakidetza y Kronigune, en el proyecto europeo CareWell. Este programa de educación para la salud, está estructurado en 4 sesiones educativas presenciales de una duración de 20-30 minutos, cuenta con material didáctico específico, fichas de autoevaluación para pacientes, material multimedia y está disponible tanto en una plataforma online corporativa, Osasun Eskola, como en formato papel.

Un tercer punto clave trabajado por este grupo de trabajo ha supuesto definir una estrategia de evaluación efectiva, de esta intervención educativa, a través de la taxonomía de resultados en salud NOC, integrada dentro de sus sistemas de información que componen las historia clínicas de los pacientes.

Cabe contextualizar que desde el año 2014, Osakidetza cuenta con la estación clínica informatizada Osanaia en todos los puestos de enfermería de la red, en sus tres ámbitos asistenciales (Atención Primaria, Atención Especializada y Salud Mental). Osanaia, es la aplicación que permite el registro de la actividad enfermera, dentro de la historia clínica única

digital de los pacientes a través de la metodología enfermera en base a la taxonomía NANDA-NOC-NIC.

La aplicación supone en sí misma, una excelente herramienta para la medición de resultados de salud y por tanto, ha permitido diseñar la evaluación del grado empoderamiento del paciente / cuidador, a través del uso de la taxonomía de resultados de salud, dentro del propio plan de cuidados activos.

## Objetivos

Integrar la evaluación del impacto de la intervención educativa Kronik ON a través de la evaluación de los resultados NOC desde los planes de cuidados activos en la estación clínica Osanaia.

Impulsar el uso de la taxonomía de resultados de salud como principal herramienta para medir el impacto de las diferentes intervenciones corporativas.

## Material y Métodos

Este trabajo es fruto del trabajo colaborativo, entre diferentes profesionales sanitarios representantes de las diferentes organizaciones de servicio que integra Osakidetza, coordinado por el equipo de Kronigune, centro de investigación de la cronicidad del País Vasco. El grupo de trabajo ha estado compuesto por un equipo multidisciplinar, asegurando contar con participación de profesionales activos en diferentes ámbitos asistenciales: consejo sanitario, profesionales asistenciales de atención primaria, enfermeras gestoras, enfermeras de práctica avanzada, etc...

La metodología de trabajo colaborativa empleada en el desarrollo de este proyecto está basada en los ciclos de mejora y aprendizaje, conocidos como PDSA (Plan, Do, Study, Act), donde se pretende mejorar algunas áreas de estas buenas prácticas. El empleo de esta metodología ha permitido favorecer el intercambio de ideas y experiencias y facilitar la implementación de las mejoras.

## Resultados

El grupo de trabajo centrado en las intervenciones relacionadas con el empoderamiento del paciente y/o cuidador, ha trabajado y llevado a consenso los siguientes puntos:

1. Clasificar a los pacientes y/o cuidadores de acuerdo a sus competencias en salud, a través del cuestionario validado "VACS". Instrumento de cribado para identificar personas con riesgo de presentar bajas competencias en salud, que clasifica a las personas en tres niveles en función de su capacidad de alfabetización en salud.
2. Proveer a los pacientes y/o cuidadores de los servicios y herramientas de empoderamiento corporativas adecuadas a su condición.
3. Evaluar el nivel de empoderamiento de pacientes y/o cuidadores.

El proceso de definición la evaluación del nivel de empoderamiento se ha llevado a cabo en diferentes fases. En una primera fase, teniendo como punto de partida el material que ofrece el programa Kronik ON, se han identificado cuatro dimensiones a evaluar el grado de empoderamiento de las personas participantes del programa de educación: enfermedad, tratamiento, signos de descompensación y actuación ante una descompensación.

En una segunda fase, se ha realizado un trabajo para correlacionar los objetivos y dimensiones abordadas en el material del programa educativo con las taxonomías NANDA-NOC-NIC. Configurando en la aplicación informática Osanaia el siguiente plan de cuidados estandarizado.

Diagnóstico: Gestión ineficaz de la salud Cod. 00078

Resultado: Autocontrol: enfermedad crónica. Cod. 3102

Indicador: Controla los síntomas y signos de su enfermedad Cod. 310203

Indicador: Evita conductas que potencien la progresión de la enfermedad Cod. 310231

Indicador: Sigue el tratamiento recomendado Cod. 310211

Resultado: Conocimiento: recursos sanitarios. Cod. 1806

Indicador: Cómo contactar con los servicios necesarios Cod. 180608

La siguiente tabla muestra esquemáticamente la correlación de las dimensiones con la taxonomía de evaluación de resultados NOC:

<b>Dimensión a evaluar</b>	<b>NOC autocontrol: enfermedad crónica /Indicador definido, taxonomía NOC</b>	
ENFERMEDAD	¿El paciente tiene conocimiento sobre su enfermedad?	<b>Controla los síntomas y signos de su enfermedad</b>
	¿El paciente conoce sus síntomas?	
	¿El paciente reconoce los signos de alarma?	
SIGNOS DE DESCOMPENSACIÓN	¿El paciente sabe actuar frente a los signos de alarma?	<b>Controla los síntomas y signos de su enfermedad</b>
TRATAMIENTO	¿El paciente conoce su tratamiento?	<b>Sigue el tratamiento recomendado</b>
	¿El paciente sigue su tratamiento?	
TRATAMIENTO	¿El paciente conoce las medidas para el autocuidado?	<b>Evita conductas que potencien a progresión de la enfermedad</b>

<b>Dimensión a evaluar</b>	<b>NOC autocontrol: enfermedad crónica /Indicador definido, taxonomía NOC</b>	
ACTUACIÓN ANTE DESCOMPENSACIÓN	¿El paciente conoce los recursos dentro y fuera del horario habitual?	<b>Cómo contactar con los servicios necesarios</b>

En un último paso y una vez más, a partir de la documentación del programa creada para los pacientes se definen los criterios de evaluación de los indicadores seleccionados, con objeto de homogenizar y objetivar la evaluación de los mismos.

La siguiente tabla muestra a modo de ejemplo, los criterios de evaluación consensuados y validados por el grupo para el indicador:

**Cómo contactar con los servicios sanitarios Cod. 180608.**

<b>Escala Likert</b>	<b>Descripción</b>
<b>No aplicable</b>	
<b>1 Ningún conocimiento</b>	No menciona ningún servicio sanitario con el cual contactar en caso de necesidad
<b>2 Conocimiento escaso</b>	Conoce al menos un servicio sanitario y cómo contactar con el
<b>3 Conocimiento moderado</b>	Conoce al menos dos servicios sanitario y cómo contactar con ellos
<b>4 Conocimiento sustancial</b>	Conoce al menos tres servicios sanitarios, cómo contactar con ellos y bajo qué circunstancias
<b>5 Conocimiento extenso</b>	Conoce al menos cuatro servicios sanitario, cómo contactar con ellos y bajo qué circunstancias

Habiéndose identificado la siguiente descripción de recursos sanitarios que los pacientes deben conocer, conociendo además la manera de establecer el contacto y bajo qué circunstancia:

- Consejo Sanitario
- Consulta presencial en el centro de salud con su enfermera referente
- Consulta presencial en el centro de salud con su médico referente
- Teleasistencia
- Emergencias Osakidetza
- PAC

## Conclusiones

Avanzar en la definición de indicadores de resultado e impacto de salud de la población a la que prestamos atención resulta de gran interés, ya que permite establecer una relación directa con la eficiencia de nuestros cuidados. Poder integrar dentro de los sistemas de información corporativos, la taxonomía de clasificación de resultados, NOC, asegura que la evaluación de los resultados en salud, se realiza de una manera más cuidada y personalizada, dado que son

las enfermeras referentes de los pacientes quienes establecen las puntuaciones diana. Además permite explotar datos de alto valor a la hora de gestionar e investigar sobre la eficacia de la intervenciones que realizamos las enfermeras.

## **Bibliografía**

1. NANDA Internacional (2015) (Ed.10ª) Diagnósticos enfermeros. Definición y clasificación 2015-2017. Barcelona. Elsevier
2. Moorhead, S.et al (2014) (Ed.5ª) Clasificación de resultados de enfermería (NOC). Barcelona. Elsevier
3. Bulechek, G.M. et al (2014) (Ed. 6ª) Clasificación de Intervenciones de enfermería (NIC). Barcelona. Elsevier
4. Kronikgune, centro de investigación en cronicidad. ACT@SCALE empoderamiento de paciente y cuidador. Nov 2017.

## *Evaluación de conocimientos sobre dieta diabética empleando un cuestionario validado a partir de la NOC*

### **Autor/es**

Ángel Martín-García, José Manuel Romero-Sánchez, Olga Paloma-Castro, Juan Carlos Paramio-Cuevas, Mercedes Fraile-Bravo, Martín Rodríguez-Álvaro.

### **Palabras clave**

Conocimientos, Diabetes, Clasificación NOC, Resultados de Enfermería, Cuestionarios, Atención Primaria

### **Introducción**

Los pacientes con diabetes que acuden a consultas de Atención Primaria (AP) sienten habitualmente confusión y déficit de conocimientos en aspectos relacionados con la alimentación que deben seguir para alcanzar un buen control metabólico de su enfermedad.

### **Objetivos**

Evaluar el nivel de conocimientos respecto a la dieta de una muestra de personas con diabetes atendidos en Atención Primaria.

### **Material y métodos**

Estudio descriptivo sobre una muestra de 335 diabéticos utilizada para la validación del instrumento CoNOCidiet-Diabetes en tres comunidades autónomas: Madrid, Extremadura e Islas Canarias. Los participantes cumplieron un cuestionario con variables sociodemográficas y clínicas y el instrumento mencionado, que evalúa el nivel de conocimientos en dieta diabética y está construido a partir del NOC-1802 "Conocimiento: dieta". Se utilizó estadística descriptiva para caracterizar la muestra y resumir puntuaciones en función de los aciertos y errores, identificando las áreas más deficitarias en nivel de conocimientos.

### **Resultados**

La muestra estuvo conformada mayoritariamente por diabéticos tipo 2 (81.1%), hombres: 52.6%, con media de 59.5 años (DE: 15.25). El porcentaje mayor de aciertos se produjo en los ítems del CoNOCidiet-Diabetes relacionados con los indicadores NOC "Beneficios de la dieta" (96%) y "Beneficios de la dieta prescrita" (95%). La frecuencia más alta de errores se dio en los ítems relacionados con los indicadores "Técnicas de autocontrol" (43%) e "Interacciones entre alimentos y medicamentos" (39%).

### **Conclusiones**

Los resultados describen las áreas con mayor porcentaje de errores. Esto permite programar intervenciones específicas e individualizadas para mejorar los déficits de conocimientos en las áreas de mayor necesidad.

## Bibliografía

1. American Diabetes Association. (2017). Standards of medical care in diabetes – 2017. *Diabetes Care*, 40(1), 1-135.
2. Breen, C., Ryan, M., Gibney, M.J., & O'Shea, D. (2015). Diabetes-related nutrition knowledge and dietary intake among adults with type 2 diabetes. *British Journal of Nutrition*, 114(3), 439-447.
3. Brokel, J.M., & Hoffman, F. (2005). Hospice methods to measure and analyze nursing-sensitive patient outcomes. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 7(1), 37-44.
4. Bulechek, G.M., Butcher, H., Dochterman, J.M., & Wagner, C. (Eds.). (2013). *Nursing Interventions Classification (NIC) (6th ed.)*. St Louis, MO: Mosby.
5. Cárdenas Valladolid, J., Salinero Fort, M.A., Gómez Campelo, P., de Burgos Lunar, C., Abánades Herranz, J.C., Arnal Selfa, R., & Andrés, A.L. (2012). Effectiveness of standardized Nursing Care Plans in health outcomes in patients with type 2 Diabetes Mellitus: a two-year prospective follow-up study. *PLoS One*, 7(8), e43870.
6. Crawford, K. (2017). Review of 2017 Diabetes Standards of Care. *The Nursing Clinics of North America*, 52(4), 621-663.
7. Da Silva, N.C., de Souza Oliveira, A.R., de Carvalho, E.C. (2015). Knowledge produced from the outcomes of the "Nursing Outcomes Classification-NOC": integrative review. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 36(4), 104-111.
8. Desroches, S., Lapointe, A., Ratté, S., Gravel, K., Légaré, F., & Turcotte, S. (2013). Interventions to enhance adherence to dietary advice for preventing and managing chronic diseases in adults. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 28(2), CD008722.
9. Dodds, S. (2017). The how-to for type 2: an overview of diagnosis and management of type 2 diabetes mellitus. *The Nursing Clinics of North America*, 52(4), 513-522.
10. Herdman, T.H., & Kamitsuru, S. (Eds.). (2017). *NANDA International Nursing Diagnoses: definitions and classification 2018-2020. (11th ed.)*. New York: Thieme.
11. Huang, X.L., Pan, J.H., Chen, D., Chen, F., & Hu, T.T. (2016). Efficacy of lifestyle interventions in patients with type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *European Journal of Internal Medicine*, 27, 37-47.
12. Khazrai, Y.M., Defeudis, G., & Pozzilli, P. (2014). Effect of diet on type 2 diabetes mellitus: a review. *Diabetes metabolism research and reviews*, 30(1), 24-33.
13. Lee, E.J. (2003). Validation of nursing care sensitive outcomes related to knowledge. *Taehan Kanho Hakhoe Chi*, 33(5), 625-632.
14. Moorhead, S., Johnson, M., & Maas, M.L. (2005). Herramientas criterio seleccionadas con medidas psicométricas para evaluar los resultados de la NOC utilizados en los sitios de estudio. En Moorhead, S., Johnson, M., & Maas, M.L. (Eds.), *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) (3th ed.)* (pp. 708-758). Madrid: Elsevier Mosby.
15. Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M.L., & Swanson, E. (Eds.). (2013). *Nursing Outcomes Classification (NOC) (5th ed.)*. St Louis, MO: Mosby.

16. Morales Asencio, J.M. (2004). Investigación de Resultados en Enfermería. El camino hacia la efectividad de los cuidados. *Index de Enfermería*, 13(44-45).
17. Müller-Staub, M., Lavin, M.A., Needham, I., & van Achterberg, T. (2006). Nursing diagnoses, interventions and outcomes-application and impact on nursing practice: systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 56(5), 514-531.
18. Muñoz-Pareja, M., León-Muñoz, L.M., Guallar-Castillón, P., Graciani, A., López-García, E., Banegas, J.R., & Rodríguez-Artalejo, F. (2012). The diet of diabetic patients in Spain in 2008-2010: accordance with the main dietary recommendations – a cross-sectional study. *PLoS One*, 7(6), e39454.
19. Paloma Castro, O., Romero Sánchez, J.M., Paramio Cuevas, J.C., Pastor Montero, S.M., Sánchez Dalda, M.C., Rozadillas Sanmiguel, E., & Moreno Corral, L.J. (2017). Development and psychometric evaluation of a questionnaire based on the Nursing Outcomes Classification to determine the knowledge of parents on breast-feeding: research protocol. *International Journal of Nursing Knowledge*, 28(2), 100-108.
20. Soriguer, F., Goday, A., Bosch-Comas, A., Bordiú, E., Calle-Pascual, A., & Carmena, R. et al. (2012). Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose regulation in Spain: the Di@bet.es Study. *Diabetologia*, 55(1), 88-93.
21. World Health Organization, Regional Office for Europe, (2014). Prevention and control of noncommunicable diseases in the European Region: a progress report. Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe.



## *¿Es válida la taxonomía Nanda, NOC y NIC en neonatos?*

### **Autor/es**

Vanesa Regulez-Campo, Yolanda Campos-Franco, Rubén Cantalapiedra-Raya, Tania Santas-Manso, Rosa Rodríguez-Seara, Zuriñe García-Arteche.

### **Palabras clave**

Neonatos / Taxonomía NANDA / Lenguaje estandarizado

Newborn / NANDA taxonomy / standard care/ nursing care

### **Introducción**

En nuestra organización, apostamos por una estandarización del lenguaje enfermero. Por ello en nuestros programas informáticos de registro de cuidados enfermeros tenemos introducida la taxonomía Nanda–NOC–NIC. Esto nos lleva a preguntarnos ¿es esta taxonomía válida para todos los pacientes de la organización? ¿Es válida dicha taxonomía para los neonatos?

### **Objetivos**

Conocer si la taxonomía NNN nos permite tener cubiertas las necesidades de cuidados de los neonatos de la unidad neonatal.

### **Material y métodos**

Actualización del programa de registro de cuidados enfermeros, en el que está implementada la taxonomía NNN, desde 2014, contraste con la aplicación corporativa. Formación sobre metodología enfermera y consenso con el grupo de enfermeros referentes de la unidad neonatal. Formación en puesto a todas las enfermeras

### **Resultados**

Tabla de valoración, (acorde a los dominios que se tienen que evaluar), guía rápida (con casos clínicos).

### **Conclusiones**

Planes de cuidados individualizados para los neonatos, tanto de cuidados intensivos como de cuidados medios, con la taxonomía NNN acordes a sus necesidades de cuidados.

### **Bibliografía**

1. Integrating Nursing Diagnoses, interventions, and outcomes in Public Health nursing practice, Kathleen M. Parris, BSN, RN, Patricia J. Place, BSN, RNC; Eugenia Orellana, MN, RN Jo-Ann Calder et al. Nursing diagnosis. Vol. 10, N2, april – june, 1999.
2. Nursing diagnoses identified during parent group meetings in a neonatal intensive care Unit. Inae Nogueira do Vale, RN, PhD, Sandra Regina de

Souza, RN, and Elenice Valentine Carmona RN, MS. International journal of nursing terminologies and classifications Vol 16, N 3 – 4, July – december 2005.

## *Evidencia clínica del diagnóstico enfermero Síndrome de Dolor Crónico*

### **Autor/es**

Violeta Eisman-Quero, Ana M<sup>a</sup> Porcel-Gálvez, Alonso Naharro-Álvarez, Sergio Barrientos-Trigo, Eugenia Gil-García.

### **Palabras clave**

síndrome de dolor crónico; dolor crónico; taxonomía NANDA

### **Introducción**

La prevalencia de dolor crónico en población adulta española se sitúa en el 17,3%. Merskey & Bogduk (1994) definen síndrome de dolor crónico como un diagnóstico que implica un patrón persistente de dolor pero que está compuesto por problemas psicológicos y sociales con cambios de comportamiento. NANDA-I publica en su edición 2015/2017 la etiqueta (00255) Síndrome de Dolor Crónico como un nuevo diagnóstico de enfermería.

### **Objetivos**

Conocer la evidencia publicada sobre el diagnóstico (00255) Síndrome de Dolor Crónico

### **Material y métodos**

Se optó por una Rapid Review realizada entre los meses de diciembre de 2017 y marzo de 2018 en bases de datos internacionales (PubMed, Scopus). Tras la revisión, se seleccionaron 32 artículos relacionados con el concepto de síndrome de dolor crónico.

### **Resultados**

Cronológicamente se obtuvieron referencias desde 1991 hasta 2012. Un artículo halló la asociación entre diagnósticos de enfermería y la configuración del síndrome de dolor crónico en una muestra de 114 pacientes. El resto de artículos contribuyen a identificar las características definitorias del diagnóstico como (00241) Deterioro de la regulación del estado de ánimo o (00095) Insomnio.

### **Conclusiones**

Existe poca evidencia clínica en el diagnóstico NANDA-I de (00255) Síndrome de Dolor Crónico. Se necesitan estudios de validación de contenido y validación clínica de este diagnóstico para aumentar el nivel de evidencia.

### **Bibliografía**

1. McCourt, A. (1991). Syndromes in nursing: A continuing concern. En: R.M. Carroll-Johnson & M. Paquette (Eds.). Proceedings of the ninth conference (pp. 79-82). Philadelphia: Lippincott.

2. Gordon. M. (1994). *Nursing diagnosis: Process and application* (3<sup>o</sup> ed.). St. Louis: Mosby
3. Merskey, H., & Bogduk, N. (Eds.). (1994). *Classification of chronic pain: Descriptions of pain syndromes and definitions of pain terms* (2<sup>o</sup> ed.). Seattle: IASP Press.
4. Simon, J.M. (1997). Chronic Pain: diagnosis, etiology or syndrome? *Nursing Diagnosis*, 8, 37-38.
5. Lunney, M., Karlik, B.A., Kiss, M., & Murphy, P. (1997). Accuracy of nurses' diagnosis of psychosocial responses. *Nursing diagnosis*, 8, 157-166.
6. Fishbain, D.A., Cutler, R., Rosomoff, H.L., & Rosomoff, R.S. (1997). Chronic pain associated depression: antecedent or consequence of chronic pain? A review. *Clin J Pain*, 13(2),116–37
7. Gureje, O., Von Korff, M., Simon, G.E., & Gater, R. (1998). Persistent pain and well being: a World Health Organization study in primary care. *J Am Med Assoc*, 280,147–15
8. Blackburn-Munro, G., & Blackburn-Munro, R.E. (2001). Chronic pain, chronic stress and depression: coincidence or consequence? *J Neuroendocrinol*, 13(12),1009–23.
9. Cruz, D.A., & Pimenta, C.A. (2001). Chronic Pain: Nursing Diagnosis or Syndrome? *Nursing Diagnosis*, 12(4), 117-127
10. Boyle, M., et al. (2004). The effect of chronic pain on health related quality of life amongst intensive care survivors. *Australian Critical Care*, 17(3),104–13
11. Young, C.C., Greengerg, M.A., Nicassio, P.M., Harpin, R.E., & Hubbard. D. (2008). Transition from acute to chronic pain disability: a model including cognitive, affective and trauma factors. *Pain*, 134, 69-79
12. Apkarian, A.V., Baliki, M.N., & Geha, P.Y (2009). Towards a theory of chronic pain. *Progress in neurobiology*, 87, 81-97.
13. Ray, L., Lipton, R.B., Zimmerman, M.E., Katz, M.J., & Derby, C.A. (2011). Mechanisms of association between obesity and chronic pain in the elderly. *Pain*, 152(1), 53–59.
14. Silva, F.C.M., Sampaio, R.F., Mancini, M.C., Luz, M.T., & Alcântara, M.A. (2011). A qualitative study of workers with chronic pain in Brazil and its social consequences. *Occupational Therapy International*, 18(2), 85–95.
15. Palermo, T.M., Law, E., Churchill, S.S., & Walker, A. (2012). Longitudinal course and impact of insomnia symptoms in adolescents with and without chronic pain. *J Pain*, 13(11), 1099–1106.

# *Empleo de lenguaje taxonómico enfermero en la empresa pública de emergencias sanitarias*

## **Autor/es**

César P. Sánchez-Almagro, Mónica Rodríguez-Bouza, Juan P. Jiménez-Cordero.

## **Palabras clave**

Terminología Normalizada de Enfermería, cuidados enfermería, atención prehospitalaria

## **Introducción**

El cuidado de las personas que presentan un proceso emergente de salud en el entorno extrahospitalario debe contemplar elementos que trasciendan el despliegue de recursos tecnológicos e intervenciones derivadas del manejo de las complicaciones fisiopatológicas.

## **Objetivos**

Identificar la prevalencia de cumplimentación de registros y de uso de lenguaje taxonómico en los equipos de emergencias extrahospitalarias de la EPES.

## **Material y métodos**

Estudio observacional descriptivo de corte transversal.

Ámbito: Emergencias extrahospitalarias de Andalucía.

Población a estudio: Total de pacientes críticos atendidos y trasladados por EEE 061 de Andalucía en 2016

Variables: Registro de cuidados, edad, sexo, Diagnóstico NANDA, NIC, NOC

## **Resultados**

En 2016 se atendieron y trasladaron 8194 pacientes críticos. El 100% de los casos cuentan con registro de cuidados. Entre los resultados más relevantes podemos destacar: Presentan diagnóstico el 49% de los registros de los cuales el 79% tiene un único diagnóstico. Los diagnósticos más prevalentes son riesgo de caídas (28%), temor (19%), dolor agudo (18%) y ansiedad (7%)

## **Conclusiones**

El registro es la herramienta visible de todo el proceso de cuidados, tanto para los enfermeros de las emergencias extrahospitalarias como para los demás niveles asistenciales. A pesar de ser un contexto clínico complejo es posible la utilización de registro de cuidados y el uso de lenguajes taxonómicos. Es necesario realizar un análisis más detallado de la utilización de las etiquetas diagnósticas en este contexto.

## **Bibliografía**

1. Empresa Pública Emergencias Sanitaria (2017). EPES. Informe anual 2017
2. Rodríguez JB et al. Marco Conceptual Proceso Enfermero en EPES. Hacia la excelencia en el cuidado extrahospitalario ed. Empresa Pública de Emergencias Sanitarias ISBN: 84-609-4153-1 Año: 2006

# *Aplicación de metodología enfermera en la empresa pública de emergencias sanitarias*

## **Autor/es**

César P. Sánchez-Almagro, Mónica Rodríguez-Bouza, Juan P. Jiménez -Cordero.

## **Palabras clave**

Cuidados enfermería, atención prehospitalaria, proceso enfermero.

## **Introducción**

El cuidado de las personas que presentan un proceso emergente de salud en el entorno extrahospitalario debe contemplar elementos que trasciendan el despliegue de recursos tecnológicos e intervenciones derivadas del manejo de las complicaciones fisiopatológicas.

## **Objetivos**

Describir la aplicación práctica de metodología enfermera en el cuidado de pacientes atendidos por equipos de emergencias extrahospitalarias de la EPES

## **Material y métodos**

Las profesionales de enfermería en la EPES siguen un modelo de cuidados basado en una valoración inicial focalizada donde se prioriza la detección de riesgo vital y la respuesta de afrontamiento del paciente y familia. Posteriormente se evalúan las capacidades de cuidados, abordando los problemas identificados aún no siendo siempre finalistas, iniciando intervenciones y derivando a otros proveedores de salud.

## **Resultados**

Actualmente los profesionales de enfermería de la EPES abordan problemas desde cualquiera de las tres esferas del cuidado utilizando para su registro lenguaje enfermero estandarizado (NNN) lo que favorece la comunicación interprofesional entre los diversos niveles y la investigación.

## **Conclusiones**

La práctica asistencial basada en metodología enfermera es posible en la asistencia sanitaria en el entorno extrahospitalario.

## **Bibliografía**

1. Anguita, S. C., & Rodríguez, A. J. V. (2007). Necesidades detectadas en pacientes derivados a centro sanitario en ambulancia de la red de transporte urgente tras asistencia por equipos de emergencias 061. 27.
2. Palma García, J., Rodríguez Salvador, M. M., Azañón Hernández, R. y Rodríguez Camero, M.(2005). Proceso enfermero y atención prehospitalaria urgente.

3. Empresa Pública Emergencias Sanitaria (2016) . EPES. Avance memoria Informe anual 2017. 2018
4. Rodríguez Rodríguez JB et al.Marco Conceptual del Proceso Enfermero en la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias. Hacia la excelencia en el cuidado extrahospitalario.ISBN: 84-609-4153-1. EPES. 2005



# *Efectividad de una intervención educativa para aumentar la utilización de los lenguajes enfermeros estandarizados*

## **Autor/es**

Susana Martín-Iglesias, Ángel Martín-García, Mónica Vicente-del Hoyo, Inmaculada García-Ferradal, María Luisa de la Puerta-Calatayud, Dasur-GMC.

## **Palabras clave**

Atención primaria de salud, Terminología Normalizada de Enfermería, Diagnóstico de Enfermería

## **Introducción**

Las enfermeras deben reconocer el cuidado como la esencia de la disciplina enfermera y el proceso enfermero como la metodología para mejorar la calidad de los cuidados enfermeros.<sup>1</sup>

## **Objetivos**

Evaluar la efectividad de una intervención educativa para aumentar la utilización del proceso enfermero con lenguajes enfermeros estandarizados (LEE) en los Centros de Salud de un área sanitaria

## **Material y métodos**

Sujetos: 396 enfermeras que prestan atención a 784462 personas en 31 centros de salud de una zona sanitaria de una comunidad autónoma de España.

La intervención educativa está estructurada en 6 sesiones mensuales teórico-prácticas de 90 minutos de duración que se desarrollaron entre septiembre de 2017 y marzo de 2018. Su objetivo era que las enfermeras adquirieran o consolidaran el conocimiento, las actitudes y las habilidades necesarias para iniciar o mejorar la utilización de los LEE NANDA-NOC-NIC (NNN) en el plan de cuidados enfermero.

La variable principal será la proporción de pacientes con planes de cuidados realizados utilizando LEE. La efectividad se analizará comparando el porcentaje de personas con planes de cuidados utilizando LEE.

## **Resultados**

Se realizaron 37515 planes de cuidados utilizando LEE. Los indicadores relacionados con planes de cuidados (PC) se monitorizaron cada 3 meses. Los resultados de esos indicadores al finalizar la intervención fueron:

- % Personas con PC, aumentaron 0,22%(8,43)
- % Personas inmovilizadas con PC, aumentaron 2,71%(55,6)
- % Personas mayores frágiles con PC, aumentaron 3,13%(38,19)

- % Personas con insuficiencia cardiaca con PC, aumentaron 0,92%(32,53)
- % Personas fumadoras con PC, aumentaron 1,98%(8,13)
- % PC cerrados por Buena evolución, aumentaron 6,83%(56,80)

## Conclusiones

Una intervención educativa dirigida a las enfermeras clínicas aumenta la utilización de los LEE y permitirá medir el impacto de los cuidados enfermeros<sup>3</sup>.

## Bibliografía

1. Guirao-Goris S, Lluch-Canut MT, Martín-Iglesias S, Quero-Rufian A y Roldán-Merino JF. Nursing taxonomies in Spain: research themes presented at the AENTDE conferences over a 16-year period. *Int J Nurs Knowl*. 2016 Mar 16. doi: 10.1111/2047-3095.12130.
2. Tastan S, Linch GC, Keenan GM, Stifter J, McKinney D, Fahey L, Lopez KD, Yao Y, Wilkie DJ. Evidence for the existing American Nurses Association-recognized standardized nursing terminologies: A systematic review. *Int.J.Nurs.Stud.*(2014), <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.12.004>
3. Johnson L, Edward K, Giandinoto JA. A systematic literature review of accuracy in nursing care plans and using standardised nursing language. *Collegian* (2017), <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2017.09.006>

# *Desarrollo de un instrumento para la detección de DxE en la gestión telefónica de urgencias*

## **Autor/es**

Mónica Rodríguez Bouza, Esperanza Sánchez Roper, Juan Antonio Péculo Carrasco.

## **Palabras clave**

Coordinación de urgencias, cuidados enfermería, triage telefónico, coordinación internivel

## **Introducción**

Las enfermeras coordinadoras forman parte del equipo que da respuesta a la demanda urgente en Andalucía a través del teléfono. Disponer de un guion válido y fiable de entrevista semiestructurada, mejoraría la identificación de problemas relacionados con las respuestas humanas de los pacientes hiperfrecuentadores, permitiendo detectar factores ocultos, que inciden en su salud

## **Objetivos**

Diseñar un instrumento que asista a la detección de DxE en pacientes hiperfrecuentadores en centros de coordinación de urgencias (CCU) y evaluar sus propiedades clinimétricas

## **Material y métodos**

Fase 1: Diseño del instrumento: 5 fases: 1) Establecimiento del marco teórico de referencia 2) Definición de las respuestas humanas a problemas/situaciones de salud a diagnosticar en los pacientes hiperfrecuentadores de CCU y agrupación de los mismos. 3) Determinación y consenso de las CD mayores para cada DE 4) Elaboración de ítems y reglas para la asignación de DE correspondientes. De las 3 fases anteriores se obtendrá la versión preliminar del instrumento. 5) Prueba de validez aparente, de contenido y cognitiva

Fase 2: Evaluación de las propiedades psicométricas. Diseño metodológico de validación de instrumento de medida enmarcado en la Teoría Clásica de los Tests. Ambito: CCU de Sevilla y Cádiz de EPES

## **Resultados**

Actualmente en desarrollo el diseño del instrumento

## **Conclusiones**

No disponibles actualmente

## **Bibliografía**

1. •Purc-Stephenson R ; Thrasher C. Nurses' experiences with telephone triage and advice: a meta-ethnography. Journal of Advanced Nursing. 2010;66(3):482–494

2. •Torres Pérez L, et al. Impacto del autocuidado y manejo terapéutico en la utilización de los recursos sanitarios urgentes por pacientes crónicos: estudio de cohortes. *Emergencias* 2013;25:353-360
3. •Fan L, et al. Interventions targeting the elderly population to reduce emergency department utilisation: a literature review. *Emerg Med J* 2015;32:738–743

# *Diagnósticos enfermeros del dominio Afrontamiento/Tolerancia al estrés en personas atendidas por equipos de emergencias*

## **Autor/es**

César P. Sánchez-Almagro, Jose M. De La Fuente-Rodríguez.

## **Palabras clave**

Afrontamiento, cuidados enfermería, atención prehospitalaria

## **Introducción**

El estudio y cuidado de las Respuestas Humanas a las diferentes situaciones de salud se considera objeto de estudio de la disciplina enfermera.

## **Objetivos**

Identificar la prevalencia de DxE NANDA-I del dominio afrontamiento/tolerancia al estrés en los pacientes críticos atendidos por equipos de emergencias extrahospitalarias de Andalucía (EEE).

## **Material y métodos**

Estudio observacional descriptivo de corte transversal

Ámbito: Emergencias extrahospitalarias de Andalucía.

Población a estudio: Total de pacientes críticos atendidos por EEE 061 de Andalucía en 2016.

Criterios de inclusión: Pacientes críticos asistidos por EEE en Andalucía en 2016.

Criterios de exclusión: Demandas sin movilización de recursos, no existe valoración enfermera, atenciones anuladas o interrumpidas, no tener DxE.

Criterio de elegibilidad: Cumplir todos criterios de inclusión y ninguno de exclusión.

Muestra: Toda la población que cumpliera el criterio de elegibilidad.

Variables: Sexo, edad, provincia, enfermedad crónica previa, CIE-9, código de resolución y recurso asignado, DxE NANDA-I dominio 9, NOC, NIC.

Recogida y análisis de datos: Registros de cuidados a través de la aplicación HCD\_M. Los datos exportados serán codificados y trasladados a una base de datos en formato SPSS versión 21 para su análisis con un nivel de significación en el 95%

## **Resultados**

Actualmente en fase de codificación de datos de la base elaborada con 8194 casos.

## **Conclusiones**

No disponibles

## **Bibliografía**

1. Anguita, S. C., & Rodríguez, A. J. V. (2007). Necesidades detectadas en pacientes derivados a centro sanitario en ambulancia de la red de transporte urgente tras asistencia por equipos de emergencias 061. 27.
2. Torres L., et al. (2002). Estimación de la incidencia de respuestas humanas en el paciente crítico. 2002;2:1–11.
3. Palma García, J., et al. (2005). Proceso enfermero y atención prehospitalaria urgente.