



**VI SIMPOSIUM INTERNACIONAL
DE DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMERÍA**

Resultados, gestión y liderazgo

PONENCIAS Y COMUNICACIONES

GRANADA, 25 Y 26 DE MAYO 2006
PALACIO DE EXPOSICIONES Y CONGRESOS



AENTDE
X ANIVERSARIO



**VI SIMPOSIUM INTERNACIONAL
DE DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMERÍA**

Resultados, gestión y liderazgo

PONENCIAS Y COMUNICACIONES

Granada 25 y 26 de mayo 2006

Nota:

Se han utilizado directamente los textos enviados por los autores.

La editora pide disculpas por los posibles errores de impresión de este libro.

Como citar este libro:

Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería. AENTDE. (Editores). VI Simposium Internacional de Diagnósticos de Enfermería AENTDE. "Resultados, gestión y liderazgo". Granada. AENTDE. 2006.

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.

I.S.B.N.: 84 - 611 - 0010 - 7

Depósito Legal: G R - 547 / 06

Edita: Aurora Quero Rufián

Diseño y Maquetación: Patricia Medina

Andrey García

Imprime: Proyecto Sur

Industrias Gráficas, S.L.

Granada, mayo 2006



Estimados compañeros/as:

En nombre propio y del Comité Organizador deseamos agradecer vuestra presencia y colaboración para el éxito de este VI Simposium Internacional de Diagnósticos de Enfermería, organizado por AENTDE, la E.U.E. Virgen de las Nieves y el Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada.

El deseo de AENTDE es que un evento de estas características se convierta en un referente de la enfermería andaluza y española, proporcionando un empuje definitivo para la consolidación de las taxonomías enfermeras en la práctica diaria de los profesionales en el ámbito asistencial, docente, investigador o de la gestión. Si es así, nuestras ilusiones y esfuerzos se habrán visto recompensados.

Como habéis observado el diseño de la imagen del simposium tiene como fondo un entramado de las yeserías de la Alhambra. El logotipo simboliza el conocimiento global y universal de las taxonomías enfermeras. También alude al momento actual de la información a través de internet como instrumento de mejora del conocimiento de Enfermería y, por tanto, de su contribución a la salud de la población.

Con nuestro reconocimiento para todos vosotros os animamos a seguir construyendo el “Edificio de la Enfermería”, mediante el trabajo enfermero bien hecho y el impulso del protagonismo de los cuidados.

Desde Granada, un abrazo muy fuerte para todos,

Rosa González Gutiérrez-Solana
Presidenta de AENTDE

Aurora Quero Rufián
Presidenta del Comité
Organizador

Mayo-2006



S. M. LA REINA DOÑA SOFÍA

EXCMO. SR. D. MANUEL CHAVES GONZÁLEZ
Presidente de la Junta de Andalucía

EXCMA. SRA. D^a. ELENA SALGADO MÉNDEZ
Ministra de Sanidad y Consumo

EXCMO. SR. D. JOSÉ TORRES HURTADO
Alcalde de Granada

EXCMA. SRA. D^a. M^a JESÚS MONTERO CUADRADO
Consejera de Salud de la Junta de Andalucía

EXCMO. SR. D. FRANCISCO VALLEJO SERRANO
Consejero de Innovación, Ciencia y Empresa

EXCMO. SR. D. ANTONIO MARTÍNEZ CALER
Presidente de la Diputación Provincial de Granada

ILMA. SRA. D^a CELIA GÓMEZ GONZÁLEZ
Delegada Provincial de Salud de la Junta de Andalucía. Granada

EXCMO. SR. D. DAVID AGUILAR PEÑA
Rector Magnífico de la Universidad de Granada

SR. D. JUAN CARLOS CASTRO ÁLVAREZ
Director-Gerente del SAS

SR. D. ARTURO E. DOMÍNGUEZ FERNÁNDEZ
Director Gerente del Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada

SR. D. JOSÉ LUIS MARTÍNEZ CHAVES
Sr. Subgerente del Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada

ILMO. SR. D. ADOLFO GÁZQUEZ CAZORLA
Director del Departamento de Enfermería de la E.U. de Ciencias de la Salud

SRA. D^a CARMEN NAVARRO JIMÉNEZ
Directora Académica de la E.U.E. Virgen de las Nieves de Granada

ILMO. SR. D. FLORENTINO PÉREZ RAYA
Presidente del Consejo Andaluz de Colegios de Enfermería

SR. D. MARTÍN G. BLANCO GARCÍA
Director de Servicios Generales del Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada

SR. D. JESÚS MARTÍNEZ TAPIA
Subdirector de Investigación, Calidad y Docencia del Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada

SRA. D^a EMILIA MARTÍNEZ MARTÍNEZ
Subdirectora de Compras e Inversiones del Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada



COMITÉ CIENTÍFICO

PRESIDENTA

Rosa González Gutiérrez- Solana

SECRETARIA

Mercedes Ugalde Apalategui

VOCALES

Ana Guillamet Lloveras
Manuel Peñas Maldonado
Matilde Celma Vicente
Antonio Zamudio Sánchez
Rafael del Pino Casado
María Luz Flores Antigüedad
Genoveva Pérez Romero
Concepción Padilla Marín
María José Ruiz Román
María Dolores Gallardo Abad
Pilar Pedraza Mora
María Victoria Montalbán Cerezo
María Remedios Sánchez García

COMITÉ ORGANIZADOR

PRESIDENTA

Aurora Quero Rufián

SECRETARIO

Josep Adolf Guirao Goris

VOCALES

Pilar Barruetaña Alonso
Francisca Pérez Ramírez
María del Carmen Ramos Cobos
José Antonio Pérez Espinosa
Juan Linares Torres
Amparo Alcalde Palacios
Carmen Álvarez Torres
Julia Castilla Valcárcel
Josefa Bailón Ballesteros
Pilar Acosta Martín
Yolanda Mejías Martín
Dolores Moraleda Hurtado
Enrique Peña Gómez



JUNTA DE ANDALUCÍA

CONSEJERÍA DE SALUD

Dirección General de Calidad, Investigación y Gestión del Conocimiento

Email: teresa.campos@juntadeandalucia.es
RCG/JFA/pmr s - 214
21 de febrero de 2006
Expte.:37/06

ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERIA
VIRGEN DE LAS NIEVES
AVA Dª. AURORA QUERO RUFLAN
AVDA. FUERZAS ARMADAS, 2
18014- GRANADA



En relación con la solicitud presentada en esta Consejería, mediante la que se interesaba le fuera concedido el Reconocimiento de Interés Científico-Sanitario y/o Reconocimiento de Interés Docente-Sanitario, para la celebración del acto que reseñamos a continuación: VI SIMPOSIUM INTERNACIONAL DE ENFERMERIA. RESULTADOS, GESTION Y LIDERAZGO.

Adjunto le remitimos Resolución por la que se concede el mencionado Reconocimiento, rogándole tenga a bien enviarnos las conclusiones o resúmenes del acto una vez finalizado y una muestra del material docente entregado (en caso de reconocimiento docente-sanitario).

También queremos señalarle que esta Resolución en ningún caso implica necesariamente valoración ni baremación posterior del diploma/certificado de asistencia, etc., por las mesas de contratación del Servicio Andaluz de Salud, ni puede considerarse la actividad reconocida como de Formación Continuada, que se rigen por normativa específica.

Para cualquier consulta en relación con el acto de referencia, será necesario hacer constar, al menos, el número de expediente, que figura más arriba.

Le deseamos éxito en sus objetivos.

Por el Servicio de Desarrollo Profesional e Investigación
EL ASESOR TÉCNICO DE DESARROLLO PROFESIONAL



José A. Fernández de Aguilar Torres



“actividad acreditada por el Consejo General de Enfermería en virtud de la encomienda de gestión de la acreditación de formación continuada realizada por los Ministerios de Educación, Cultura y Deporte y de Sanidad y Consumo, con 1,2 créditos“

“actividad de formación continuada acreditada por el Consejo Internacional de Enfermeras con 4 créditos Internacionales de Formación Continuada de Enfermería (ICNECS)“

Expediente nº COL 77/11/4/10/00/05/06/01





INDICE

TALLER DE UTILIZACIÓN DEL NOC	25
Sue Moorhead, PhD, RN. Directora del Center for Nursing Classification & Clinical Effectiveness. Universidad de Iowa. Coautora de la clasificación de resultados NOC	
PONENCIAS/CONFERENCIAS	
Resultado, gestión y liderazgo en enfermería	38
Rosa González Gutiérrez-Solana Presidenta de AENTDE	
Los resultados NOC	45
Sue Moorhead, PhD, RN. Directora del Center for Nursing Classification & Clinical Effectiveness. Universidad de Iowa. Coautora de la clasificación de resultados NOC	
Uso de las taxonomías en las aplicaciones informáticas: Aplicación Gacela	54
Alicia Sánchez Linares Enfermera de gestión de cuidados y soporte metodológico del Hospital San Pablo de Barcelona	
Planes de cuidados en OMI-AP	58
José Luis Aréjula Torres Responsable de Informatización Clínica Área 9 Atención Primaria. Servicio Madrileño de Salud	
La herramienta para la implantación de la metodología enfermera en andalucía: Diraya	61
Francisco Javier Pérez Cabeza Enfermero de Enlace del Centro de salud Bahía de Cádiz	
Informatización de trayectorias clínicas en un centro sociosanitario	68
Antonio Ramos Sánchez Supervisor de Enfermería y coordinador del proyecto de Trayectorias Clínicas de la Fundación Instituto San José de Madrid	
Liderazgo en la práctica clínica de enfermería	75
Professor Dickon Wier-Hughes, EdD, RN. FRSH International and Membership Committees de la NANDA Chief Nurse / Deputy Chief Executive The Royal Marsden Hospital. London	
La gestión de cuidados en atención primaria de salud	79
María Gírbés Fontana. Directora de Enfermería Área 9 – INSALUD	



Gestión de la calidad de los cuidados	90
Roser Cadena i Caballero. Responsable de la Unidad de Calidad del Hospital San Pablo de Barcelona	
Continuidad de cuidados telemática en pacientes frágiles	96
Rosa M ^a Pérez Hernández. Directora Regional de Desarrollo e Innovación en Cuidados. Servicio Sanitario Público Andaluz	
Investigación en lenguajes enfermeros. Validación de diagnósticos de enfermería	98
T. Heather Herdman.PhD, RN. Presidenta de NANDA. Diagnosis Review and Informatics Committees de la NANDA	
Sistematización de la atención enfermera en el hospital	102
Aurelio Campos Rico Enfermero de la Unidad de Urgencias. Hospital Regional Universitario Carlos Haya de Málaga	
Resultados del uso de las taxonomías enfermeras con el programa Azahar	110
Manuel Rich Ruiz Enfermero de la Unidad de Docencia e Investigación de Enfermería. Hospital Reina Sofía de Córdoba	
Necesidad de un lenguaje común en la gestión de los cuidados enfermeros en el hospital	116
Rosario García Juárez Enfermera SupervisoradelaUnidaddeInfecciosos.HospitalUniversitarioPuertadelMardeCádiz	
La enfermera y los retos profesionales: experiencias en un hospital de tercer nivel	122
Berta Gorlat Sánchez Jefe de Bloque de Cuidados del Hospital General de Granada	
Instrumento de apoyo en las decisiones clínicas a respuestas humanas	131
José Miguel Morales Asencio Responsable de la Unidad de Efectividad e Investigación. Distrito Sanitario Málaga. Profesor asociado de la Escuela Andaluza de Salud Pública	
Validación de la Taxonomía II en España (resultados preliminares)	132
Josep Adolf Guirao Goris Vicepresidente de AENTDE	





COMUNICACIONES

Proceso de enfermería. Modelo sobre Interacción Terapéutica y uso de los lenguajes NANDA, CIE Y CRE.	145
“Me falta el aire...”	147
Revisión de la etiqueta diagnóstica: Ansiedad ante la Muerte	149
Planes de Cuidados Estandarizados de Enfermería; guía y pragmatismo	150
Red Centinela de Enfermería del Bierzo: ¿Qué sabemos después de un año?	152
Proyecto de mejora de la atención a la población inmigrante en la atención primaria de salud en Cataluña	154
Resultados en el Dolor Crónico en el Área 9 AP Madrid	159
Comunicación no verbal & diagnóstico enfermero: ¿una relación utópica?	161
Propuesta de inclusión de una nueva Intervención en la NIC: Ventilación Mecánica no Invasiva	162
El Estreñimiento como Diagnóstico de Enfermería	164
¿Varía la opinión de los alumnos sobre los planes de cuidados tras la realización de prácticas clínicas?	169
Valoración de actitudes y conocimientos de las enfermeras de Atención Primaria tras la implantación del SIA (Sistema de Información Ambulatoria) Abucasis II. Elaboración de un cuestionario y prueba piloto	173
Diagnósticos de enfermería y factores de relación prevalentes en las unidades de Medicina Interna	179
Utilidad práctica del modelo área en la complejidad humana	181
Aplicación del modelo área en la práctica profesional	182
Normalización de la Práctica Enfermera en el Cuidado al Donante de Hemocomponentes mediante el uso de Taxonomías NANDA- NOC.NIC	183
Estudio de opinión en Enfermería	184
De la docencia a la asistencia y a la gestión. Continuidad de conocimientos y continuidad de cuidados	186
Plan de cuidados en la práctica clínica de un centro de salud	187
Resultados en el Deterioro del patrón del Sueño en el Área 9 AP Madrid	189
Resultados e intervenciones enfermeras en el Riesgo de caídas	191



Apoyo on-line en la sistemática de elaboración del Diagnóstico de Enfermería	198
Diagnósticos enfermeros de la NANDA asociados a necesidades de Virginia Henderson en una unidad de lactantes	199
Definición del Valor Técnico para el Diagnóstico de Enfermería en Atención Primaria	201
Perfil de las comunicaciones presentadas en Simposiums Internacionales de Diagnósticos de Enfermería organizados por AENTDE desde 1996	202
Evolución de la metodología enfermera en una unidad de hospitalización. Desde 2001 a 2005	203
Incontinencia Urinaria en la mujer. Diagnósticos Enfermeros, Nic,Noc	204
Índice de complejidad de cuidados: nuevo indicador en la gestión de enfermería	205
Enfermería de Salud Mental : De lo invisible a lo visible	206
Aplicación del método área en el ámbito clínico en lactantes con fisura labio palatina	213
NIC, una herramienta útil en la protocolización del trabajo de la Auxiliar de Enfermería	223
Implantación de las taxonomías NANDA-NIC en la lesión medular	224
Informatización del Proceso de Atención de Enfermería. Proyecto IRATI del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea (SNS-O)	225
Plan de cuidados de enfermería a un paciente intervenido de cirugía cardíaca (sustitución valvular)	227
Adecuación informática de las taxonomías NANDA, NIC Y NOC a la hoja de planificación de cuidados y al informe de continuidad de cuidados	229
Medea, sistema para la informatización del proceso enfermero	231
Conocimiento del régimen terapéutico, ¿puede explicar la mejora de la funcionalidad en las altas?	236





Evolución de respuestas humanas en cuidadoras de pacientes de atención domiciliaria (proyecto fis pi031161)	237
Resultados e intervenciones enfermeras dirigidas a mejorar el manejo del régimen terapéutico en personas incluidas en un programa de atención telefónica tras cirugía traumatológica	238
Caso de cuidados de Trastorno de conducta alimentaria (anorexia)	240
Utilización de las taxonomías enfermeras en el informe de continuidad de cuidados	244
Oportunidades de Mejora de la Historia Clínica Digital. Adaptación del Módulo de Planes de Cuidados	245
Proyecto de desarrollo de las enfermeras del Área 5 Atención Primaria de Madrid: enfermeras gestoras de cuidados	254
Resultados en el Manejo infeccioso del régimen Terapéutico en el Área 9 AP Madrid	256
Dejar algo sembrado, relato de una cuidadora principal	258
Aproximación a la epidemiología de los diagnósticos enfermeros. Estudio preliminar	259
Tesoro de diagnósticos de enfermería	262
“La vida secreta de las palabras: analizando respuestas humanas en los personajes”	263
Manual taxonomía NNN	265
Coordinación y actuación ante un caso oncológico	275
El informe de asistencia de enfermería al alta como estrategia para familiarizar a las enfermeras con los diagnósticos NANDA (DE)	282
Formación básica: uso de NOC en la evolución clínica	283
Plan de cuidados estandarizado para la agitación en adolescentes con psicosis	284
Diagnósticos enfermeros basados en modelo de Virginia Henderson en pacientes asistidos por equipos de emergencias extrahospitalarias	298



Trastornos de la conducta en la adolescencia. Proyecto de estándar de cuidados	299
Cuidado de una úlcera varicosa utilizando la taxonomía NNN	300
Experiencia del hospital Vital Álvarez Buylla en implantación de cuidados informatizados con soporte inalámbrico	303
Opinión de los estudiantes respecto a la metodología enfermera	304
Elaboración y diseño de una guía de diagnósticos de pacientes en hemodiálisis	311
“Un reto: NANDA, NIC Y NOC sobre el papel”	312
Informe de Continuidad de Cuidados y Taxonomía NANDA. Situación tras dos años de instauración	313
Los indicadores NOC en la definición del proceso asistencial fractura de cadera en el anciano	314
Caso clínico: Resultados enfermeros en un “Afrontamiento familiar incapacitante”	316
Avanzando en la comunicación de los cuidados de las enfermeras de la Unidad de Agudos de Salud Mental de Granada	317
Informáticos y enfermeras: compartiendo el aprendizaje	324
Metodología para validación clínica de intervenciones NIC	326
Validación de Diagnósticos de Enfermería a través de métodos indirectos de valoración de cumplimiento terapéutico	330
Análisis de la calidad de los registros informáticos del servicio de prevención en mayores de 75 años en un área de atención primaria de Madrid	332
POSTERS	
Mapas de cuidados estandarizados y uso de la taxonomía NNN: la fórmula idónea para la planificación de cuidados	328
Incidencia anual de diagnósticos NANDA en pacientes dependientes en el distrito campo de Gibraltar	330
Estudio multicéntrico del uso y utilidad de las Taxonomías Enfermeras en Unidades de Hospitalización Psiquiátrica: objetivos y diseño	332





Análisis consensuado de un año de investigación de campo basado en las terminologías NANDA, NIC Y NOC	333
Informatización del Proceso de Atención de Enfermería en Asistencia Especializada. Proyecto IRATI del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea	335
Lenguaje enfermero en cuidados de acceso venoso central	337
Caminando hacia la excelencia: Modelo de formación, elaboración y validación de estandarización de cuidados en el Complejo Hospitalario Mancha-Centro	339
Plan de actuación frente a la patología de espalda en el agente policial	341
Análisis de la NIC “Cuidados Intraparto” mediante grupo de expertos	343
Validación por expertos de la intervención Parto (6720)	346
Registros y Sistemas de Información siguiendo el Modelo AREA para medir resultados de la Unidad de Enfermería de Enlace del Hospital Universitario “Puerta del Mar” de Cádiz	349
Pacientes quirúrgicos mayores de 65 años: manifestaciones de dependencia, NANDA-NIC-NOC	351
Aplicación de diagnósticos NANDA y modelo de Henderson	352
Plan de cuidados para un postoperado de TGA mediante switch arterial	353
Plan de cuidados para un lactante con displasia broncopulmonar	355
Mejora de la calidad en la gestión de cuidados hospitalarios	356
Diagnósticos de Enfermería (DdE) Prevalentes en Atención Domiciliaria	357
Proceso enfermero en usuario con síndrome de Guillián Barré	358
Descripción del uso de Diagnósticos e Intervenciones Enfermeras durante el último año en un Servicio de Urgencias Hospitalario	359
Orden y desorden entorno al método	365
Representación gráfica, del modelo de V. Henderson como herramienta didáctica	367
Solicitud de nueva intervención enfermera: “cuidados de las quemaduras”	369



Diagnosticos de enfermería mas prevalentes en población ATDOM	371
Estandarización de Cuidados de Enfermería en Trastornos Adaptativos	372
Conocimientos deficientes r/c cuidados del recién nacido	373
Algoritmo de toma de decisiones en la valoración del desequilibrio nutricional en el anciano	375
Aplicación de planes de cuidados enfermeros para la optimización de recursos: valoración de incontinencias	376
Descripción de los cuidados realizados en la fatiga de pacientes trasplantados de medula ósea	377
La aplicación de las taxonomías NANDA NIC NOC en la practica clinica	378
Diseño y validación de un registro con sistemas de lenguaje estandarizado desde el modelo de Henderson, en la atención urgente extrahospitalaria	379
Estudio de los diagnósticos enfermeros prevalentes en pacientes con Alcoholismo y Trastorno de Salud Mental (Patología Dual)	381
“Familia receptora de cuidados: diagnósticos enfermeros”	383
Plan de actuación enfermero en la hiperemesis gravídica	384
Cuidados enfermeros y nuevos registros en una Unidad Neonatal	386
Los problemas en la toma de decisiones al final de la vida. Planes de cuidados	387
“Creación de la Unidad de Continuidad de Cuidados en el Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria de Tenerife, facilitadora en la implantación del Proceso Enfermero”	389
Propuesta para la implantación de un nuevo registro de enfermería de urgencias hospitalaria basado en el proceso enfermero	391
Estrategias de estandarización en el complejo hospitalario de Jaén	392
Comisiones de Cuidados para la mejora de la Calidad enfermera	393





Valoración de SEDIEN, Sistema Experto de ayuda al Diagnóstico Enfermero	395
Análisis disciplinar y profesional de la ayuda enfermera ante el testamento vital o documento de voluntades anticipadas (DVA)	397
Resultado de las Intervenciones Enfermeras en los niños de 1 a 14 años en el Complejo Hospitalario de Jaén	399
Resultados de las Intervenciones Enfermeras en los pacientes adultos/ancianos con proceso agudo	401
Uso de criterios de resultado de la Nursing Outcomes Classification como variables de resultado en la investigación: la base para el análisis de la efectividad de la intervención enfermera. (fis pi031161)	403
Resultados de las Intervenciones Enfermeras en los niños de 0 a 1 año	405
Resultados de la intervención enfermera en los pacientes de salud mental del complejo hospitalario de Jaén	407
Resultado de las Intervenciones Enfermeras en los pacientes quirúrgicos en el Complejo Hospitalario de Jaén	409
Resultado de las Intervenciones Enfermeras en el Proceso Asistencial Pluripatológico en el Complejo Hospitalario de Jaén	411
Aprender-enseñar las taxonomias enfermeras en la formación teórico-práctica del alumnado de primer curso de enfermería	413
“Nuestro primer paso: Valoración de Necesidades y aplicación de Diagnósticos de Enfermería en Urgencias”	414
Principales diagnósticos de enfermería en el trasplantado hepático y su cuidador	421
Aproximación desde la perspectiva enfermera a los grupos étnicos económicos en la provincia de Málaga	423
Incidencia de respuestas humanas en pacientes de la cartera de servicios de atención domiciliaria.(fis pi031161)	425
Intervenciones enfermeras versus resultados que evidencian el aprendizaje del alumnado de tercer curso de la Diplomatura en Enfermería	427
Gestión de caso: alteración de los procesos familiares y riesgo de cansancio de rol cuidador	428





Identificar los diagnósticos enfermeros (según NANDA: North American Nursing Diagnosis Association) en pacientes con nutrición enteral deducidos de las actividades de enfermería registradas	429
Caso clínico: cuidados al paciente y cuidador inadaptados	431
“Trabajar con NANDA,NIC y NOC en Resonancia Magnética...¿ Es posible?”	433
Cuidados postcesárea: plan de cuidados estandarizado	435
Indicadores de resultado: un recurso para la confirmación de hipótesis diagnósticas en la valoración inicial de cuidadores de pacientes dependientes	437
Disposición para mejorar el afrontamiento de la comunidad. Mejorada del Campo- Velilla De San Antonio. Madrid	348



PONENCIAS

VI SIMPOSIUM INTERNACIONAL DE DIAGNOSTICO
DE ENFERMERÍA

Resultados, gestión y liderazgo



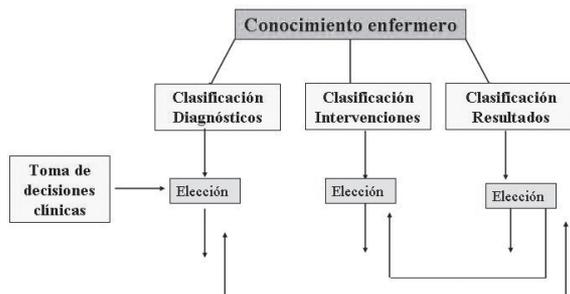
AENTDE
X ANIVERSARIO



TALLER DE UTILIZACIÓN DEL NOC

Sue Moorhead, PhD, RN

Directora del Center for Nursing Classification & Clinical Effectiveness.
Universidad de Iowa. Coautora de la clasificación de resultados NOC



RAZONAMIENTO CLÍNICO

“Procesos de pensamiento reflexivo, concurrente, creativo, crítico, sistemático y complejo inherentes a la práctica; utilizados para enmarcar, yuxtaponer, probar y emitir juicios sobre la transición desde el estado actual hacia los objetivos del resultado esperado”.
(Pesut & Herman, 2003)

Modelo de razonamiento clínico AREA

Modelo AREA

Clinical Reasoning. Pesut & Herman, 1999



HISTORIAS

- Organizar los sucesos de manera significativa.
- Experiencias naturales.
- Relacionar la red de causas con los efectos.
- Promover el desarrollo de simulaciones mentales o escenarios.
- Extraer y comunicar aquellos aspectos sutiles accesibles solo a los expertos.



ENMARCAR

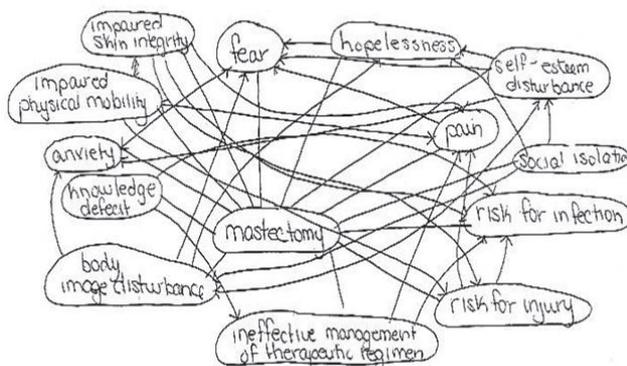
- Lentes sobre sucesos, hechos, cuestiones, significados.
- Modelos mentales que guían el conocimiento.
- Esqueleto o aplicación con espacios en blanco o agujeros que deben rellenarse.
- Los marcos definen el conocimiento, pensamiento y actuación.
- “Fiesta de cumpleaños.”
- “Código azul.”

MARCOS

- Educación del paciente
- Ayuda para el afrontamiento
- Manejo de medicación
- Cuidados perioperatorios
- Manejo del riesgo
- Desarrollo a lo largo de toda la vida
- Parto prematuro
- Morir en paz
- Cansancio del rol del cuidador
- Paternidad
- Incumplimiento
- Representar
- De novel a experto
- Pensamiento crítico

REDES DE RAZONAMIENTO CLÍNICO

- Condición/ cuestión/persona
- Representación del conocimiento o vocabulario clínico
- Consecuencias – Respuestas humanas
- Sistemas y conexiones de red



CUESTIÓN PRINCIPAL

Elemento central que da soporte a la historia del cliente – derivada de un sistema de análisis y síntesis en red sobre las necesidades de cuidados enfermeros.

YUXTAPOSICIÓN

Contrastar la situación actual con los resultados esperados específicos



COMO USAR NOC

DETERMINAR EL DIAGNÓSTICO ENFERMERO

- Basado en la valoración de Patrones Funcionales (Gordon)
- Focalizar en los aspectos relacionados con la salud – Identificar la cuestión clave
- Priorizar los problemas
- Determinar las necesidades de cuidados interdisciplinarios
- Necesidades de derivación

SELECCIONAR RESULTADOS

- Determinar conjuntamente con el paciente los resultados a medir
- Considerar el tiempo en el marco de los cuidados
- Considerar la combinación de resultados de conocimiento con resultados enfocados a la conducta
- Comparar el estado actual con el resultado esperado

COMPARAR CON PERSONAS DE REFERENCIA

- Individuo sano
- Mismo sexo
- Misma edad
- Implica que todos los pacientes no tienen el potencial de llegar a “5”

COMPARAR CON PERSONAS DE REFERENCIA

- Individuo sano
- Mismo sexo
- Misma edad
- Implica que todos los pacientes no tienen el potencial de llegar a “5”

COMPARACIÓN

- Depende de la experiencia de la enfermera
- La experiencia construye grupos de casos por edad, grupo o condición
- Necesidad de identificar las diferencias en el estado de salud entre pacientes
- Proporcionar casos que pueden calificarse desde 1 hasta 5 para un determinado resultado

PUNTUACIÓN DEL ESTADO DEL PACIENTE

- Seleccionar indicadores
- Evaluar el paciente a partir de los indicadores seleccionados
- Determinar la puntuación global del resultado
- Establecer la puntuación diana – Objetivo
- Determinar el foco de cada disciplina implicada en el cuidado



ESTABLECER LA PUNTUACIÓN DIANA

Permite el establecimiento de objetivos para el paciente relacionados con la puntuación de un resultado NOC utilizando 2 opciones:

Mantener a _____

Aumentar hasta _____

DETERMINAR EL TIEMPO PARA MEDIR LOS RESULTADOS

- Determinar un marco de tiempo consistente con el resultado
 - Nivel del dolor
 - Calidad de vida
- Determinar la medida de base
- Medir al transferir; si hay un cambio importante en el estado; al alta
- Otros tiempos basados en el servicio

SELECCIONAR LAS INTERVENCIONES ENFERMERAS

- Seleccionar una intervención para alcanzar este resultado
- Considerar:
 - Diagnóstico médico
 - Servicio
 - Problema prioritario del paciente
 - Habilidades de la enfermera

REALIZAR LA INTERVENCIÓN

- Anotar la respuesta del paciente al tratamiento
- Documentar el cuidado administrado
- Anotar los cambios en el estado de salud

DETERMINAR LOS CAMBIOS EN LA PUNTUACIÓN

- Los cambios en la puntuación representan la consecución de un resultado como con secuencia de una intervención de cuidados de salud
- Puntuación post-intervención – Puntuación pre-intervención

Ejemplo

El paciente tiene una puntuación inicial de 2 en el resultado y una puntuación post-intervención de 4

El cambio de puntuación es $4-2=+2$

El paciente tiene una puntuación inicial de 3 y una puntuación post-intervención de 1

El cambio de puntuación es $1-(3)=-2$



DETERMINAR SI LA INTERVENCIÓN FUE EFECTIVA

- Revisar el valor de la puntuación diana
- ¿Se ha alcanzado?
- ¿Que factores han afectado el resultado?
- ¿Continúa teniendo el problema?
- Se debería cambiar la intervención o añadir nuevas intervenciones al Plan de Cuidados?
- ¿Se necesita derivar al paciente?

ESCOGER LOS RESULTADOS

Relacionar los resultados de conocimiento y conducta

CONSIDERE EL EMPAREJAMIENTO DE LOS RESULTADOS DE CONOCIMIENTO Y LOS RESULTADOS DE CONDUCTA – CON UN ÉNFASIS DIFERENTE

¿Cambia la conducta después de la enseñanza?

REFINAMIENTO DE LOS RESULTADOS DE CONOCIMIENTO-CONDUCTA

2ª Edición Resultados de Conocimiento	Conducta de actuación contenida en el resultado de conocimiento	Relación Resultados de actuación	Desniveles en los resultados de conducta de actuación
Conocimiento: conservación de la energía (1804)	1804-08 1804-09 1804-10 1804-11 1804-12 1804-13 1804-14	Resistencia (0001) Conservación de la energía (0002) Energía psicomotora (0006) Tolerancia a la actividad (0005) Ambulación: Caminata (0200)	Mecánica corporal Uso de mecanismos de ayuda

RESULTADOS NOC DE ACTUACIÓN RELACIONADOS CON RESULTADOS NOC DE CONOCIMIENTOS

Resultado de conocimiento	Resultados de conducta primaria	Resultados de conducta secundaria
Conocimientos: Parto & Alumbramiento (1817)		Superación de problemas (1302) Conservación de la energía (0002) Participación de la familia en la asistencia sanitaria profesional (2605) Control del dolor (1605)





RESULTADOS NOC DE ACTUACIÓN RELACIONADOS CON RESULTADOS NOC DE CONOCIMIENTOS

Resultado de conocimiento	Resultados de conducta primaria	Resultados de conducta secundaria
Conocimiento: Mecanismos corporales (1827)	Rendimiento de los mecanismos corporales (1616)	Ambular (0200) Ambular: silla de ruedas (0201) Posición corporal: auto iniciada (0203) Realización de transferencia (0210)

Resultado de conocimiento	Resultados de conducta primaria	Resultados de conducta secundaria
Conocimiento: Proceso de la enfermedad (1803)	Conducta de búsqueda de la salud (1603) Control de síntomas (1608) Conducta de terapéutica: Enfermedad o lesión (1609)	Autocontrol del asma (0704) Control del dolor (1605) Autocontrol de la enfermedad cardiaca (1617) Autocontrol de la diabetes (1619)



Resultado de conocimiento	Resultados de conducta primaria	Resultados de conducta secundaria
Conocimiento: Control de la enfermedad cardiaca (1830)	Autocontrol de la enfermedad cardiaca (1617) Conducta de búsqueda de la salud (1603) Control del riesgo: Salud cardiovascular (1914) Control de síntomas (1608)	Adaptación a la discapacidad física (1308) Control del riesgo (1902) Conservación de la energía (0002)

NUEVOS RESULTADOS DESARROLLADOS

- Conocimiento: Control de la enfermedad cardiaca (1830)
- Autocontrol de la enfermedad cardiaca (1617)

TRABAJO DE RELACIÓN

- Revisión de NIC & NOC
- Resultados adicionales añadidos para los Diagnósticos NANDA
- Nuevas aplicaciones y estudios de casos

AUTORES

Johnson, M., Bulechek, G., Butcher, H., Dochterman, J., Maas, M., Moorhead, S., & Swanson, E. (2006). NANDA, NOC, and NIC Linkages: Nursing Diagnoses Outcomes & Interventions, . St. Louis, MO: Mosby.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: INTOLERANCIA A LA ACTIVIDAD

Resultado

Tolerancia a La actividad

Intervenciones

Mayores

Terapia de actividad
Manejo de la energía
Promoción del ejercicio:
Entrenamiento de la fuerza

Sugeridas

Promoción de la mecánica corporal
Música terapia
Enseñanza: actividad/ ejercicio prescrito





Resultado

Intervenciones

Resistencia	Mayores	Sugeridas
	Terapia de actividad	Terapia artística
	Manejo de la energía	Promoción del ejercicio
	Promoción del ejercicio:	Manejo de la nutrición
	Entrenamiento de la fuerza	Fomento del sueño

ESTUDIO DE CASO 1-GUILLERMO

- ¿Cuales son los problemas prioritarios?
- ¿Que resultados seleccionaría?
- Puntúe cada resultado teniendo en cuenta una persona de referencia
- Determine la puntuación diana del resultado
- ¿Que intervenciones se necesitan?
- ¿Cada cuanto volvería a valorar cada resultado?
- Determine que le pasa a Guillermo después de la intervención
- Puntúe cada resultado que seleccione
- Determine el valor del cambio para cada resultado

Guillermo M es un hombre blanco de 79 años de edad que vive en una residencia. Es viudo desde hace nueve años. Su único hijo, un chico, vive en la misma ciudad y le visita regularmente una vez por semana. Él prepara la medicación del señor M durante sus visitas en un contenedor semanal de pastillas. Tiene un sobrino con el que mantiene contacto telefónico una o dos veces por mes. El señor M tiene una historia de Fibrilación Auricular, controlada con medicación, y presenta una insuficiencia venosa entre moderada y severa.

Durante los pasados seis meses, el Sr. M ha desarrollado múltiples úlceras en ambas piernas, pero predominantemente en la izquierda. Vesículas, costras y áreas erosionadas son visibles en la mitad inferior de la pierna izquierda y el tejido alrededor y entre los dedos de su pie izquierdo se está desprendiendo. Se aprecia mal olor cuando se le quitan los calcetines al Sr. M. A veces el drenaje seroso es suficiente como para humedecer las piernas de sus pantalones. El Sr. M ha estado recibiendo la visita diaria de una enfermera para valoración y cuidado de las heridas de sus piernas. Durante la mayoría de las visitas, los calcetines elásticos deben mojarse para retirarlos de las piernas del sr. M debido a la gran cantidad de drenaje seroso seco que los impregna. Incluso cuando sus piernas están mojadas, a veces, las costras de las heridas se adhieren a los calcetines y el tejido se levanta cuando se le retiran.





Cuando se le pregunta si tiene dolor o malestar al tocar su pierna izquierda, el Sr. M dice que no, pero hace una mueca de dolor y tensa los músculos cuando tocan sus piernas, por ejemplo cuando se le lavan o se aplican los apósitos.

Las órdenes médicas de cuidados incluyen elevación de las piernas del Sr. M por encima del nivel de las caderas, envueltas en toallas calientes húmedas durante 20 minutos, permitir entonces que se sequen al aire durante 20 o 30 minutos. Los calcetines elásticos se aplican después de que las piernas están completamente secas. Las costras excesivas se pueden retirar usando jabón antibacteriano. Se usará agua corriente y no se aplicará ninguna solución tópica sobre las piernas. Se ha iniciado terapia antibiótica por vía oral. Durante la visita enfermera se hace enseñanza y refuerzo sobre la importancia de tener las piernas elevadas cuando está sentado, no cruzar las piernas, y llevar los calcetines elásticos siempre que no esté en la cama.

Aunque el estado de las piernas del Sr. M ha mejorado, la mejoría no ha sido suficientemente significativa para que el Sr. M vuelva al estado de salud y autocuidado previo al problema. Además ha empezado a usar una silla de ruedas para moverse e ir y venir del comedor. Debido al uso de la silla de ruedas, el Sr. M tiene dificultades para prepararse las comidas y atender sus necesidades. Si el Sr. M. no puede retomar el autocuidado previo requerido en el centro, deberá marcharse. Cuando se le pregunta si entiende el impacto de la situación actual en relación a su capacidad para cuidarse a si mismo, dice que sus piernas "realmente no las nota tan mal" y no piensa que la preocupación expresada por sus cuidadores esté justificada. Él no siente que su capacidad para realizar las actividades de la vida diaria haya disminuido, ni tampoco siente que el estado de sus piernas tenga porqué influir en la manera como realiza esas actividades.

Johnson, M., Bulechek, G., Butcher, H., Dochterman, J., Maas, M., Moorhead, S., & Swanson, E. (2006). NANDA, NOC, and NIC Linkages: Nursing Diagnoses Outcomes & Interventions, St. Louis, MO: Mosby.

ESTUDIO DE CASO 2-CINDY

- ¿Cuales son los problemas prioritarios?
- ¿Que resultados seleccionaría?
- Puntúe cada resultado teniendo en cuenta una persona de referencia
- Determine la puntuación diana del resultado
- ¿Que intervenciones se necesitan?
- ¿Cada cuanto volvería a valorar cada resultado?



- Determine que le pasa a Cindy después de la intervención
- Puntúe cada resultado que seleccione
- Determine el valor del cambio para cada resultado

Cindy es una mujer de 38 años de edad, casada, con dos hijastros adultos. Cindy disfrutaba de una vida saludable y no tenía historia de antecedentes familiares de cáncer. Realizaba autoexploraciones mamarias rutinarias y nunca había encontrado nódulos u otros hallazgos inusuales durante la exploración.

Cindy trabajaba a tiempo completo como publicista. Un día en el trabajo, mientras bajaba las escaleras hacia uno de los departamentos, su tacón se quedó enganchado en el borde del escalón y cayó hasta el siguiente rellano. Sufrió múltiples heridas en su cuerpo, incluyendo una en el área pectoral donde se golpeó con una barandilla metálica. Estaba tan avergonzada que siguió con su trabajo durante el resto del día ignorando las lesiones. Aquella tarde, cuando volvió a casa explicó a su familia el incidente en el lugar de trabajo. Todos estaban preocupados, pero ella quitaba importancia al incidente, ya que estaba más preocupada por la vergüenza que por las heridas que se produjo.

A partir de aquel momento, Cindy sentía un dolor localizado en su pecho izquierdo. El dolor, que empezó levemente, no mejoraba con el tiempo. Cindy, que era consciente del dolor constante en el pecho no le daba importancia y pensaba que era consecuencia de las erosiones causadas en el accidente. No podía permanecer estirada sobre su estómago. El dolor, gradualmente se fue acentuando hasta que Cindy pudo notar un bulto en su pecho, en el lugar del dolor. Después de dos meses, finalmente fue al médico. Tras el examen, el Doctor ordenó una biopsia del nódulo que debería realizarse al cabo de una semana. La biopsia mostraba un tumor maligno y se realizó una mastectomía radical del pecho izquierdo.

El marido de Cindy estuvo en el hospital durante la intervención, pero se fue a trabajar después de que se recuperara de la anestesia. Después del trabajo, el marido de Cindy, un alcoholico, decidió ir al bar a tomar unas copas. La telefoneó desde el bar, y le dijo que ya la llamaría cuando llegara a casa. Cindy estaba preocupada porque su marido tenía que conducir hasta casa y la preocupación le duró casi toda la tarde. Cuando llamó desde casa, él perdió el conocimiento y dejó la línea telefónica bloqueada. Esto a ella le causó un gran trastorno, porque se daba cuenta de que él no se haría cargo de la mastectomía como ella esperaba. No solo era ella quien necesitaba ayuda para afrontar la mastectomía; él también





necesitaba ayuda para afrontar la intervención de su esposa. Cindy confió en las enfermeras para que le ayudaran con la imagen personal y también con el soporte emocional. Las enfermeras se hicieron cargo y localizaron un grupo de ayuda para el cáncer de mama que ayudó a Cindy juntamente con las enfermeras en sus esfuerzos para superar esta difícil etapa de su vida.

Johnson, M., Bulechek, G., Butcher, H., Dochterman, J., Maas, M., Moorhead, S., & Swanson, E. (2006). NANDA, NOC, and NIC Linkages: Nursing Diagnoses Outcomes & Interventions, St. Louis, MO: Mosby.

ESTUDIO DE CASO 3: CONSTANCE

- ¿Cuales son los problemas prioritarios?
- ¿Que resultados seleccionaría?
- Puntúe cada resultado teniendo en cuenta una persona de referencia
- Determine la puntuación diana del resultado
- ¿Que intervenciones se necesitan?
- ¿Cada cuanto volvería a valorar cada resultado?
- Determine que le pasa a Constance después de la intervención
- Puntúe cada resultado que seleccione
- Determine el valor del cambio para cada resultado

Constance R. es una mujer de 57 años, casada, que fue ingresada en la Unidad de Psiquiatría después de haber sido vista inicialmente en una consulta externa por su Enfermera Psiquiátrica de Atención Primaria (Advanced Practice Psychiatric Nurse Practitioner).

Joan S, La enfermera, había estado siguiendo a Constance una vez por semana en la consulta durante las últimas 9 semanas por presentar un aumento de los síntomas de depresión.

Constance vive con su marido, Mark, y su hijo Kevin de 22 años de edad, en su propia casa. Hace seis meses, fue despedida del trabajo donde había trabajado durante 12 años. Presenta historia de depresión crónica, sin embargo, su depresión estaba bien gestionada y bajo control hasta que perdió el trabajo. En la consulta externa, admitió que tenía ideas periódicas de suicidio en forma de un deseo pasivo de morir y a su ingreso se le administró el Test para diagnosticar Depresiones mayores DSM-IV-TR.

Presenta una historia de sobredosis previa hace 6 años después de la pérdida de su madre. Admite que todavía tiene problemas con el duelo y la culpa por la pérdida de su madre, que se ha intensificado con la pérdida



del trabajo. De forma repetitiva se culpa de la muerte de su madre y la pérdida del trabajo. La pérdida de sus ingresos ha contribuido a aumentar los problemas económicos. Constance ha expresado sentimientos de desvalorización, e inutilidad desde la pérdida del trabajo.

Su marido manifiesta “Llora constantemente” y “No realiza ninguna de sus actividades habituales”. No ha podido cocinar, ni comer, ni hacer las tareas de la casa o mostrar ningún interés por sus actividades fuera de casa. .Ha perdido casi 7Kg en los últimos dos meses. Sin embargo, pasa largos periodos de tiempo en cama.

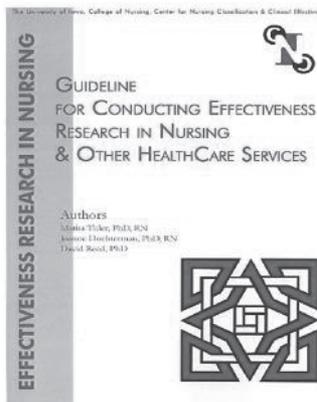
Durante la entrevista de ingreso, dice “Esta nube negra me sigue donde quiera que vaya, nada, nada nunca sale bien”. “¿Qué futuro? Dice Constance cuando se le pregunta que es lo que se imagina en el futuro para ella misma. “No hay nada para mi en el futuro excepto un vacío...una oscuridad...Podría estar muerta”. No existe historia de abuso de alcohol o de otras sustancias.

Johnson, M., Bulechek, G., Butcher, H., Dochterman, J., Maas, M., Moorhead, S., & Swanson, E. (2006). NANDA, NOC, and NIC Linkages: Nursing Diagnoses Outcomes & Interventions, St. Louis, MO: Mosby.

¿QUE APORTA LA INFORMACIÓN SOBRE RESULTADOS? LA CAPACIDAD PARA:

- Comparar resultados en diferentes servicios
- Evaluar los cuidados ofrecidos a poblaciones de pacientes
- Determinar las mejores prácticas
- Poner en práctica la Práctica basada en la evidencia
- Llevar a cabo investigación sobre la efectividad

INVESTIGACIÓN SOBRE LA EFECTIVIDAD



Guía de 49 páginas creada para ayudar a los investigadores enfermeros y otros investigadores a construir y utilizar datos clínicos para la investigación sobre la efectividad.

Disponible a través del Centro – Mas información en: <http://www.nursing.uiowa.edu/cnc> en el apartado productos.



NECESIDADES ENFERMERAS DE UN DOSSIER ELECTRÓNICO DE SALUD

- La enfermería lleva desarrollando los lenguajes necesarios para un dossier electrónico, unos 25 años
- Se continúan haciendo esfuerzos para disponer de todos los términos necesarios para representar el cuidado enfermero, pero el trabajo no se acaba nunca
- Disponer de las palabras es solo el principio del viaje

RETOS

- Necesidad de un dossier electrónico que recoja adecuadamente los cuidados enfermeros
- Interés internacional en la adopción de lenguajes enfermeros que permitan realizar estudios comparativos en todo el mundo
- Cuestiones referidas a la traducción y diferencias en la práctica que añaden complejidad a la descripción de la enfermería
- El mantenimiento del grado de desarrollo y refinamiento del lenguaje – tanto a nivel económico como personal son los retos clave

LA BUENA NOTICIA

- Los esfuerzos enfermeros para el desarrollo del lenguaje nos han situado en una posición clave para proveer de términos esenciales el dossier electrónico de salud
- Necesitamos avanzar hacia la siguiente fase utilizando los datos enfermeros para llevar a cabo la evaluación de los resultados e Investigación de la efectividad
- ¡La enfermería está posicionada para ser un líder en esta empresa! ¡Ayúdenos a realizar este esfuerzo global!

TRADUCCIONES: NIC/NOC

Chino (Solo NIC)
Japonés
Coreano
Holandés
Francés
Portugués
Español
Alemán

LIBRO DE RELACIONES

Japonés
Español
Chino
Alemán (en imprenta)
Portugués
(en imprenta)

CONTACTOS EN EL CNC

Sue Moorhead PhD RN sue-moorhead@uiowa.edu
Phone: 319-335-7051 Fax: 319-335-9990
E-mail: classification-center@uiowa.edu
web: www.nursing.uiowa.edu/cnc

The University of Iowa
College of Nursing 407 NB
Iowa City, IA 52242, USA





RESULTADOS, GESTIÓN Y LIDERAZGO

Rosa González Gutiérrez-Solana
Presidenta de Aentde

En la amplia reflexión que hemos estado haciendo las enfermeras en España, tratamos en los últimos años del desarrollo teórico y práctico de los cuidados de enfermería y de su lenguaje preciso y unificado. En estas aportaciones fueron especialmente destacadas numerosas profesoras/es de las Escuelas de Enfermería que han abierto las puertas a conocimientos nuevos e impulsado la renovación de la enfermería española, y un gran número de enfermeras clínicas de centros sanitarios que, en los distintos niveles de atención, han tenido el empeño de trabajar con Proceso de Enfermería, con diagnósticos enfermeros y, ahora, con las nuevas taxonomías enfermeras (NOC, NIC). Juntas han hecho un buen trabajo para estimular la utilización de un lenguaje común y para impulsar el despliegue práctico de las nuevas aportaciones teóricas para mejorar los cuidados de enfermería.

Ahora, en el marco del VI Simposium organizado por la AENTDE, trataremos tres cuestiones importantes relacionadas también con el proyecto de hacer de la enfermería una profesión más cohesionada en sus lenguajes, en su forma de trabajar y en los objetivos dirigidos al cuidado de los enfermos.

Los resultados: La prueba de la práctica

Haremos especialmente hincapié en los Resultados¹. Ya comenzamos ayer a trabajar ampliamente el NOC (Nursing Outcome Clasification: Clasificación de Resultados de Enfermería) con una de sus teóricas más destacadas, Sue Moorhead.

Aunque las enfermeras son indispensables para la atención a los enfermos y a la salud de la población, casi siempre han estado institucionalmente ocultadas, casi “desaparecidas”, sin el reconocimiento de lo que el esfuerzo de los cuidados han aportado a los enfermos y a los sistemas modernos de salud. Probablemente han sido el cine y la literatura, los que han atestiguado públicamente mejor que nadie su importancia en la vida social y de las personas. Las consecuencias de este aparente ocultamiento social han sido obvias: papeles subalternos, abandono formativo, depreciación profesional y finalmente, la propia subestimación de los profesionales.

¹ Necesitamos conocer qué es lo que aportan nuestros cuidados a la resolución, mejora o la contención de los problemas que tienen las personas que cuidamos, sus familias y la población en general



Ahora, en una etapa sanitaria más evolucionada, estamos en condiciones de acometer la cuestión de los resultados. En primer lugar, para obtener información de nuestro trabajo que debe concretarse con la estimación o la medición de sus resultados, necesarios para establecer indicadores de su aportación en la calidad y la efectividad² del trabajo sanitario. Y, en segundo lugar, para que estos esfuerzos y logros se hagan visibles y valorados por los enfermos, por todos los agentes e instituciones del sistema sanitario y por la población.

Aunque ya es habitual en el mundo empresarial, científico y deportivo hacer alusión a los resultados, en la asistencia sanitaria, se hace más referencia a los acontecimientos aislados, a las noticias sorprendentes, a los éxitos académicos, que parecen llenar los vacíos o las ignorancias reales sobre los resultados.

En la asistencia sanitaria hemos logrado muchos éxitos en las últimas décadas que han repercutido en avances considerables en toda España y en sus Comunidades Autónomas, pero salvo algunas grandes cifras, (nunca auditadas por agentes externos), no conocemos en detalle nuestros datos de efectividad, eficiencia y calidad ni, por tanto, nuestras diferencias y similitudes de resultados en nuestras respectivas Comunidades Autónomas. Lo que subyace es carencia de información con datos concretos, ausencia de instrumentos homogéneos que nos permitan hacer comparaciones y, finalmente, imposibilidad de conocer la eficiencia y la efectividad de los resultados, para hacer las correcciones necesarias e impulsar las mejoras.

En bastantes países del mundo desarrollado, estas informaciones macro sobre la efectividad y el coste de los trabajos y procesos sanitarios son más conocidas y pueden ya conocer sus niveles de efectividad y eficiencia y establecer líneas de mejora. Pero parece que, en ausencia de instrumentos de medición y comparación adecuados, la evaluación y los resultados del trabajo de enfermería, están muy lejos de conocerse.

Si esto es así en el sistema sanitario, las lagunas de información, evaluación y resultados del trabajo de enfermería, son aun enormes. Como dice el profesor Jose Miguel Morales: "Actualmente la evaluación de los efectos de la intervención enfermera en España, prácticamente no va más allá del análisis cuantitativo del volumen de actividad asistencial o algunos aspectos de satisfacción global, incluidos en encuestas de opinión de los ciudadanos".

Se ha señalado que la debilidad investigadora de la enfermería española se basa fundamentalmente en la falta de registros y bases de datos clínicos con información sobre

² Efectividad se denomina a la eficacia de una herramienta o competencia ya demostrada en un ensayo o teoría, cuando se pone en práctica: La efectividad es la eficacia en una situación concreta dada



respuestas humanas a intervenciones enfermeras. A medida que los registros del proceso de enfermería se archiven en bases de datos –como ya se está haciendo en más de cien Hospitales y Centros de Salud- se podrá realizar esa investigación sobre las bases de datos para establecer indicadores útiles para la práctica clínica y la gestión de los cuidados.

Pero conocer, medir o estimar mejor los resultados de nuestra practica no solo depende de los instrumentos que nos permiten ese conocimiento, estimación o medida. Los resultados son el producto final de este trípode conocido de la evaluación de calidad: estructura, proceso y resultado.

Tenemos que medir y comparar resultados, pero partimos de realidades diferentes, en la asistencia primaria y especializada, en los distintos centros de salud y en los distintos hospitales. Conocemos cuan diferentes son nuestras condiciones de estructura, y las distintas condiciones de nuestros recursos humanos y técnicos. No caben apenas comparaciones en esos terrenos. Las realidades de partida son muy diferentes pero, con todo, podemos esperar de diversas formas la comparación de los resultados de la práctica profesional de la misma manera que siendo las empresas muy diferentes de estructura y organización, sus resultados y su comparación con los otros, son los que deciden su éxito.

Este es uno de los retos más importantes que pretendemos lanzar, al menos teóricamente: La necesidad de conocer los resultados del trabajo de enfermería en lo que se refiere a los cuidados. Ahora, las aportaciones teóricas de la NANDA, del NOC y del NIC pueden ser pronto una herramienta práctica que, al menos en España, podremos utilizar en los próximos años. Aproximarnos y alcanzar un conocimiento de los resultados obtenidos en el cuidado a los enfermos dará un gran impulso y reconocimiento a la forma y calidad del trabajo de enfermería.

Por ultimo cabe señalar que la medición de los resultados es también una insistencia en la estrategia de salud para todos de la OMS³: Para el año 2010 los Estados miembros deberán garantizar que la gestión del sector sanitario este orientada hacia los resultados en materia de salud: 16,1: Los problemas sanitarios individuales se deberán tomar en base a la comparación de los resultados y su coste-efectividad.

³ Directrices de la Oficina Regional Europea de la OMS que dice en su Objetivo 16:

Para el año 2010 los Estados miembros deberán garantizar que la gestión del sector sanitario este orientada hacia los resultados en materia de salud,

16,1: Los problemas sanitarios individuales se deberán tomar en base a la comparación de los resultados y su coste-efectividad.

16:2 Todos los países deberán contar con un mecanismo de ámbito nacional con el fin de desarrollar y realizar un seguimiento de la calidad de la atención sanitaria en relación con las principales enfermedades que afectan a la salud:

- la medición del impacto sanitario,*
- el coste efectividad,*
- la satisfacción de los pacientes*





La gestión: La conquista continuada de la eficiencia⁴

Inevitablemente, hablar de resultados en calidad y efectividad de los cuidados lleva a plantear directamente la necesidad de la gestión de los cuidados, entrar también en los aspectos de organización y funcionamiento que implican.

Los aspectos más generales de la gestión son objeto de los directivos de la empresa o institución, aunque requieren, de un modo especial en el ámbito sanitario, de una gran participación y corresponsabilidad. Pero en los aspectos más específicos de la gestión, ligados a las unidades o al trabajo de la enfermería, implican de lleno a todos sus profesionales con sus conocimientos y habilidades para que el trabajo común tenga buenos resultados.

En nuestro mundo democrático, cada vez más urbano y masificado, para la atención sanitaria con el objetivo de atender a todas y a cada una de las personas, esta gestión de los recursos humanos y técnicos y esa participación e implicación, son decisivas porque sin ellas no podría lograrse ese objetivo tan complejo y ambicioso.

Ahora más que nunca sabemos que los resultados globales obtenidos en la atención a los enfermos son, producto de una cadena compleja y densa de procesos y profesionales. Los problemas de estructura, recursos, organización y normas de funcionamiento por un lado, y las tareas, competencias y responsabilidades de los trabajadores y profesionales por otro, adquieren hoy una dimensión social, económica, empresarial e institucional enorme. Estos aspectos se abordan con la gestión en sus diversas formas, la tarea de ensamblar de forma eficiente, es decir con sentido de la efectividad y el coste, esa aparente maraña de presupuestos limitados, estructuras, recursos materiales y humanos. Por razones obvias, en un sistema en cuyo centro está la actividad y la capacidad de los profesionales sanitarios, es necesaria una especial sensibilidad y la implicación de los profesionales en la gestión de esta complejidad. Esta implicación que se convierte en responsabilidad, es inexcusable y decisiva en todos los aspectos

Una de las piezas claves es la gestión, esa capacidad de las organizaciones para adecuarse a sus estructuras, culturas y condiciones humanas y técnicas para obtener los mejores resultados posibles. La gestión de los cuidados de enfermería es una necesidad indispensable para la aplicación generalizada de los planes de cuidados y para la obtención de buenos resultados con los cuidados de los enfermos. Sin la gestión, la evaluación de los resultados no tendría consecuencias prácticas. No nos basta conocer

⁴ Gestión como la organización y disposición de los recursos de la forma más adecuada para alcanzar más eficiencia (mayor efectividad con la mayor contención del coste posible para mantener los objetivos de calidad)



la mejor práctica para la realización de un cuidado, es necesario que se aplique en la práctica clínica y que sus resultados se midan para contrastarlos con los esperados. Le corresponde a la labor de gestión hacer los cambios necesarios para que los resultados mejoren en eficiencia y en calidad.

Quiero señalar que en la práctica, la labor de las enfermeras se amplía mucho con tareas en las que la enfermería es la coordinadora más importante. Como ya he expuesto en otras ocasiones, hay que tener en cuenta que la enfermería participa en dos grandes procesos en los que es claramente protagonista: El proceso de los cuidados y el proceso de la coordinación de las otras necesidades organizativas y personales de los enfermos.

Figura 1: Proceso de atención de enfermería

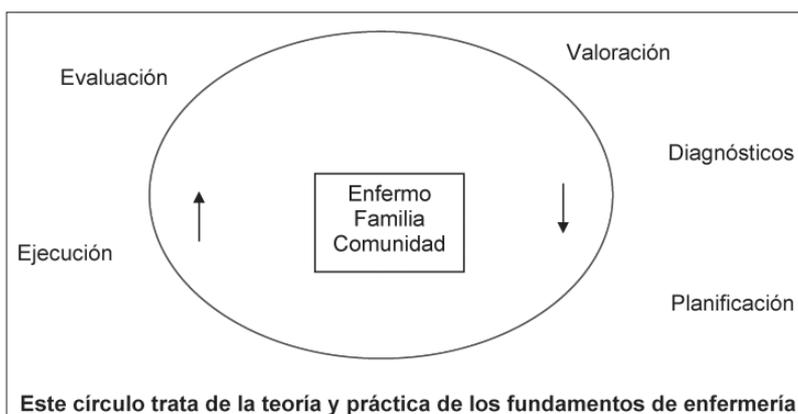
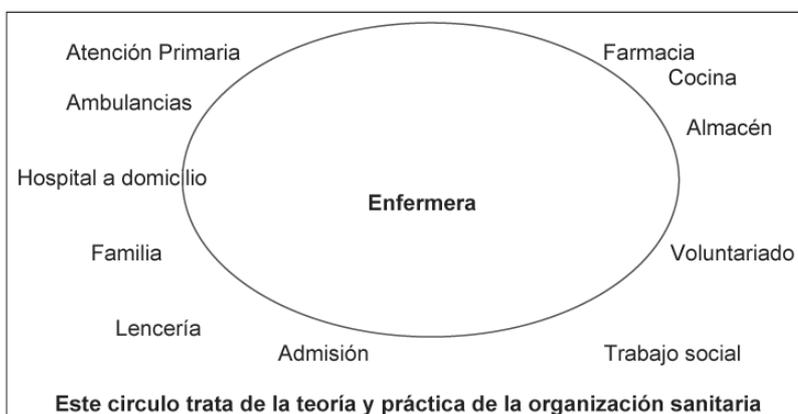


Figura 2: Coordinación de actividades que inciden directamente sobre los enfermos





También en estas labores es muy importante desplegar una actividad con criterios de gestión global.

La gestión es muy difícil porque para ser excelente requiere una gran sintonía y motivación de los profesionales.

Liderazgo: La capacidad de impulsar un trabajo en común

Las relaciones informales humanas, como sabemos por experiencia, están sometidas a las influencias mutuas en las que surgen distintas formas de cooperación, dominio o sumisión bien conocidas. También surgen otras formas de influencias no coercitivas o espontáneas derivadas del respeto, amistad, autoridad, bondad, etc. En las organizaciones humanas ya estructuradas estas relaciones de gran influencia sobre los demás son mas conocidas y, aunque bajo distintos contenidos reales, se agrupan bajo la misma noción de liderazgo.

Me referiré aquí al liderazgo que surge del conocimiento, de la autoridad conferida por los demás, del reconocimiento hacia el que expresa adecuadamente las actitudes, las razones y los sentimientos más generales del grupo o de la organización en un momento dado. Afortunadamente, los liderazgos no suelen ser permanentes, son variables, según las circunstancias, los acontecimientos, los sentimientos y decisiones. Guardan una fuerte correlación con la inteligencia de la respuesta dada ante situaciones difíciles o en momentos decisivos. Esos movimientos y cambios espontáneos de los liderazgos están relacionados con los movimientos de la vida de las organizaciones y de las ideas y creencias de sus miembros.

En el ámbito de las organizaciones, el liderazgo lo obtienen aquellas organizaciones que son excelentes, por su estilo de gestión y por sus resultados. Hablando con un amigo de un banco llegué a saber que una agencia de calificación financiera (la Standard & Poor) tiene una clasificación para orientar a los inversores que se basa en el modo de gestión y en los resultados mantenidos.

No debemos olvidar que, aunque la asignación y el reconocimiento se produce aparentemente en personas u organizaciones concretas, debajo de las personas y de las organizaciones líderes existe un gran trabajo, una gran sensibilidad e inteligencia de una gran mayoría de profesionales que las han llevado a ese reconocimiento.

Este es también, a la vez, un reto colectivo. En este contexto, solo surgen líderes en



las organizaciones potentes, con grandes conocimientos, con un gran esfuerzo previo. Como se suele decir, cuando ya hay, generalmente, una masa crítica de la que surgen, como si fuese por generación espontánea, los líderes, que dejarán de serlo pronto si no responden con inteligencia y sensatez a los acontecimientos, a los conocimientos y a las expectativas de su gente.

Ésta, para terminar, es hoy nuestra pretensión: Crear las bases de conocimiento, de ambición de saber, de capacidades prácticas profesionales para gestionar nuestras tareas y nuestro trabajo profesional y sanitario, obtener mejores resultados y la masa crítica de profesionales con inquietud de la que surjan líderes que nos representen y que den satisfacción a nuestras expectativas en la atención moderna a los enfermos.





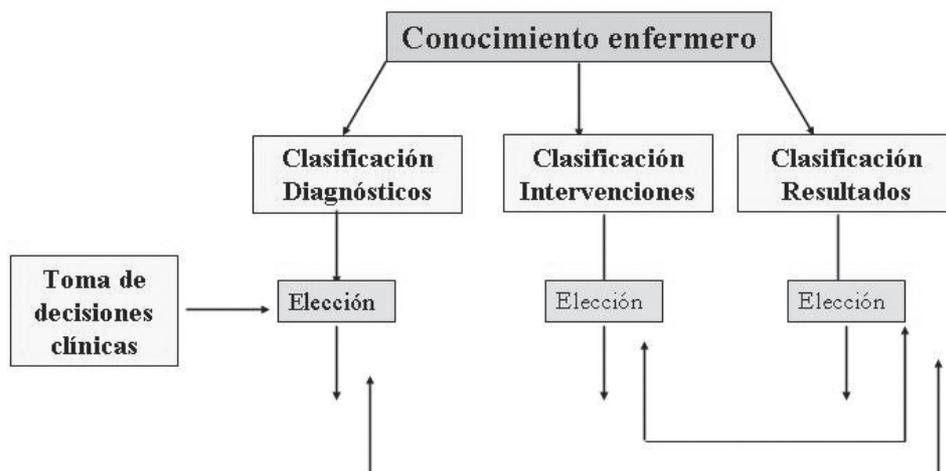
LOS RESULTADOS NOC

Sue Moorhead, PhD, RN

Directora del Center for Nursing Classification & Clinical Effectiveness.
Universidad de Iowa. Coautora de la clasificación de resultados NOC

EL PROBLEMA DE LA VISIBILIDAD

- Las enfermeras no pueden describir los cuidados enfermeros recibidos por los pacientes en la mayoría de los servicios de salud
- La mayor parte de los cuidados de enfermería se describe en función de la práctica de otros, especialmente, médicos
- Las enfermeras no han sido capaces de describir los efectos de la práctica enfermera sobre los resultados de los pacientes
- Las enfermeras no han identificado que hacen de manera que puedan ser remuneradas por ello



¿QUE SABEMOS SOBRE LOS RESULTADOS DE LOS CUIDADOS ENFERMEROS?

Se ha focalizado en el aspecto negativo:

- Niveles de Infección
- Errores en la Medicación
- Caidas



CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS ENFERMEROS



INVESTIGADORAS PRINCIPALES:

Marion Johnson
Meridean Maas
Sue Moorhead

FINANCIACIÓN NOC

Trabajos Preliminares: Sigma Theta Tau International

Fases I - IV

NIH Instituto de Investigación Enfermera

FASES DE LA INVESTIGACIÓN

Trabajo Piloto	92 - 93
Desarrollo de Resultados	93 - 96
Construcción Taxonomía	
& Prueba Clínica	96 - 97
Evaluación de la Medida	98 - 02
Refinamiento	96 - 03

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

- Describir y validar los resultados y las medidas como respuesta a los cuidados enfermeros
- Desarrollar una estructura taxonómica
- Probarla en diferentes servicios clínicos

RESULTADOS CLÍNICOS DE LOS CUIDADOS ENFERMEROS

- Los resultados importantes Positivos de los cuidados enfermeros permanecen desconocidos o invisibles
- Se ha focalizado en los resultados Negativos – Caídas, Lesiones de la piel, errores en la medicación



DEFINICIÓN DEL RESULTADO NOC

Estado, conducta o percepción de un individuo, familia o comunidad que se mide a lo largo del tiempo en respuesta a una intervención/es enfermera. Cada resultado tiene asociados un grupo de indicadores que se usan para determinar el estado del paciente en relación al resultado.

INDIVIDUO

Persona que es receptora del cuidado de enfermería o un miembro de la familia de esa persona. Paciente, cliente, cuidador familiar.

FAMILIA

Una familia son 2 o mas personas que tienen relaciones biológicas, legales, o de elección, que tiene una expectativa social de socializar, culturizar y cuidar de sus miembros.

COMUNIDAD

Una comunidad es una población interactiva con relaciones que emergen al tiempo que sus miembros desarrollan y utilizan, de forma común, algunas agencias e instituciones.

FORMATO DE LOS RESULTADOS NOC

- Definición
- Escalas de medida
- Indicadores
- Referencias

MEDIDA

Una escala tipo Likert de cinco puntos que cuantifica el resultado de un paciente o un indicador de su estado en un continuo desde el menos hasta el más deseable y proporciona una puntuación en un momento en el tiempo.

1 = Estado menos deseable

5 = Estado mas deseable

TAXONOMÍA NOC

7 DOMINIOS

31 CLASES

330 RESULTADOS

DOMINIOS

- Salud Funcional
- Salud Psicosocial
- Salud Percibida
- Salud Comunitaria
- Salud Fisiológica
- Conocimiento & Conducta de salud
- Salud Familiar



**LUGARES DE PRUEBA - 10**

Representan el continuo de los servicios de salud:

2 – Hospitales Universitarios /Terciario

1 – Ambulatorios/ Extrahospitalarios

3 – Hospitales de la Comunidad

1 - Residencias

2 – Cuidados domiciliarios -VNA

1 – Clínicas maternas

EVALUACIÓN DE LAS MEDIDAS DE NOC

CRITERIO	STANDAR
Fiabilidad Inter-puntuador	%
Validez del criterio	$r > .60$
Cambio	t-test
Practicabilidad	Tiempo, coste facilidad de uso

TEST FIABILIDAD INTER-PUNTUADOR

Fiabilidad del procedimiento

Puntuadores 2 Enfermeras tituladas RNs

Tiempo Cuidados Agudos
Residencia Enfermera
Cuidados domiciliarios
Cuidados ambulatorios

Fiabilidad estimada

Resultado	N	IRR	
		% Absoluto	%
Próximo			
Auto-cuidado: AVD	92	85	94
Nivel del dolor	53	66	92
Nivel de movilidad	41	90	94
Balance de líquidos	19	82	90

Escala: Nunca – Consistentemente demostrado

Resultado	N	IRR	
		% Absoluto	% Próximo
Control dolor	56	59	87
Control Riesgo	44	78	88
Orientación	44	72	92
Cognitiva			
Afrontamiento	34	84	84
Control Riesgo: 13 Uso de medicación		38	91





Residencia

Resultado	N	IRR	IRR
	% Absoluto	% Próximo	
Comportamiento Seguridad: Prevencción caídas	21	43	91
Continencia Urinaria	20	55	90
Movimiento articular: Pasivo	20	100	100
Habilidades cognitivas	11	73	95

PRUEBA DE VALIDEZ

RESULTADO

HERRAMIENTA SELECCIONADA

Control de la agresión

Cuestionario de la agresión

Salud Emocional del cuidador

Índice de cansancio del cuidador

Concentración

Estado Mini-Mental

VALIDEZ ESTIMADA

Resultado	N	Pearson
Autocuidado AVD	100	.74
Nivel Dolor	56	.44
Estado Infección	35	.57
Estado Nutricional	35	.57

CUESTIONES: CRITERIOS DE VALIDEZ

- Relación conceptual con la herramienta correspondiente
- Disponibilidad de herramientas para los resultados fisiológicos
- Tiempo necesario para recoger la información con ambos instrumentos
- Confusión sobre quien debería puntuar – paciente o enfermera

PRUEBA DE LA SENSIBILIDAD DE LOS RESULTADOS NOC

CAMBIOS EN LA ESCALA DE PuntuACIÓN

La diferencia entre la puntuación de base del resultado y la puntuación del resultado después de la intervención. El cambio en la escala puede ser:

Positivo (La puntuación aumenta)

Negativo (La puntuación decrece)

No cambios (La puntuación se mantiene)

Este cambio en la escala de puntuación representa la consecución del resultado como consecuencia de la intervención (es) de salud.





CAMBIO

Resultado	N	Media Base	Media Siguiete	Media Cambio
Orientación Cognitiva	19	3.89	4.05	0.16
Orientación Salud	21	3.52	3.76	0.24
Compromiso Social	21	3.43	3.48	0.05

Estos cambios en las escalas identifican pequeños cambios en el estado del paciente después de la intervención

CAMBIO

Resultado	N	Media Base	Media Siguiete	Media Cambio
Auto mutilación Control	06	2.17	4.33	2.17
Estado respiratorio:				
Intercambio de gases	31	2.94	4.13	1.19
Nivel de movilidad	53	2.47	3.62	1.15

Estos cambios en las escalas de medida identifican un cambio sustancial en el estado del paciente después de la Intervención

EVALUACIÓN DE LOS CAMBIOS EN LA ESCALA

- Útil para grupos de pacientes o individuos para determinar el impacto de las intervenciones
- Permite la medida de los resultados a lo largo del tiempo
- Ayuda a identificar el impacto de las intervenciones sobre diferentes poblaciones y grupos de edad

APUNTES DE NOC 3ª EDICIÓN

- 330 resultados
- 76 nuevos resultados
- 6 resultados retirados
- Escalas de medida refinadas

EJEMPLOS DE NUEVOS RESULTADOS

- Adaptación a la Discapacidad Física
- 14 Resultados de Satisfacción del Cliente
- Nivel de Violencia Comunitaria
- Disposición para el alta: Vida Independiente
- Función Renal
- Estado de Salud Personal
- Control de Convulsiones



ESCALAS PRIMARIAS

- Gravemente a No comprometido
- Desviación grave a Sin desviación del rango normal
- Inadecuado a Completamente adecuado
- Mayor de 10 a Ninguno
- Ninguno a Extenso
- Nunca positivo a Siempre positivo
- Muy débil a Muy intenso
- Nunca demostrado a siempre demostrado
- Grave a Ninguno
- Escasa a Excelente
- No del todo satisfecho a Completamente satisfecho

COMBINACIÓN DE ESCALAS

- Gravemente Comprometido a no comprometido y Grave a Ninguno
- Desviación Grave del Rango Normal a Sin desviación del rango normal y Grave a Ninguno
- Ninguno a Extenso y Extenso a Ninguno
- Nunca Demostrado a Siempre Demostrado y Siempre Demostrado a Nunca Demostrado
- Grave a Ninguno y Gravemente Comprometido a No Comprometido

PUNTUACIÓN DIANA DEL RESULTADO

Permite establecer un objetivo para un paciente en relación a la escala de resultado NOC utilizando 2 opciones:

Mantener a _____ Aumentar a _____

COMPARAR CON LA PERSONA DE REFERENCIA

- Individuos Sanos
- Mismo sexo
- Misma edad
- Implica que todos los pacientes no poseen el potencial de llegar a "5"

ESCALAS UTILIZADAS PARA RESISTENCIA

Escala (a)	y	Escala (n)
1 Gravemente comprometido		Grave
2 Sustancialmente comprometido		Sustancial
3 Moderadamente comprometido		Moderado
4 Levemente comprometido		Leve
5 No comprometido		Ninguno



Endurance-0001

Domain-Functional Health (I)

Class-Energy Maintenance (A)

Scales-Severely compromised to Not compromised (a) and Severe to None (n)

Care Recipient:

Data Source:

DEFINITION: Capacity to sustain activity

OUTCOMETARGET RATING: Maintain at _____ Increase to _____

	Severely compromised	Substantially compromised	Moderately compromised	Mildly compromised	Not compromised	
ENDURANCE						
OVERALL RATING	1	2	3	4	5	
INDICATORS:						
000101 Performance of usual routine	1	2	3	4	5	NA
000102 Activity	1	2	3	4	5	NA
000103 Rested appearance	1	2	3	4	5	NA
000104 Concentration	1	2	3	4	5	NA
000105 Interest in surroundings	1	2	3	4	5	NA
000106 Muscle endurance	1	2	3	4	5	NA
000107 Eating pattern	1	2	3	4	5	NA
000108 Libido	1	2	3	4	5	NA
000109 Energy restored after rest	1	2	3	4	5	NA
000112 Blood oxygen level	1	2	3	4	5	NA
000113 Hemoglobin	1	2	3	4	5	NA
000114 Hematocrit	1	2	3	4	5	NA
000115 Blood glucose	1	2	3	4	5	NA
000116 Serum electrolytes	1	2	3	4	5	NA
	Severe	Substantial	Moderate	Mild	None	
000110 Exhaustion	1	2	3	4	5	NA
000111 Lethargy	1	2	3	4	5	NA
000118 Fatigue	1	2	3	4	5	NA

ESCALAS RETIRADAS

- Dependiente, No participa – Completamente Independiente
- Sin movimiento a Movimiento Completo
- Ninguno a de Magnitud muy Grande
- Ninguno a Completo
- Sin Evidencia a Amplios Indicios
- Muy Retrasado a No hay Retraso Respecto al Límite Esperado

LOS SIETE RESULTADOS ESTRELLA EN GERONTOLOGÍA

- Estado Nutricional
- Salud bucal
- Estado Nutricional: Energía
- Estado Nutricional: Ingestión alimentaria y de Líquidos
- Eliminación Urinaria
- Conducta de seguridad: Prevención de caídas
- Estado de los Signos Vitales

TOP 8 – MÉDICO-QUIRÚRGICA

- Estado Signos Vitales
- Autocuidado: Uso del inodoro





- Estado Nutricional: Ingestión alimentaria y de líquidos
- Conocimiento: Medicación
- Sueño
- Equilibrio
- Ambulación: Caminata
- Estado de envejecimiento físico

TRABAJO DE RELACIÓN

- Revisión de NIC & NOC
- Resultados adicionales añadidos para los Diagnósticos NANDA
- Nuevos estudios de caso
- 1ª Edición 2001
- 2ª Edición 2006

RESULTADOS DE LA PRUEBA A LA PRÁCTICA

- Mejor comprensión de las cuestiones
- Confianza que los resultados pueden medir el cambio
- Perspectiva que el resultado real es el cambio en el estado (necesidad de 2 medidas)
- Identificación de las necesidades de aprendizaje en el uso de NOC y la toma de decisiones clínicas

Centro para la clasificación y la efectividad en enfermería

407 Nursing Building

The University of Iowa

Iowa City, Iowa 52242 USA

319-335-7051

<http://www.nursing.uiowa.edu/centers/cncce>





USO DE LAS TAXONOMÍAS EN LAS APLICACIONES INFORMÁTICAS. APLICACIÓN GACELA

Alicia Sánchez Linares

Enfermera de Gestión de Cuidados y Soporte Metodológico del Hospital
San Pablo de Barcelona

El Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, es un hospital universitario, de referencia en algunas especialidades y a la vez hospital comunitario que atiende una población de 400.000 habitantes. Dispone en estos momentos de 553 camas de hospitalización convencional. En la actualidad esta en construcción un nuevo edificio adaptado a las necesidades actuales con la previsión de finalizar las obras en 2007.

Independientemente de los cambios estructurales el hospital ha mantenido durante su trayectoria un espíritu innovador. En relación a cuidados de enfermería se ha considerado en múltiples ocasiones como pionero en diversos aspectos y tradicionalmente se ha definido la enfermería del hospital como “esencialmente cuidadora”.

En 1998 la Dirección de Enfermería centró sus objetivos en conjugar la esencia cuidadora con la profesionalización.

Remontándonos a los antecedentes, en 1995 se seguía el Proceso de Atención de enfermería, pero cabe señalar que el conocimiento, habilidades y actitudes respecto al mismo no era uniforme entre las enfermeras (profesionales con diferentes planes de estudios).

A pesar de ello la documentación de enfermería, seguía en cierta medida las etapas del mismo. La formulación del plan de cuidados no se realizaba en todos los pacientes, el lenguaje para formular los problemas no era normalizado y dependía de los conocimientos de cada enfermera.

Por ello en 1998 la Dirección de enfermería planteó el Proyecto “Plan de cuidados” contemplando diferentes líneas a seguir.

- 1.- Definición del Modelo en que se basarían los cuidados,
- 2.- Seguimiento del Proceso de Atención de Enfermería.

Se concretó un modelo de necesidades y se formó a todas las enfermeras del hospital en el Modelo de Virginia Henderson y en metodología: Proceso de Atención de Enfermería

3.- Protocolización de los cuidados. Después de la formación se crearon grupos de trabajo en la distintas unidades para iniciar el proceso de protocolización de los cuidados con la finalidad de disminuir la variabilidad de la práctica.

4.- Revisión del formato y contenido de la documentación enfermería.

El cambio más importante en la documentación fue la implantación de los planes de cuidados estandarizados, realizándose 56 planes de cuidados estandarizados. Se mantuvieron el resto de registros existentes

Todas estas líneas dirigían la mirada hacia una etapa final que sería la implantación de un sistema de registro de cuidados informatizado.



En Junio 2002 se planteó la selección del producto y se inició la fase de preimplantación.

SELECCIÓN DEL PRODUCTO:

Software: En el hospital no se contemplaba el desarrollo propio de productos informáticos, por lo que se estudiaron los productos comerciales que dieran respuesta a los requerimientos de enfermería que eran: El producto permitiría seguir las etapas del Proceso de atención de enfermería, seguiría el modelo de cuidados adoptado, incluiría diagnósticos de enfermería y permitiría abordar el rol autónomo y de colaboración (modelo bifocal). Se seleccionó el producto Gacela. (Gestión Asistencial Cuidados Enfermería Línea Abierta)

Hardware: Debido a la estructura de las unidades de hospitalización y la dinámica de trabajo habitual que siguen las enfermeras en el hospital, en la que utilizan un carro “a pie de cama” con todo el material necesario para atender al paciente, incluidos los registros de cuidados, se optó por disponer un PC portátil en el carro de cada enfermera en presencia física y un PC fijo en el control de enfermería con una impresora. Con sistema de conexión inalámbrica por radio-frecuencia a la red del hospital.

FASE DE PREIMPLANTACIÓN: Se validó la base de conocimientos que ofrecía la aplicación y se realizó su adaptación a las necesidades del hospital incluyéndose 94 diagnósticos de enfermería, 347 signos y síntomas, 302 factores de relación, 83 complicaciones potenciales y 355 objetivos y 836 acciones asociadas a diagnósticos y complicaciones. Se incluyeron 94 planes de cuidados estandarizados de los procesos más prevalentes atendidos en las distintas unidades, 49 planes de cuidados directos y se diseñó una ficha de valoración del paciente específica para cada unidad.

Igualmente se realizaron Recomendaciones al alta específicas para cada proceso y 2 plantillas de Informes de Alta.

Se realizó la formación en el manejo de la aplicación a 610 enfermeras y 403 auxiliares con un mes de anticipación a la fecha prevista de implantación en la unidad correspondiente

IMPLANTACIÓN: Se inició en Enero 2003 y finalizó en Junio de 2004. Total de 24 unidades (553 camas)

APLICACIÓN GACELA: Cabe destacar que ha permitido cubrir los requerimientos que en su momento planteamos.

En primer lugar el uso de una taxonomía diagnóstica ya que en la aplicación los diagnósticos de enfermería están planteados con etiqueta diagnóstica NANDA

Y en segundo lugar y fundamental, aplicar en la práctica metodología enfermera.



¿QUÉ SE HA ALCANZADO CON LA UTILIZACIÓN DE LAS TECNOLOGÍAS: INFORMATIZACIÓN DE LOS REGISTROS?

- El 99% de los pacientes tiene formulado un Plan de cuidados
- Del papel al ordenador ha sido un reto para una generación de enfermeras cuya formación profesional no incluía el dominio de herramientas informáticas. A pesar de ello al finalizar la implantación el 85% de las enfermeras manifestaron que no desearían volver a utilizar el registro en papel
- Pero el reto principal ha sido el cambio conceptual del trabajo, hemos pasado del conocimiento teórico de una taxonomía y una metodología a su aplicación práctica en la totalidad de pacientes.

El hecho de trabajar con un método conlleva formular un plan de cuidados con la definición de los problemas específicos que presenta cada una de las personas a quien van dirigidos los cuidados, los objetivos que se pretende que alcance y a evaluar el impacto que tienen nuestras intervenciones.

Si bien las enfermeras en ocasiones han expresado que el seguimiento metodológico ha representado un incremento en la intensidad del trabajo, ya que se utiliza más tiempo en la cumplimentación de los registros, el sentimiento general es positivo y en una encuesta realizada después de la implantación, el 63% de las enfermeras expresaron que le resultaba más fácil realizar y seguir el plan de cuidados con la aplicación y que apreciaban el sentido y valor de los registros para realizar y evaluar los cuidados.

- En nuestro caso además ha supuesto una coexistencia de estandarización e individualización de cuidados (aspecto importante a tener en cuenta cuando las estancias medias son cada vez más bajas).
- De manera indirecta la informatización del plan de cuidados ha potenciado el trabajo en equipo, centrándose en el paciente. La enfermera planifica los cuidados pero Enfermera y auxiliar han de trabajar con un objetivo común.

El registro informatizado también ha favorecido el trabajo multidisciplinario. (médicos, consultores farmacéuticos, dietistas, fisioterapeutas, matronas,...)

- El 73% de las enfermeras manifestaron estar satisfechas por haber participado en el proyecto de informatización y el 84% consideran a pesar de las dificultades los cambios son necesarios para avanzar
- En la actualidad 2006 podemos decir que existe una integración de la informatización en todas las unidades de hospitalización en la práctica diaria

RETOS PARA EL FUTURO

Las enfermeras en la práctica expresan sus necesidades. Su prioridad en estos momentos es solicitar cambios funcionales. Entre ellos:

La introducción de datos desde una única pantalla indiferentemente que estos datos sean mostrados posteriormente en formato gráfico, tabla, balance o texto.

Poder seleccionar conjuntos de datos según unidad, proceso o tipología de cuidados



Realizar el plan de cuidados y modificarlo desde una única pantalla

Eliminación automática del diagnóstico, los factores relacionados y los signos y síntomas en el plan de cuidados, cuando la enfermera señale que se han alcanzado los objetivos o resultados esperados.

Planificación y confirmación de intervenciones realizadas, en una única pantalla.

Un cambio de turno o resumen de datos a transferir, basado en el plan de cuidados y la situación del paciente en un momento concreto.

El equipo coordinador del proyecto se suma a estos cambios y plantea:

Incluir Taxonomía NIC y NOC, además de NANDA

Poder evaluar de manera automática datos cuantitativos y cualitativos. ¿Qué tipo y cantidad de intervenciones realizamos?. ¿Qué impacto producen? ¿Cuales han sido efectivas?. ¿Cual es el coste?

Poder realizar explotaciones de datos de manera sistemática para conocer si los cuidados que realizamos en los procesos más prevalentes han sido efectivos o debemos modificarlos con la visión de revisar y realizar prototipos de cuidados ante procesos o situaciones específicas.

Monitorizar resultados de cuidados.

Comparar los resultados de cuidados con otros profesionales sabiendo que estamos hablando de lo mismo es decir a partir de un “lenguaje común”

En este momento y como reflexión el reto está en realizar cuidados de calidad, conjugando la esencia cuidadora con la profesionalización. Todo ello mediante el uso de tecnologías basadas en metodología enfermera, taxonomías y que respondan a las necesidades de la práctica.

Práctica sometida a continuos cambios. Cada vez se realizan procedimientos menos invasivos, las estancias son más cortas, pero a la vez aumenta el promedio de edad de los pacientes, estos presentan importante comorbilidad, todo ello supone una mayor dependencia, aumento de requerimiento de cuidados y también una solicitud constante de reducción de costes de los mismos.

Podemos decir que hemos iniciado el camino y no es concebible el retorno.



PLANES DE CUIDADOS EN OMI-AP

José Luis Arejula Torres

Responsable de Informatización Clínica Área 9 Atención Primaria.
Servicio Madrileño de Salud

En el desarrollo de un SIS Enfermería de Planes de cuidados debemos tener en cuenta varios aspectos vitales en la configuración de sus elementos.

Deberemos responder a elementos conceptuales que condicionaran la funcionalidad, el ámbito de aplicación y su despliegue.

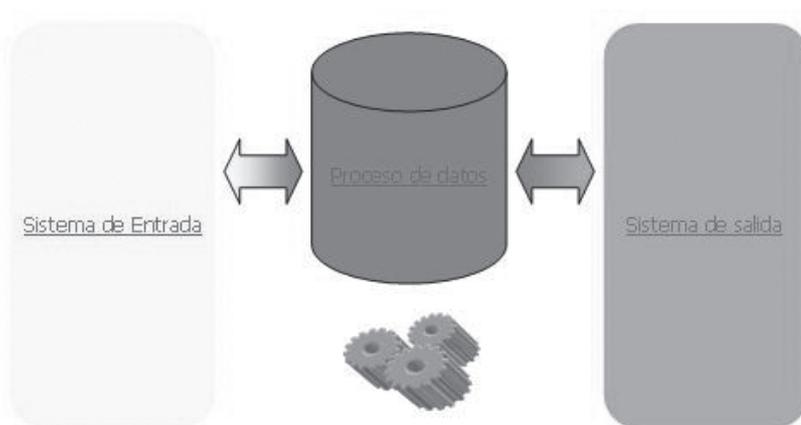
- ¿Qué lenguajes van a integrarse?
- ¿A qué nivel se van a desarrollar?
- ¿Integraran todas las fases del proceso enfermero?
- ¿Existirán planes estandar?
- ¿Sistematizarán las decisiones clínicas?
- ¿Existirá un Sistema de información diseñado desde el inicio?

Estas y otras preguntas determinaran como deberá ser la arquitectura interna del programa, sus funcionalidades y lo que probablemente sea más decisivo: los valores en los que se fundamenta.

Las aplicaciones de un SIS de Planes de cuidados enfermeros deben contemplar todos los elementos del sistema:

Elementos SIS Enfermería

- Un sistema de entrada
- Un sistema de proceso de datos
- Un sistema de salida





Características del producto OMIap V.6:

Sistema de entrada

- Integrado en la HCI del usuario
- Contempla todas las fases del proceso enfermero
- Integración completa de los lenguajes estandarizados (NANDA-NOC-NIC):
- Información contextual (definiciones) de todos los elementos.

- Valoración:
 - o Estructuración por patrones funcionales de Gordon.
 - o Diseñables según lógica de recogida de datos.
 - o Adaptables en forma y diseño a las necesidades en la recogida de datos en distintos ámbitos.
 - o Valoraciones generales – valoraciones focalizadas.
 - o Personalización automática de la valoración por rango de edades.
 - o Historial de valoraciones.
 - o Resultados de los juicios clínicos de la valoración en cada patrón.
 - o Cruce interno de tablas, ausencia de duplicación de datos.
 - o Visualización de últimos registros realizados.
 - o Consulta plana de datos de valoración.

- Diagnóstico:
 - o Elemento clave del desarrollo del plan de cuidados
 - o Integrados Características definitorias y Factores de relación o de riesgo.
 - o Método deductivo/inductivo de formulación diagnóstica
 - o Sugerencia diagnóstica a partir de los datos de valoración.

- Resultados:
 - o Integrada evaluación de resultados e indicadores NOC
 - o Jerarquización de NOC por Diagnósticos
 - o Buscadores NOC por palabra clave
 - o Temporalización del objetivo a alcanzar en la puntuación NOC
 - o Visualización por colores de Planes con resultados con evolución positiva-negativa.

- Intervenciones
 - o Integrada Intervenciones y actividades NIC
 - o Jerarquización de NIC por Diagnósticos
 - o Buscadores NIC por palabra clave
 - o Comentarios en intervenciones
 - o Intervenciones no asociadas a diagnóstico (interdependientes)



Proceso de datos:

- Planes estandar con desagregación hasta nivel de profesional
- Retroalimentación del sistema de entrada por motor interno: Planes sistematizados
 - o Propuestas del sistema en función de las decisiones clínicas del profesional.
 - o Sugerencia diagnóstica a partir de los datos de valoración
 - o Filtro de NOC y NIC en función del DE
 - o Filtro de NOC en función de DE+FR
 - o Filtro de Indicadores en función de DE+FR+NOC
 - o Filtro de Actividades en función de DE+NOC+NIC
 - o Posibilidad de desactivación de filtros en todos los componentes.
 - o Motor disponible y actualizable a nivel de centro.

Sistema de salida

A nivel de usuario:

- Sistema de información de diagnósticos realizados
- Frecuencias de realización de todos los componentes del plan
- Posibilidad de creación de modelos de Indicadores relacionando Datos clínicos y DE.

A nivel central (SQL Sobre Base de Datos)

- Indicadores a medida

CONCLUSIONES

Los SIS en Enfermería generan beneficios en todos los actores y ámbitos del proceso:

- Usuarios
 - o En cuanto a la mejora de los problemas de autocuidado.
 - o Conocimiento de la efectividad de resolución de su problema.
 - o Consultas profesionales.
 - o Continuidad asistencial
- Profesionales
 - o Mejora de la reflexión sobre los casos para el crecimiento y el aprendizaje.
 - o Disponibilidad de la información.
 - o Retroalimentación.
 - o Autonomía en el ámbito clínico
 - o Comunicación entre enfermeras y entre niveles asistenciales
- Gestores
 - o Medición de tiempos y cargas de trabajo.
 - o Cuadros de mando específicos en cuidados de enfermería.
 - o Mejora de los procesos resolutivos.
 - o Aumento de la efectividad de los cuidados.



LA HERRAMIENTA INFORMÁTICA PARA LA GESTIÓN DE LOS CUIDADOS EN ANDALUCÍA: DIRAYA

Francisco Javier Pérez Cabeza

Enfermero de Enlace del Centro de Salud Bahía de Cádiz

INTRODUCCIÓN

El avance de las nuevas tecnologías en este siglo es un hecho que está generando cambios acelerados en nuestra forma de entender el mundo que nos rodea. El acceso a la información, de manera inmediata con un grado alto de fiabilidad y sin precisar en muchas ocasiones complejos conocimientos cibernéticos, nos abre un abanico e posibilidades tremendas para generar y generalizar el conocimiento.

Esta nueva cultura “globalizada” debe ser aprovechada con el fin de posibilitar un crecimiento de otras disciplinas que pueden evolucionar con mayor rapidez gracias a áreas como la informática y la cibernautica.

Pero indiscutiblemente estas prodigiosas tecnologías no deben condicionar el avance de las otras ciencias, sino ponerse al servicio de las mismas sirviendo de herramienta que catapulte su desarrollo.

La enfermería no es, ni debe ser ajena a esta situación esbozada, y por tanto es de vital importancia que su crecimiento como ciencia, espectacular en los últimos años, se vea exponencialmente multiplicado con ayuda de herramientas informáticas útiles y adecuadas a su complejidad como disciplina.

Es en este sentido, asumir el reto de aplicar la informática al trabajo enfermero, en el que la Dirección Regional de Innovación y Cuidados del Servicio Andaluz de Salud, ha realizado una fortísima apuesta cuyo resultado sea la disponibilidad por parte de cualquier enfermero del SSPA de una herramienta informática donde pueda desarrollar su metodología de trabajo propia.

El módulo de cuidados de la Aplicación Diraya es esa herramienta que permite registrar la valoración enfermera en base a Patrones Funcionales o Necesidades Básicas ayudándose de test, escalas e índices validados, emitir diagnósticos enfermeros con la taxonomía NANDA, y elaborar planes de cuidados utilizando NOC esperadas y elegir intervenciones NIC y las actividades concretas para su ejecución. Es decir Diraya nos permite plasmar en la historia de salud de un ciudadano el Proceso de Atención Enfermera que reglará los



cuidados que su enfermera indica.

Indiscutiblemente la aplicación es mejorable pero el salto cualitativo que se ha dado es tan grande, que es posible que por fin se hay iniciado un camino sin retorno hacia una práctica enfermera basada en su propia metodología, de proporciones históricas. La existencia en la herramienta de trabajo habitual de la enfermera, de un módulo de cuidados, pone la base fundamental para el desarrollo y mejora de la atención enfermera, ya que es un modo de invitar al enfermero a plasmar con la metodología correcta los cuidados que se prestan al ciudadano.

El manejo diario del módulo de cuidados de Diraya genera además un crecimiento profesional importante, ya que comienza a generarse una visión crítica positiva, que alimenta disquisiciones sobre cual será el DxE más correcto en cada situación, que NOC será la más predictiva y cuales las intervenciones más eficientes ante cada problema.

Por tanto se lleva a la práctica diaria la discusión científica, saliendo esta de los centros de estudio y pensamiento, y pasando a ser parte de la cotidianidad del enfermero asistencial, lo cual va a enriquecer y hacer crecer la profesión de manera evidente.

El modulo de cuidados de Diraya genera un compromiso de la enfermera ya que cuando se registra el plan de cuidados en la historia de salud del ciudadano se están plasmando los problemas de cuidados detectados y las soluciones propuestas a los mismos, por lo que se está pactando con la persona que se atiende el trabajo a realizar. De ahí que no quede en un mero ejercicio teórico sino que obliga a usarlo con sentido de la responsabilidad y con un grado de conocimiento de la metodología enfermera suficiente para garantizar una buena praxis.

¿QUÉ ES DIRAYA?

La creación de Historias electrónicas que sean capaces de dar respuesta a los tres elementos implicados en el proceso de atención sanitaria: ciudadano, profesionales y administración, se ha convertido en uno de los caballos de batalla fundamentales para conseguir modernizar y optimizar los servicios de salud, y en ese sentido el Servicio Andaluz de Salud ha realizado una gran apuesta con la puesta en marcha de la aplicación Diraya (Conocimiento).

Las experiencias previas puestas en marcha revelaban una serie de fallas importantes como la imposibilidad de una explotación de datos eficientes, la migración de datos a otras aplicaciones más modernas, y la estanqueidad del trabajo en los centros, la falta de globalidad.



Diraya tiene entre sus finalidades principales superar estos dos grandes obstáculos. Así por un lado integra toda la información sanitaria del ciudadano en una Historia Digital de Salud Única, a disposición de cualquier profesional sanitario que vaya a atender a la persona, y en cualquier centro donde sea atendido en Andalucía. Esta información clínica por tanto pasa a ser compartida, y enriquecida con cada una de las atenciones conformando una historia del paciente verdadera donde constarán todos los episodios de contacto con el SSPA, garantizando de manera definitiva la tan ansiada continuidad asistencial.

El otro gran problema de globalidad queda superado con la idea de estar conectados en una intranet corporativa, que permite un manejo de la información fiable, comparable y por tanto explotable para la toma de decisiones. Se minimizan los tiempos en la gestión de los datos y los problemas derivados de las diferentes interpretaciones. Se convierte en una herramienta potentísima para la gestión y posibilita la adopción de medidas correctoras, si procede, incidiendo por tanto en una mejora global de los servicios que se prestan.

Lógicamente y de manera inherente a su propio diseño el enriquecimiento del uso común por parte de diferentes y diversos profesionales genera un conocimiento mayor, y el resultado del mismo también es tenido en cuenta por la Organización, quedando en propiedad pública ese producto final.

La unificación de la herramienta de trabajo va redundando en la homogenización de la atención, lo cual es muy importante, y los profesionales mejoran su grado de comunicación y capacidad de adaptación a diferentes entornos laborales.

Como ya se comentó antes por tanto el ciudadano, verdadero eje central del sistema sanitario, es el principal beneficiado con esta nueva herramienta.

Los profesionales al fin disponemos de una herramienta común, única, que permite la interconexión entre niveles asistenciales y diferentes profesionales, generando indiscutiblemente ventajas a la hora de desarrollar nuestra labor asistencial.

Los gestores pueden tomar las decisiones de manera más coherente, al tener un elemento de comparación real, y hablar de los mismos conceptos, que no son otros que los que guían la Historia de Salud única. Las posibilidades de la explotación de la información son enormes y con la garantía de ser homogénea. Además el caudal de información se acompaña de una generación de conocimiento tanto para la gestión clínica, como para la investigación.

Este marco general es aplicable a la enfermería como parte integrante del sistema sanitario, y que por primera vez dispone en la Historia de Salud de un módulo propio en el que registrar su trabajo y desarrollar planes de cuidados acordes a la metodología propia de su cuerpo de conocimientos como ciencia.

La aplicación Diraya tiene el objetivo de integrar toda la información sanitaria del ciudadano en una sola estructura y ponerla a disposición de todos los profesionales del sistema sanitario público de Andalucía para que los mismos puedan ir la enriqueciendo con



sus aportaciones y que estas redunden en una valiosa colección que sirva al ciudadano en última instancia para que su atención sea de mejor calidad.

Para esto el núcleo fundamental sobre el que pivota la aplicación Diraya es la Base de Datos Unificada (BDU) que aglutina todas las historias de salud individuales de los andaluces, y esta es accesible desde cualquier punto de la red informática de los centros sanitarios de Andalucía.

MODULO ENFERMERO.

Ante un proyecto de este calado y con las repercusiones en la atención sanitaria al ciudadano, la Dirección Regional de Desarrollo e Innovación en Cuidados del Servicio Andaluz de Salud realizó una fuerte apuesta por incluir un módulo enfermero específico y que de una vez permitiera a los enfermeros andaluces desarrollar sus cuidados acorde a la metodología científica propia de la enfermería, dotando así de rigor el trabajo, ya no solo realizado, sino registrado en la historia del ciudadano

Como todo el diraya, para el diseño del módulo enfermero también se conformó un grupo de profesionales que ejercían la enfermería en los dos niveles asistenciales: primaria y especializada en previsión de que esta herramienta será utilizada en ambos y por tanto el uso de la información y la recogida de la misma debe ser accesible para todos los enfermeros sin importar donde trabaje y sin perder de vista de que registramos sobre la Historia única del ciudadano.

El grupo además contaba con enfermeros asistenciales, enfermeros gestores a diferentes niveles, y enfermeros docentes. De este modo se enriqueció enormemente la construcción del módulo y se trataron de contemplar todas las perspectivas: utilidad práctica en la clínica, explotación de la información y rigor metodológico en su diseño.

Este grupo mantenía reuniones periódicas y trabajaba entre las mismas aspectos del diseño y propuestas a incluir en el módulo enfermero, que se iban remitiendo para su discusión y mejora. Los trabajos duraron en torno a un año hasta configurar la primera versión del módulo enfermero Diraya. Que discutieron los aspectos que debían contener y fueron conformando poco a poco y por consenso el módulo.

La primera decisión importante fue decidir que la estandarización del lenguaje enfermero era prioritaria, y por ello se optó por informatizar la taxonomía NANDA, NIC NOC que además de ser la más extendida, conocida y usada en Andalucía, permite su interrelación y esto tiene informativamente unas posibilidades también buenas para diseñar un buen módulo de cuidados.

El módulo enfermero de Diraya, como toda la aplicación en sí, es muy intuitivo y contempla todo el Proceso de Atención de Enfermería en su desarrollo, permitiendo a la enfermera registrar la valoración efectuada al paciente, emitir sus Diagnósticos enfermeros en formato PES, seleccionar los resultados esperados (NOC), y planificar intervenciones (NIC) al nivel de detalle de poder seleccionar el conjunto de actividades más conveniente en cada caso.



Permite registrar cada episodio en una hoja de seguimiento de consulta (HSC), desplegándose una pantalla donde además del motivo de consulta, nos permite hacer en texto libre un resumen de los datos de la valoración enfermera realizada más reseñable. Pero este texto por si mismo solo debe tener un valor informativo, ya que para registrar la valoración se poseen dos plantillas.

Estas plantillas permiten guiar la valoración bien por las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson o por los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon.

Ambas son las más utilizadas en el entorno del SSPA, y constan de un desglose de cada patrón o necesidad estructurado en preguntas y aspectos a valorar que el enfermero habrá recogido con el paciente y que después solo debe picar aquellos ítems que haya testado. El grupo de expertos que estaba encargado del diseño, se decidió por confeccionar estas plantillas como herramientas por defecto entendiendo que aquellos aspectos recogidos en los patrones y necesidades que no se “clicaban” se entendían como NO alterados.

Esta cuestión es importante tenerla clara a la hora de registrar la valoración en Diraya. De este modo se va conformando la valoración. Todos los apartados tienen un texto libre por si es necesario añadir aspectos que no están incluidos en la plantilla, puesto que la complejidad de las respuestas humanas y el sinfín de matices que hace de las personas seres únicos debe tener cabida en la valoración, pero sería casi imposible recogerlos de manera cerrada en una valoración estándar.

Como elementos de apoyo a la valoración y posterior ayuda se cargaron en la aplicación Diraya una batería de cuestionarios, test e índices con buenos niveles de validación y que ya estaban editados físicamente y venían apoyando las valoraciones que realizaban los enfermeros. Los test son elegidos por los enfermeros para reforzar aspectos de la valoración y una vez se van picando los ítems automáticamente emite el resultado del mismo y queda guardado en un cono que va archivando los test pasados para su consulta y para contratarlos, como elementos de evaluación, si se repiten en un futuro.

De la valoración recogida y de los test pasados se desprende la información para detectar los problemas de cuidados y es aquí donde se ha realizado uno de los mayores esfuerzos en el diseño del diraya: la interrelación.

La primera dificultad ha estado en correlacionar los Patrones funcionales y las Necesidades Básicas de modo que sea cual sea la herramienta de valoración que eligiera el enfermero, si detectaba las mismas alteraciones le indujeran a los mismos juicios clínicos y por tanto no existiera discrepancia diagnóstica condicionada por la valoración realizada. Este trabajo ha sido arduo y de especial complejidad, pero viene a resaltar que la valoración, si se realiza correctamente y en base a una visión integral del individuo no importa tanto la fórmula utilizada y nos debe resaltar de manera clara los problemas de cuidados.

Diraya como estamos comentando, una vez que se ha registrado la valoración sugiere unos Diagnósticos enfermeros con los datos recogidos y a la hora de picar en Planificación de cuidados se despliega una lista de Dx E NANDA para que el enfermero seleccione



el que entienda más acertado en esa situación.

Se cargaron en Diraya todas las etiquetas diagnósticas de la NANDA ordenadas por dominios y ligadas a las parrillas de valoración para generar esas interrelaciones. Tomar esta decisión además de generar problemas de diseño informático trajo consigo una fuerte apuesta por parte de la Dirección Regional de Desarrollo e Innovación en Cuidados del Servicio Andaluz de Salud, ya que hubo que realizar un desembolso económico importante para acceder a los derechos de uso de las taxonomías NANDA-NIC-NOC. Sin este respaldo institucional nada hubiera sido posible y Diraya no sería tal como lo conocemos actualmente.

La complejidad de realizar esta acción desde el punto de vista informática es enorme, pero al final se logró que la aplicación hiciera estas sugerencias diagnósticas. Pero es importante resaltar lo de sugerencias, ya que nos podemos encontrar con muchos diagnósticos propuestos, lo cual no quiere decir que todos deban estar presentes y ni mucho menos que todos tengan la misma importancia.

Llegado este punto es necesario resaltar nuevamente que el módulo de cuidados de Diraya es un herramienta y nunca sustituye al juicio enfermero y no se debe caer en la tentación de perder la capacidad crítica ante lo que nos plantea. La elección del diagnóstico correcto la hace la enfermera y es ella quien debe seleccionarlo en base a su conocimiento, a la visión de conjunto del caso y al factor humanos que basa nuestro trabajo. Al ordenador le es imposible contemplar, barajar y discernir cuales son las áreas de dependencia afectadas y por tanto no diagnosticará jamás y sugerirá todas las posibilidades posibles en función de lo recogido en la valoración. Además la priorización diagnóstica solo la puede la enfermera

Una vez más se pone la importancia de una buena valoración enfermera, imprescindible para hacer un buen diagnóstico y planificar certeramente los cuidados.

La enfermera tiene otra opción y es no tener en cuenta el listado de diagnósticos sugeridos y elegirlo directamente del árbol de diagnósticos NANDA que hemos comentado que el diraya tiene cargados y que se ordenan por sus dominios correspondientes. Puede seleccionar cuantos crea necesarios y con un doble clic se irán configurando en la pantalla de plan de cuidados a la que se accede por una pestaña en la parte superior de la pantalla. Además quedan almacenados en un histórico de diagnósticos de ese paciente. Conforme vamos avanzando en la planificación de cuidados se van activando unos iconos de colores en la parte superior derecha de la pantalla que nos van permitiendo ir ampliando el proceso. Antes dijimos que Diraya permite elaborar los diagnósticos en formato PES, y una vez elegida la etiqueta diagnóstica como se ha descrito se activan una E de etiología y una S de sintomatología y pulsando sobre ellas se despliega un campo libre para que podamos asociar a cada etiqueta los factores relacionados y las características definitorias que completan el diagnóstico.

Pueden ser tan variables en cada caso que se optó por dejar el campo libre para que en cada caso se anotara la que fuera pertinente.



El siguiente paso a realizar es la elección del resultado esperado y así para elegir la NOC más adecuada se pulsa sobre el icono con la letra O de objetivo expuesto en la pantalla del plan de cuidados. Con la misma filosofía de interrelación al picar los objetivos relacionados para un diagnóstico, diraya sugiere de entre una lista los más comúnmente usados. Esto también nace del consenso del grupo de enfermeros que realizó el diseño de Diraya. Si se quisiera elegir otro nos moveríamos por la lista para seleccionarlo.

Respecto a los NOC en esta primera fase no se han relacionado los indicadores de resultados, como sería de desear, pero la estabilidad del sistema informático en este momento hace desaconsejable complejizar este proceso. De todas formas es algo que terminará introduciéndose para completar los planes de cuidados. Se han incluido las NOC de más frecuente uso en nuestro medio por eso nos las encontraremos todas si nos proponemos buscar a través del árbol de objetivos.

Después el siguiente paso del proceso enfermero nos lleva a seleccionar intervenciones las cuales también son sugeridas en función de los diagnósticos emitidos y los objetivos marcados. Las intervenciones, al igual que los objetivos se van asociando al diagnóstico configurando el plan de cuidados. Una vez seleccionadas las intervenciones, bien las sugeridas, bien otras tomadas del catálogo presente en Diraya, se debe picar sobre las actividades que operativizan esas intervenciones y seleccionar las más adecuadas para el desarrollo de dicha intervención.

Las actividades se temporalizan marcando la fecha en las que son realizadas, y quedando presentes y ligadas al plan de cuidados en tanto en cuanto no sean llevadas a cabo. Esto es importante para la continuidad de los cuidados, ya que cada vez que se trabaje con el paciente, se deben tener presentes las actividades pendientes de hacer, las cuales se pueden consultar en una pestaña nombrada como Agenda de Actividades y que nos recuerdan el trabajo a realizar con el individuo.

En resumen los enfermeros andaluces nos encontramos ante una posibilidad inigualable de dar un impulso al desarrollo metodológico de nuestra profesión, y generar una gestión del conocimiento desde nuestro trabajo diario. Indiscutiblemente el módulo de cuidados Diraya tiene aspectos a mejorar y en gran medida es el rodaje de esta aplicación el que arrojará luz sobre sus sombras, la mejorará y estoy convencido de que nos dispondrá en el camino que nos lleve a desarrollar unos cuidados de calidad y con el rigor científico que nuestra profesión necesita.



INFORMATIZACIÓN DE TRAYECTORIAS CLÍNICAS EN UN CENTRO SOCIO SANITARIO

Antonio Ramos Sánchez
Supervisor de Enfermería y Coordinador del Proyecto de Trayectorias Clínicas de la Fundación Instituto San José. Madrid

1.- AMBITO DE TRABAJO.

La Fundación Instituto San José fue constituida por el Excelentísimo Sr. D. Diego Fernández Vallejo, Marqués de Vallejo, y por San Fray Benito Menni Figini, de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, en escritura pública autorizada por el Notario de Madrid, D. Pedro Menor y Bolívar en fecha 20 de Junio de 1899 y reconocida e inscrita como Fundación benéfica particular por Real Orden de 21 de Junio de 1899. En la actualidad se rige por la Ley 50/2002, de 26 de Diciembre, de Fundaciones.

La actividad de la Fundación se desarrolla en el complejo hospitalario de su propiedad. Desde su origen atiende a pacientes neurológicos (epilépticos) y la nueva Ley de Fundaciones ha permitido diversificar y obtener una mayor rentabilidad social de sus instalaciones.

Todos los programas de la Fundación se encuentran concertados con el Servicio Madrileño de Salud o con la Consejería de Familia y Asuntos Sociales. Por lo que respecta a su vertiente sanitaria incluye las unidades de Estado Vegetativo Permanente, de Cuidados Paliativos, de Convalecencia-Rehabilitación y parte de las de Neurología (epilepsia pluricomplejada) y la actividad ambulatoria de: Rehabilitación-Fisioterapia, Logopedia, Neurología y en el Gabinete de Neurofisiología. En la vertiente social se hallan Geriátría con perfil de Unidad de Larga Estancia-Residencia Asistida, parte de las plazas de Neurología (epilepsia pluricomplejada) y centros de día para discapacitados intelectuales, discapacitados físicos y para ancianos.

HOSPITALIZACIÓN:

- *Neurología: (40 SERMAS)* 99 Camas
- *Geriátría asistida: (concertada con Consejería de Familia y Asuntos Sociales)* 132 Camas
- *Cuidados Paliativos:* 31 Camas
- *Convalecencia y Rehabilitación:* 40 camas
- *Estado Vegetativo Permanente:* 18 camas

TOTAL: 320 camas



CENTROS
DE DÍA

- *Disminuidos Psíquicos gravemente afectados:* 15 plazas
- *Disminuidos Físicos gravemente afectados:* 34 plazas

ACTIVIDAD AMBULATORIA

- *Rehabilitación*
Rehabilitación física
Logopedia
Dislexia y Psicomotricidad (dificultades de aprendizaje)
- *Gabinete Neurofisiología*
Video E.E.G.
Electromiogramas
Polisomnogramas
Electroencefalogramas (convencional-basal, tras privación del sueño, siestas, registros vigilia-sueños)
Potenciales Evocados
- *Consultas Externas*
Neurología
Psicología
Rehabilitación
Logopedia

2.- INTRODUCCIÓN.

En el año 1999 bajo la dirección de Concepción Santos, directora de enfermería, y con la ayuda y asesoramiento de Francisca Robles (E.U.I. Sant Joan de Deu de Barcelona) iniciamos en la Fundación Instituto San José (en adelante F.I.S.J.) un proyecto sobre la estandarización de planes de cuidados de enfermería basados en la taxonomía NANDA, NIC y NOC.

Este proyecto en el que participaron prácticamente todos los enfermeros de la F.I.S.J., se fue desarrollando en varias etapas. En un primer estadio los esfuerzos se centraron en identificar los problemas de los pacientes que venían a ingresar a nuestro centro en las distintas áreas de hospitalización. De este modo, podíamos obtener una serie de pacientes “tipo” con unas características de ingreso determinadas.

Posteriormente, se concretaron las actuaciones a llevar a cabo con este tipo de pacientes identificados.

En una tercera etapa, se procedió a identificar los objetivos a lograr con este tipo de pacientes.

Una vez que teníamos identificados los problemas de los pacientes, las actuaciones que se llevaban a cabo con ellos y las metas a conseguir, se estandarizó todo bajo la nomenclatura NANDA-NIC-NOC. Es decir, los problemas pasaron a ser diagnósticos de enfermería, las actuaciones a ser intervenciones de enfermería y las metas a conseguir, objetivos.

En principio, ya teníamos los planes de cuidados de enfermería estandariza-



dos. Fue entonces cuando se pensó, y aquí es donde comienza el verdadero proyecto de creación e informatización de trayectorias clínicas, en extrapolar estos estándares al resto de profesionales que trabajan en la F.I.S.J. Acordamos que si uníamos todas las intervenciones de todos los profesionales que interactúan sobre un tipo de paciente determinado, con unos diagnósticos determinados, se podría obtener cual será la trayectoria clínica que a priori va a seguir ese paciente durante su ingreso en la F.I.S.J.

Para ello, y tras la creación de una comisión para gestionar todo el proceso, todos los profesionales excepto lo médicos han adaptado a sus respectivos ámbitos de trabajo la taxonomía NANDA-NIC-NOC. Los médicos por su parte, han creado su propio lenguaje estandarizado siguiendo la misma estructura, es decir, relacionando diagnósticos CIE9 con intervenciones y estas a su vez con actividades.

3.- CODIFICACIÓN.

Para informatizar el proyecto ha sido necesario crear múltiples tablas codificando todos y cada uno de los elementos que forman parte de una trayectoria clínica. Para diagnósticos, intervenciones y objetivos se han mantenido las codificaciones existentes.

Se han tenido que codificar áreas de ingreso, roles, escalas, criterios de inclusión, etc.

Las actividades han sido codificadas de manera independiente para no crear duplicidades. Posteriormente se han relacionado con aquellas intervenciones a las que pertenecen y se le ha añadido a cada una de ellas el rol encargado de realizarla. A estas actividades con rol se les ha asociado una serie de atributos como pueden ser; la posibilidad de llevar una pauta asociada, opción de registro en Hª clínica, posibilidad de generar un test, posibilidad de tener un protocolo asociado ya establecido en el centro o la opción de que sean actividades que se asocien a la realización de informes o formularios.

Al igual que las actividades, para no cometer duplicidades en los indicadores, éstos también han sido codificados de manera independiente y no arrastrando el código del objetivo al que pertenecen. Posteriormente se les ha ido asociando a los distintos objetivos con una codificación única. Por otra parte se han creado múltiples escalas de Licker objetivas y adaptando escalas reconocidas internacionalmente en la medida de lo posible.

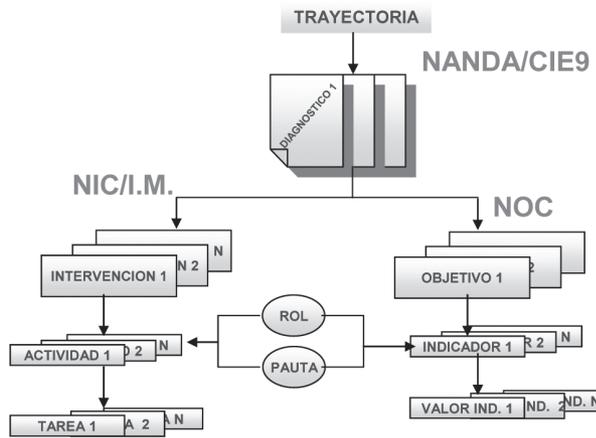
Una vez creadas, los códigos de las escalas se han relacionado con los códigos de los indicadores antes mencionados. El resultado implica que cada indicador de cada objetivo tiene su propia escala de Licker asociada y no una genérica para todos los indicadores de un mismo objetivo.

4.- CREACION DE TRAYECTORIAS MAESTRO.

A partir de los estudios mencionados con anterioridad, se han podido determinar 15 grupos significativos de pacientes en las distintas áreas de atención la F.I.S.J. Para estos 15 “pacientes tipo” se han creado otras tantas trayectorias maestras. La estructura



bajo la que operan estos “maestros” es la siguiente:



5.- PROCESO DE ASIGNACION DE TRAYECTORIA.

5.1.- VALORACIÓN INICIAL.

Para asignar una trayectoria a un paciente determinado utilizaremos una hoja de valoración inicial. Esta hoja estará compuesta por los indicadores de los objetivos relacionados con los diagnósticos de enfermería más prevalentes en cada área de ingreso.

Esta valoración inicial puede ser filtrada de diferentes formas para ayudarnos a determinar los diagnósticos del paciente de una forma rápida y sencilla. Se puede cribar por área de ingreso, con lo que se deduce que habrá pantallas de valoración diferentes según el área donde vaya a ingresar el paciente. Posteriormente se le puede pedir al sistema que sólo nos muestre los indicadores que consideramos más relevantes a la hora de realizar una valoración inicial. Un tercer paso consistiría en pedirle al sistema que de los indicadores resultantes del filtraje anterior, nos propusiera sólo aquellos que tienen la propiedad de validar diagnósticos, es decir, aquellos que coinciden con las características definitorias de los diagnósticos.

5.2.- PROPUESTA DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA.

Una vez configurada la pantalla que hará las veces de hoja de valoración inicial, se procede a la puntuación de los indicadores resultantes según cada escala de Licker asociada. En este punto se pueden diferenciar tres situaciones:

En la medida en que la puntuación de los indicadores según la escala de Licker correspondiente sea inferior a 5, el sistema nos ira proponiendo diagnósticos. Ya hemos comentado antes que los indicadores de la valoración coinciden con las características definitorias de los diagnósticos.

Por otro lado hemos relacionado diagnósticos reales con diagnósticos de riesgo.



Si la puntuación de los indicadores es igual a 5 y éstos son relativos a un diagnóstico real pero que lleva asociado un diagnóstico de riesgo, el sistema nos muestra los factores de riesgo pertenecientes a dicho diagnóstico. En el momento que le indicamos al sistema que el paciente tiene uno de esos factores de riesgo, nos propone el diagnóstico de riesgo correspondiente.

La última opción es que la puntuación de los indicadores se mantenga en 5 y que estos se refieran a diagnósticos reales que no llevan asociado diagnóstico de riesgo. El sistema no propondrá ningún diagnóstico.

5.3.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

Tras obtener el listado de problemas o de diagnósticos del paciente, los criterios de inclusión nos van ayudar a determinar la trayectoria clínica adecuada para ese paciente en concreto. Los criterios de inclusión varían en función del área de ingreso. Éstos pueden ser desde el resultado de un test hasta la edad o el diagnóstico médico.

5.4.- PROPUESTA DE TRAYECTORIA CLÍNICA POR PARTE DEL SISTEMA.

En función del listado de diagnósticos y de los resultados introducidos en la aplicación que provienen de los criterios de inclusión, el sistema nos va a proponer la trayectoria clínica maestra que porcentualmente más se asemeja a la valoración que acabamos de realizar.

6.- PERSONALIZACIÓN DE LA TRAYECTORIA CLÍNICA.

En este punto lo que se pretende es comparar la trayectoria resultante de la valoración con la estándar o maestra propuesta. Esta comparación se realiza a todos los niveles; diagnósticos, intervenciones, actividades y su pauta, objetivos e indicadores y su pauta.

7.- EJECUCIÓN DE LA TRAYECTORIA.

En la F.I.S.J. entendemos las trayectorias clínicas como un gestor de tareas. Podemos diferenciar dos entornos de trabajo informatizados que se retroalimentan. Un primer entorno situado virtualmente en un plano superior o de trabajo del profesional donde se llevan a cabo todas las tareas asistenciales del día a día y donde cada rol tiene una agenda de trabajo, y un segundo entorno, que es el de trayectorias clínicas, situado en un plano inferior y que es el que determina dicha agenda. Es decir, esta agenda de trabajo uniro se nutre de las actividades que llevan asociadas una pauta y de la toma de valores de los indicadores. Todo ello, según la trayectoria clínica asignada a cada paciente.

Tras la personalización de la trayectoria y su posterior activación, ésta comienza a enviar información de las tareas a realizar a las agendas de todos los roles que intervienen en la trayectoria de ese paciente en concreto.

En sentido contrario, el entorno de trayectorias clínicas recogerá la realización de las tareas y la toma de los valores de los indicadores por parte de los distintos roles.



8.- VALORACIÓN DE LOS INDICADORES.

A medida que la estancia del paciente en la F.I.S.J. avanza, se irán tomando los valores de los indicadores seleccionados según la periodicidad determinada en la trayectoria clínica. De esta forma, se podrá visualizar la evolución del paciente respecto a los distintos problemas con los que partía a su ingreso.

La evolución que sigan estos indicadores nos determinará el progreso de la trayectoria. Si los valores de los todos los indicadores de un objetivo relacionado con un diagnóstico determinado alcanzan el máximo nivel de salud, se habrá conseguido el objetivo marcado y el sistema, de forma automática y tras la autorización del responsable de la trayectoria de ese paciente, cierra las intervenciones planteadas para solucionar ese diagnóstico en concreto. Esto quiere decir que el entorno de trayectorias clínicas dejará de introducir tareas en las agendas de los distintos roles implicados en el diagnóstico y que estaban encaminadas a su resolución, puesto que éste ya ha sido solucionado. Pudiendo implementar entonces, intervenciones de vigilancia o de supervisión si se precisa.

Si la evolución de los valores de los indicadores no es la prevista, esto nos indicará la necesidad de realizar una nueva valoración de ese paciente (puede que la trayectoria asignada no sea la adecuada en alguno de sus niveles) o simplemente necesitamos añadir un plan adicional a la trayectoria clínica de base. Estos planes adicionales, que también están estandarizados, se añadirán a la trayectoria clínica del paciente ante la aparición de cualquier problema de entidad suficiente que surja durante el ingreso.

9.- CIERRE DE TRAYECTORIAS.

Se contemplan tres motivos por los cuales se puede cerrar una trayectoria clínica de un paciente.

- Por alta debida a mejoría o alta voluntaria.
- Por éxitus del paciente.
- Por cambio de trayectoria. Un paciente no puede tener más de una trayectoria clínica abierta de forma simultánea.

10.- CONCLUSIONES.

Los objetivos que nos planteamos alcanzar en la F.I.S.J. al implementar este sistema informatizado de trayectorias clínicas se pueden resumir de la siguiente manera:

- Disminuir la variabilidad en la práctica clínica y en los cuidados mediante la unificación de criterios entre los distintos profesionales.
- Aumentar la calidad en la atención a nuestros pacientes.
- Aumentar la coordinación entre profesionales dentro del trabajo transdisciplinar.
- Incrementar el número de actuaciones registradas.



- Aumentar nuestra capacidad de investigación.
 - Mejora en la organización del trabajo.
- Posibilidad de identificar cargas de trabajo.

o NANDA. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2003-2004.

Madrid: Elsevier;2003.

o McCloskey-Bulechek. Clasificación de intervenciones de enfermería. 3ª ed.

Madrid: Harcourt; 2001.

o Jonson-Maas-Moorhead. Clasificación de resultados de enfermería. 2ª ed.

Madrid: Harcourt; 2001.





LIDERAZGO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DE ENFERMERÍA

Professor Dickon Wier–Hughes, EdD, RN

FRRSH International and Membership Committees de la NANDA Chief Nurse.

Deputy Chief Executive The Royal Marsden Hospital. London

LIDIAR CON LA INVISIBILIDAD DE LA ENFERMERÍA ES UNA MOTIVACIÓN IMPORTANTE PARA EL DESARROLLO DE LOS LENGUAJES ENFERMEROS

“Los actos silenciosos de humanidad tienen mayor efecto sobre la curación que altas dosis de radiación y quimioterapia que ostentan la esperanza de cura”

(Schwartz, 1995)

Los compromisos profesionales humanos son frecuentemente privados; como tales, permanecen invisibles.

“Cuando me dijeron que tenía cáncer de pulmón y posiblemente un tiempo muy corto de vida, afortunadamente mi esposa estaba conmigo, ella, a la que amo con todo mi ser “

¿QUÉ TIENE QUE VER EL LIDERAZGO CON EL DESARROLLO DE LOS LENGUAJES ENFERMEROS?

- Como movimiento (de entusiastas del lenguaje), académicos y clínicos hemos tenido un espectacular fracaso en la implementación del lenguaje enfermero en la práctica clínica del día a día.

- Se podría discutir si esto es en parte debido a una falta de un liderazgo potente.

El motivador fundamental para la mayoría de los líderes enfermeros es mejorar el cuidado de nuestros pacientes y sus seres queridos.

Es útil señalar la explosión del interés internacional en el liderazgo durante los pasados veinte años.

El desarrollo y la implementación de los lenguajes enfermeros necesita actualmente beneficiarse del impulso que, en general, disfruta el liderazgo enfermero

En el sistema de salud hemos tenido tendencia a focalizar el liderazgo en:

- Cuidados focalizados en el paciente
- Mejora de la calidad
- Desarrollo de la práctica
- Participación en la política
- Participación del paciente
- Práctica basada en la evidencia



- El desarrollo del lenguaje enfermero participa en diversas de las anteriores categorías

REVISIÓN DE TEORÍAS DE LIDERAZGO RELEVANTES PARA ENFERMERÍA

- Liderazgo de Servicio
- Liderazgo Transformacional
- Liderazgo Situacional

LIDERAZGO Y “GESTIÓN DEL CAMBIO”

Rogers, E (1995) quien escribió “ Difusión de las innovaciones”, describe las personas como:

- Innovadoras
- Adoptadoras precoces
- Mayoría precoz
- Mayoría rezagada (escéptica)
- Rezagadas (Tradicional)

ASPECTOS DEL LIDERAZGO

Las siguientes habilidades de liderazgo son importantes en el contexto del desarrollo del lenguaje enfermero:

- Capacidad para desarrollar una visión
- Buena capacidad técnica
- Alta capacidad de influencia
- Capacidad para desarrollar seguidores
- Nivel apropiado de autoridad
- Tener confianza en las propias capacidades
- Capacidad apropiada para conseguir consensos
- Enfoque de gestión bien desarrollado
- Alto desarrollo de las habilidades de persuasión

PODER E INFLUENCIA: IMPORTANTE ENTENDER

- Entender la importancia de la posición versus el poder personal es clave para el éxito de muchos líderes que no son gestores en línea.
- Procurar pensar que el poder posicional y el poder personal son conceptos diferentes.

¿Qué poder de persuasión debería tener para conseguir que se realicen las cosas?

Ser más o menos empático, ¿le hace más o menos efectivo para liderar enfermeras?

Ser dominante, ¿le convierte en un buen o mal líder?



¿Los hombre dirigen y las mujeres nutren?

¿Sabe como manejar a su jefe?

'GESTIÓN' –ES UNA PALABRA FEA!

Pero... Para ser un líder enfermero eficiente necesita habilidades de gestión básicas exactamente iguales que las del mejor gestor/administrador profesional.

Su “caja de herramientas” de gestión debe contener: Habilidades para la sala de juntas, habilidades de presidencia, gestión de proyectos, habilidades presupuestarias, conceptos básicos en planificación de negocios y la habilidad para escribir una presentación para una audiencia empresarial (no tanto académica) y algunas habilidades para la gestión de recursos humanos

Disponer de estas habilidades les convertirán en un líder más eficiente

LA IMPORTANCIA DE LA PREPARACIÓN

Las habilidades de liderazgo son reconocidas como fundamentales en numerosos roles enfermeros, pero muy pocas enfermeras han recibido preparación como líderes.

La iniciativas de más éxito y los cambios en la práctica requieren un liderazgo visionario y avanzado. Una preparación adecuada puede ayudar a fijar esos atributos.

DESARROLLO DEL LIDERAZGO

Los programas de liderazgo varían en duración, tipo y orientación

Seminarios de liderazgo internacionalmente reconocidos. Como LEO “Liderar una organización poderosa” ofrecen una exposición rápida de aquello que es esencial en liderazgo mientras que programas con más profundización como el programa de liderazgo para el cáncer del Royal Marsden está diseñado para líderes profesionales.

“Ahora he empezado a aprender a tener paciencia, que es algo que no había tenido nunca en mi vida “

DESARROLLO DEL LIDERAZGO

El análisis de la efectividad del liderazgo o evaluaciones de 360° similares, son una manera excelente de conseguir un desarrollo focalizado en los participantes:

- Planificación de la acción
- Mentores
- Centrado en los participantes



- Reto y soporte en igual medida
- Aspirar a resultados positivos

*“Yo creo en los ángeles, pero en algún momento, el mío se perdió.
Ahora, él está encontrando su camino de regreso hacia mí.”*

¿QUE HACE UN LÍDER EXCEPCIONAL DIFERENTE DEL RESTO?
QUE SE APASIONA CON LO QUE HACE Y QUE REALMENTE LE IMPORTA

IMPLEMENTACIÓN: EL ÚLTIMO RETO AL LIDERAZGO, EL LENGUAJE ENFERMERO!
ALGUNAS INDICACIONES...

- Consiga el soporte de la dirección de enfermería
- Piense en escenarios del tipo “ganar-ganar”. ¿Porqué debería su jefe dar soporte a la introducción formal de los lenguajes enfermeros?
- Promueva el desarrollo de paladines y esté muy atento a la “gestión del cambio”
- Emita mensajes simples y consistentes
- Desarrolle programas educativos sistemáticos que proporcionen soporte a todos los niveles
- Desarrolle un programa completo y pactado
- Implíquese en NANDA-Internacional, ACENDIO, AENTDE o su organización Nacional
- Entienda todos los conceptos
- Celebre los avances en cada área clínica
- Colabore e informe al resto de las disciplinas, permitiéndoles entender los beneficios para ellos y para los pacientes

OPORTUNIDADES DE LIDERAZGO

- Existe un abanico de oportunidades de liderazgo; las oportunidades laborales en el área clínica son solo ejemplos.
- Liderazgo en investigación
- Liderazgo en educación
- Liderazgo de Asociaciones profesionales / Comunidades de Enfermeras (Como AENTDE, NANDA-I y ACENDIO)

“Mi marido también está aquí – Los dos tenemos cáncer. Nos sentamos uno junto al otro en las sesiones de quimioterapia. Pensé, esto nos está acercando un poco más.”

Professor Dickon Weir-Hughes, Chief Nurse/Deputy Chief Executive,
The Royal Marsden Hospital,
Fulham Road,
LONDON SW3 6JJ, U.K.

Tel: + 44 20 7808 2121
Fax: + 44 20 7808 2206
e-mail: dickon.weir-hughes@rmh.nhs.uk



LA GESTIÓN DE CUIDADOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

Maria Girbés Fontana

Directora de Enfermería Área 9 – INSALUD

1.- ENFERMERÍA EN LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA.

La llegada del nuevo modelo de Atención Primaria, exigió una modificación en la práctica de los profesionales médicos y enfermeros que integraban estos equipos.

Este cambio, estuvo precedido de cambios en la formación de estos profesionales. En el año 1981, salen las primeras promociones de la especialidad de medicina familiar y comunitaria, basada en los principios de la reforma: promoción, prevención, participación comunitaria... En ese mismo año se incorporan al mundo laboral, las primeras promociones de diplomados en enfermería. La antigua profesión de A.T.S. eminentemente práctica y basada en tareas y técnicas, es sustituida por una diplomatura universitaria con una formación más científica y global de los cuidados en todo el proceso de salud-enfermedad.

Pero no se crearon las especialidades de enfermería y así con la formación generalista recibida, una enfermera se incorporaba y se sigue incorporando por igual, a una unidad de Cuidados Intensivos o a una Consulta de Atención Primaria.

Si bien el cambio del modelo de Atención Primaria, permitió a enfermería el desarrollo de su rol autónomo, la organización no ha especificado claramente, cual es su papel específico, cuáles son sus responsabilidades ni como medir su contribución al equipo.

Y sin embargo para que el trabajo en equipo se produzca, es necesario que cada profesión realice su aportación distinta, valiosa y diferenciada. Por ello las enfermeras debe tener clara cual es su responsabilidad, cual es su misión, procedimientos y metodología de trabajo, porque esto es lo que le da un valor añadido al equipo. Queda en manos de los gestores de enfermería clarificarla.

2. EL CAMBIO

Derek Abell (1980) definió bajo tres ejes o dimensiones las cuestiones que una organización, empresa o profesión debe responder en la construcción de su misión:

- Que hace
- Como lo hace
- Para quien lo hace

Y explicitó que es muy difícil que una empresa, profesión o negocio progrese, si quiere modificar los tres ejes a la vez, por las dificultades que esto implica.



Sin embargo si analizamos los cambios que la enfermera de Atención Primaria han tenido que hacer en poco tiempo, nos encontramos que ha tenido que realizar cambios en:

Lo que hace. Recordar las actividades que realizaba una enfermera de ambulatorio: hacer recetas y demás tareas administrativas y realizar técnicas de apoyo al diagnóstico y tratamiento médico.

Cómo lo hace. Al cambiar lo que hace, hay necesidad de cambiar e incorporar nuevas metodologías que lo faciliten.

Para quien lo hace. Ha tenido que cambiar el cliente, este ha dejado de ser el médico y ha pasado a ser el usuario, la familia y la comunidad (colegios, asociaciones...).

Todo esto ha supuesto un cambio radical en el trabajo de la enfermería de Atención Primaria, cambios que consideramos históricos.

3. LA GESTIÓN DEL CAMBIO/ LA GESTIÓN DE LOS CUIDADOS

Para iniciar un proceso de cambio es imprescindible saber:

1. Donde estamos
2. Donde queremos ir

3.1 ¿Donde estamos?

Análisis de la situación e identificación de problemas

En un análisis de la situación de enfermería, efectuado en 1994 en el Área 9 de Atención Primaria de Madrid, realizada con la asesoría de un evaluador externo, se identificaron una serie de problemas que dificultaban el desempeño de su trabajo:

- Ambigüedad e indefinición en su rol
- Sensación de ineficacia por estar trabajando mayoritariamente con los mismos pacientes, los enfermos crónicos
- Dificultades en el manejo de la metodología de cuidados.
- Escasa accesibilidad de los pacientes a la enfermera, dado que su puerta de entrada era el médico.

En este estudio, se puso en evidencia, la gran variabilidad en la prestación de cuidados. Desde enfermeros cuyas actividades mayoritariamente tenían que ver con la realización de técnicas y controles de pacientes crónicos, a otros más pro activos que realizaban y ofertaban a su población otros tipos de cuidados: EpS, intervenciones en la comunidad...

Todavía hoy la variabilidad de prestación de cuidados es muy grande y depende del lugar



donde viva el paciente y del enfermero que le corresponda.

3.2 ¿Dónde queremos ir?

3.2.1 Definición de Misión, Valores y Procesos Asistenciales

La elaboración del **Marco Conceptual de Enfermería** del Área, permitió consensual entre los enfermeros de la Gerencia, la enfermería que queríamos, capaz de resolver los problemas de la población, e identificar algunos instrumentos que lo pudieran facilitar (proceso enfermero, proceso educativo..).

Posteriormente pudimos establecer de forma más directa **la Misión** (el fin social) y **los Valores**, comportamientos que queríamos potenciar en las enfermeras, y alguno tiempo después, identificar y describir los **Procesos Asistenciales** de los que debían hacerse cargo.

Definimos la misión y los valores de enfermería dentro de los equipos de Atención Primaria.

MISIÓN:

“La enfermería del Área 9 de Atención Primaria, tiene como misión fundamental, potenciar el autocuidado de la salud en individuos, familia y comunidad, en el continuo salud, enfermedad y en todos los estadios de desarrollo y maduración”.

“Consulta de Enfermería a Demanda”1996

VALORES:

Las enfermeras del Área 9 se distinguirán por estos comportamientos a los que damos valor:

- Calidad de su actuación mediante el desarrollo de la metodología de enfermería en todas sus fases.
- Aumentar las actuaciones independientes de enfermería que puedan proporcionar un valor añadido de salud a las consultas que realiza el usuario en el centro.
- Servicio al usuario mediante una organización y una actitud accesible, coordinada, exhaustiva y flexible.
- Actitud activa, sin esperar las derivaciones del médico, trabajando directamente con su población, revisando historias para citas, etc.

Jornadas de Enfermería Abril 1997

PROCESOS ASISTENCIALES

En marzo de 1998 durante la Jornada anual de objetivos con los responsables de enfermería del área, se creó un grupo de trabajo formado por cinco responsables de enfermería y coordinado por dos miembros de la Dirección.



Objetivos:

- 1.- Definir los procesos asistenciales de enfermería
- 2.- Definir niveles de intervención
- 3.- Definir criterios de inclusión para algunos de los servicios
- 4.- Integrar los procesos asistenciales de enfermería tanto en los servicios del equipo, como con los instrumentos metodológicos que se estaban utilizando:
 - Patrones funcionales de M. Gordon (como instrumento de valoración)
 - Taxonomía NANDA para los diagnósticos enfermeros
 - NOC y NIC para los resultados e intervenciones
 - Educación para la salud individual y/o grupal

Identificar los procesos asistenciales:

Para identificar los procesos asistenciales, se utilizaron varias fuentes: Las Normas Técnicas de la Cartera de Servicios de INSALUD, los Programas de Salud del Área, los diagnósticos de enfermería según la taxonomía NANDA y los motivos de consulta definidos previamente en el documento de Consulta de Enfermería a demanda, del área.

El fruto de este trabajo fue un listado con todos los procesos que considerábamos eran de enfermería, definiendo para cada uno un criterio de inclusión.

Este primer listado se clasificó basándose en los programas de salud. Esto es, niño, adolescente, mujer, anciano y adulto en general, a los que les añadimos tres categorías más, crónicos, inmovilizados y terminales.

Una primera dificultad que encontramos fue que este primer listado de procesos era muy largo (170 procesos) lo que dificultaba su difusión y comprensión. Al intentar agruparlos, constatamos que las enfermeras prestan unos servicios transversales a la población:

- pruebas diagnósticas y terapéuticas que necesita el paciente,
- actividades de prevención primaria y/o secundaria
- educación para la salud para la potenciación del autocuidado.

A esta agrupación la denominamos “Niveles de intervención enfermera”

Paralelamente a este trabajo, en Enero de 2000, la Subdirección Provincial de Atención Primaria de la Dirección Territorial del INSALUD en Madrid, encargó a los Directores de Enfermería de Atención Primaria, elaborar un documento de consenso sobre las actividades que debe realizar la enfermería de los equipos.

Este grupo de trabajo, definió 4 servicios marco, los tres primeros coincidían conceptualmente con los definidos en nuestra área, y añadió un cuarto nivel de intervención:

- Seguimiento y control de problemas de afrontamiento



Niveles de Intervención enfermera o Servicios Marco:

Definimos por tanto, 4 niveles de intervención enfermera, agrupando los servicios en cada nivel:

Nivel I: Procedimientos técnicos básicos:

En este nivel de intervención, la tarea del enfermero es la colaboración en el diagnóstico y tratamiento médico. El enfermero se centra en la correcta realización de una técnica, incluyendo la información que se da sobre la necesidad y adecuación de la misma, posibles efectos secundarios y/o cuidados.

Ejemplos de este nivel:

- Administración de medicamentos
- Detección precoz de enfermedades metabólicas
- Citologías
- Determinación del INR

Como apoyo a este nivel, tenemos una “Guía de técnicas y procedimientos de enfermería” que indica la realización correcta de cada técnica, orientada hacia el autocuidado.

Nivel II: Actividades preventivas:

En este nivel, se trata de realizar una serie de controles periódicos tanto a sanos (revisiones del niño sano, prevención cardiovascular...) como a pacientes crónicos (complicaciones potenciales C.P.) con el fin de evitar la aparición de un problema o detectarlo precozmente, incluye los consejos que se dan con igual fin.

Para la realización correcta de este nivel, aconsejamos la utilización:

En usuarios sanos:

- PAPPS (Programa de actividades preventivas)
- MAPPS (Actividades preventivas en la mujer, específico del área 9)
- Programa del niño (Área 9)

En usuarios enfermeros:

- Los diagnósticos interdependiente o duales (C. P.).

Ejemplos de este nivel son:

- Prevención de la gripe en personas de riesgo
- Prevención de embarazos no deseados
- Prevención de accidentes en el niño
- Prevención de complicaciones potenciales en personas con hipertensión

Nivel III: Promoción del Autocuidado

La tarea del enfermero es abordar y resolver problemas que son de su competencia y ayudar a la adaptación a un proceso a individuos y familias, facilitando su correcto afrontamiento. Para ello, identifica y trata las respuestas humanas.



Para la realización correcta de este nivel el enfermero ha de utilizar:

- El Proceso de Atención Enfermero (Gordon, NNN) e incorporar en el plan de cuidados el proceso educativo individual y/o grupal siempre que lo requiera.

Ejemplos de este nivel:

- Atención a problemas de lactancia materna
- Atención a personas con incontinencia urinaria
- Atención al consumidor de tabaco
- Atención a personas con dificultades en el manejo de fármaco.

Nivel IV: Seguimiento y control de problemas de afrontamiento y adaptación:

En este nivel se abordan problemas de alteraciones de la respuesta humana graves o complejas que requieren una metodología y un tiempo distinto y mayor que los anteriores.

En este tipo de servicios, la enfermera además de utilizar el proceso enfermero y el educativo, requiere de instrumentos que favorezcan la interrelación como:

- Relación de ayuda
- Terapia interpersonal (TIP) o similares.

Ejemplos de este nivel:

- Atención a padres con déficit en habilidades parentales
- Atención a mujeres con dificultades de adaptación al climaterio
- Atención a personas con procesos de duelo disfuncionales
- Atención a personas con dificultades de adaptación

Teniendo en cuenta el documento de trabajo de los Directores de enfermería de Madrid, introdujimos un nivel de intervención transversal: la VISITA DOMICILIARIA dado que aborda muchos de los procesos que se dan en los anteriores niveles, pero su coste en tiempo y la percepción del usuario es muy distinta.

Se diseñaron para cada nivel de intervención: “La misión”, “Las entrada” y “Los diagramas de flujo”. Pudiéndose visualizar a través de los flujogramas, la posibilidad de pasar de un nivel a otro. Ej: Un paciente, que acude a consulta de enfermería para ponerse un inyectable (nivel I) y la enfermera aprovecha para realizarle actividades preventivas (nivel II). Si al realizarle estas actividades se identifica un problemas que debe abordar el enfermero, pasaría al nivel III (promoción del autocuidado), y posteriormente al nivel IV (seguimiento y control de problemas de afrontamiento) dependiendo del tipo de problemas y de su afrontamiento.

Criterios de inclusión

Los criterios de inclusión definen, en el lenguaje utilizado por nuestra organización, los requisitos mínimos para que podamos afirmar que el servicio se esta dando.

Se definieron, siguiendo la terminología de la Cartera de Servicios del INSALUD, criterios



de inclusión similares para cada nivel de intervención, esto permite su identificación y medición.

4. INSTRUMENTOS DE GESTIÓN: MEDIR PARA MEJORAR

4.1 Priorización de procesos a medir:

A la hora de priorizar los procesos a medir, nos centramos, en primer lugar en el nivel III "Autocuidado" y IV "Seguimiento y control de los problemas de afrontamiento y adaptación", por ser los que daban razón de ser a nuestra misión (nivel III) y porque queríamos poner la mirada en los problemas de afrontamiento, ya que este tipo de problemas son los que generan los principales motivos de consulta en el área.

Dada la cantidad de procesos identificados, establecimos unos criterios de priorización:

- Procesos cuya entrada son diagnósticos enfermeros y por lo tanto son sensibles para su medición.
- Que no pudiéramos obtener información por otras fuentes.
- Que fueran importantes por su valor para la población, equipo, institución o profesión.

Para priorizar los diagnósticos de nivel III y IV se tuvo en cuenta la participación de los profesionales del área a través de la Comisión de Cuidados (formada por 30 profesionales de los equipos). También se diseñó un procedimiento para que cualquier profesional del área pudiera proponer un diagnóstico para su medición.

Se priorizaron 48 diagnósticos del nivel III y 50 del nivel IV

4.2 Adaptación informática para OMI

La aplicación de Historia Clínica Informatizada utilizada en Atención Primaria de Madrid es OMI-AP. En el área iniciamos el pilotaje de la versión 6 en el 2004 y que actualmente esta instaurada en todos los centros de salud, permite la informatización de los planes de cuidados con NANDA/ NOC Y NIC.

En el área se ha realizado una adaptación sobre la versión institucional, que facilita el registro y la medición de los procesos.

4.3 Diseño de los indicadores

Los indicadores, se definieron y diseñaron basándonos en los objetivos que se querían alcanzar:

4.3.1 Aumentar la extensión de los servicios enfermeros en población general

- **Indicadores:**
- Porcentaje de usuarios distintos valorados por P. Funcionales respecto a la población acreditada para Cartera de Servicios
- Total de diagnósticos enfermeros realizados
- Total de diagnósticos enfermeros realizados en el mes



- Porcentaje de usuarios distintos con algún plan (diagnóstico de enfermería) respecto a la población acreditada.

4.3.2 Aumentar la extensión de los servicios enfermeros en pacientes inmovilizados:

· Indicadores:

- Pacientes distintos inmovilizados con algún plan (diagnóstico)
- Porcentaje de pacientes distintos inmovilizados con algún plan (diagnóstico de enfermería) respecto a la cobertura acreditada del servicio de atención a inmovilizados en Cartera de Servicios.

4.3.3 Conocer los grupos de edad con mayor/menor incidencia de servicios de enfermería:

· Indicadores:

- Porcentaje de distribución de diagnósticos enfermeros realizados en cada grupo de edad

4.3.4 Aumentar los servicios de nivel III y IV

· Indicadores:

- Total de diagnósticos de Nivel III realizados
- Total diagnósticos de nivel III realizados en el mes
- Total de diagnósticos de Nivel IV realizados
- Total diagnósticos de nivel IV realizados en el mes.

4.3.5 Aumentar la utilización por los enfermeros, del módulo informático de cuidados

· Indicadores:

- Número de enfermeras que han realizado al menos 10 diagnósticos totales
- Número de enfermeras que han realizado al menos 6 diagnósticos totales al mes
- Número de enfermeras que han realizado al menos 4 diagnósticos de nivel IV
- Número de enfermeras que han realizado al menos 2 diagnósticos del nivel IV al mes.

4.3.6 Conocer los diagnósticos más frecuentes de nivel III y IV

· Indicadores:

- Listado de diagnósticos con frecuencia mayor de 10 de entre los priorizados de nivel III
- Listado de diagnósticos con frecuencia mayor de 10 de nivel IV

4.4 Remisión mensual de datos

Con la aplicación del área 9 sobre la historia clínica informatizada OMI-AP, se extraen unos informes que se remiten mensualmente a todos los miembros de la dirección asistencia y a todos los equipos del área. Estos informes contienen el seguimiento de los indicadores explicados anteriormente.

Con ello se pretende:

- Hacer visible la actividad de las enfermeras, sobre los procesos definidos y



priorizados.

- Posibilitar a la los responsables de enfermería la gestión de los cuidados que se están realizando en sus equipos sobre dichos procesos

5.- ALGUNOS RESULTADOS

Evaluación de los dos últimos años:

Indicadores	2004	2005
Total Usuarios distintos valorados por P. Funcionales	5894	13679
Total de Diagnósticos	3995	12442
Total de Diagnósticos incluidos en Nivel III	1163	5286
Total de Diagnósticos incluidos en Nivel IV	622	1502
% Pacientes inmovilizados con plan de cuidados realizado	11%	24%
% de enfermeros que realizan más de 10 diagnósticos	34%	65%
% de enfermeros que realizan más de 4 diag de nivel 4	16%	32%

Distribución de los diagnósticos por edades

Grupo Edad	Dx	%
40-64F	3128	25%
40-64M	1795	14%
20-39F	1498	12%
>75F	1098	9%
65-74F	1047	8%
20-39M	982	8%
65-74M	681	5%
0-14M	680	5%
0-14F	601	5%
>75M	450	4%
15-19F	255	2%
15-19M	180	1%
Total	12395	100%

Diagnósticos más frecuentes de nivel III priorizados

clave	Etiqueta	Dx
00082	Manejo efectivo régimen terapéutico	1301
00084	Conductas generadoras de salud (especificar)	745
00095	Deterioro del patrón de sueño	574
00078	Manejo inefectivo régimen terapéutico	571
00011	Estreñimiento	436



Diagnósticos más frecuentes nivel IV

clave	Etiqueta	Dx
00069	Afrontamiento inefectivo	201
00146	Ansiedad	186
00120	Baja autoestima situacional	155
00135	Duelo disfuncional	124
00061	Cansancio desempeño del rol de cuidador	103

6. CONCLUSIONES

6.1 Sobre los resultados:

Los resultados y la tendencia de los mismos nos parecen, a falta de elementos de comparación y teniendo en cuenta el tiempo de evolución y las resistencias al cambio, no solo prometedores, sino indicadores de unos profesionales preocupados y motivados por su mejora y la de su población.

6.2 Sobre el proceso:

Estos elementos de gestión nos han permitido:

- Definir el papel de la enfermera en Atención Primaria (rol poco claro en el análisis de situación). Esto nos permite una reorientación, si procede, de las responsabilidades de los enfermeros en el equipo, a la vez que nos es de ayuda para la selección de nuevos profesionales, dentro de las limitaciones de la organización.

- Establecer desde la Dirección, líneas de apoyo:

- Líneas de formación en:

- Metodología de cuidados
- Planes de cuidados informatizados (NNN). Nivel I y II
- Educación para la salud. Nivel I y II
- Herramientas psicosociales:
 - Relación de ayuda
 - TIP

- Líneas organizativas:

- Consulta de enfermería a demanda
- Autoevaluación de los procesos organizativos
- Agendas de calidad
- Gestión compartida de la demanda

- Línea de estandarización de Planes de Cuidados (NANDA/ NOC/ NIC) en:

- Protocolos:
 - Insuficiencia cardiaca
 - ACVA



- Deshabitación tabaquica
- Programas: del adulto, de la mujer (pendiente de realizar).
- Diagnósticos del nivel IV
- Diagnósticos seleccionados del Nivel III (pendiente de realizar)
- **Contar con un instrumento básico para el desarrollo de otros proyectos** teniendo en cuenta los niveles de intervención: “Gestión compartida de la demanda: Atención de enfermería a los pacientes sin cita”
- **Integración de las metodologías en los procesos:** Proceso de enfermería (NNN), EpS individual y/o grupal, Relación de ayuda, clarificando cuando es necesario la utilización de cada una de ellas.
- **Instaurar una línea de medición** para la mejora de los procesos que son responsabilidad de enfermería.
- **Poder hacer camino hacia la evidencia de los cuidados que realizamos:** conociendo de cada diagnóstico, cuales son los factores de relación y las características definitorias más frecuentes, que resultados son los más utilizados (NOC) y con que intervenciones conseguimos mejorarlos (NIC).

7.- BIBLIOGRAFÍA

1. Plan de mejora metodológica en enfermería: Análisis de la situación. Ester Gil. Área 9 de Atención Primaria. INSALUD-Madrid. 1994
2. Marco conceptual de enfermería. Área 9 Atención Primaria. INSALUD Madrid. 1996
3. Consulta de Enfermería a Demanda. Área 9 Atención Primaria. INSALUD Madrid. 1996
4. Marco Teórico de Autoevaluación de Enfermería Área 9 de Atención primaria- INSALUD- Madrid. 1998
5. Guía de Técnicas de Enfermería. Área 9 Atención primaria. INSALUD Madrid. 1998.
6. Programa de atención al Adulto. Área 9 Atención Primaria. INSALUD Madrid. 1998.
7. Programa de atención a la Mujer. Área 9 Atención primaria – INSALUD Madrid. 1999
8. Procesos de Enfermería 1998/2003. Área 9 de Atención Primaria- IMSALUD- Madrid.
9. Calidad de los Procesos en Enfermería – Una experiencia de gestión por procesos. J Rodríguez Escobar, J.J. Jurado Balbuena, M. Girbés Fontana. II Congreso de Atención Primaria del Instituto Madrileño de la Salud- 22/24 Abril 2002- Madrid.
10. Gestión de servicios de enfermería en Madrid: Mirando al futuro. Direcciones de Enfermería de Atención Primaria de Madrid- 2002
11. Programa de atención al niño. Área 9 Atención Primaria. INSALUD Madrid. 2002
12. Avanzando en la Enfermería de Atención primaria. Instituto madrileño de la Salud. 2003.
13. ¿Cómo podemos avanzar en la coordinación y continuidad de los cuidados? J Rodríguez Escobar, J. J. Jurado Balbuena, M. Girbés Fontana - FORO SALUD GALICIA - 29 de Marzo 2003.
14. Agenda de calidad en Atención Primaria. Claves para la organización asistencia. J Rodríguez Escobar, J. J. Jurado Balbuena, M. Girbés Fontana - II Jornadas de Calidad en Atención Primaria de Castilla y León, Sacyl. Burgo de Osma Abril 2003.
15. Plan Estratégico. Área 9 Atención Primaria INSALUD. Madrid
16. Enfermería en Atención Primaria: nuestra responsabilidad con la población. María Girbés Fontana, Juan José Jurado Balbuena, José Rodríguez Escobar, Francisco Esteban Paredes, José Luis Aréjula Torres, Teresa Fontova Cemeli, Javier García Real, Marisa Herrera García, Antonio Ruiz Hontangas. Revista de Administración Sanitaria del Siglo XXI. Volumen 3 - Número 1. Enero / Marzo 2005 (p. 49 – 65).
17. Avanzando en calidad EFQM- Atención Primaria Área9 – Memoria para el premio a la excelencia en la calidad de los servicios públicos de la comunidad de Madrid.- Primer Premio- 2005
18. Clasificación de Intervenciones Enfermeras (CIE). Harcourt. Cuarta Edición. 2004
19. Clasificación de resultados de Enfermería (CRE). Harcourt. Tercera Edición. 2004
20. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y Clasificación. Harcourt. 2005-2006

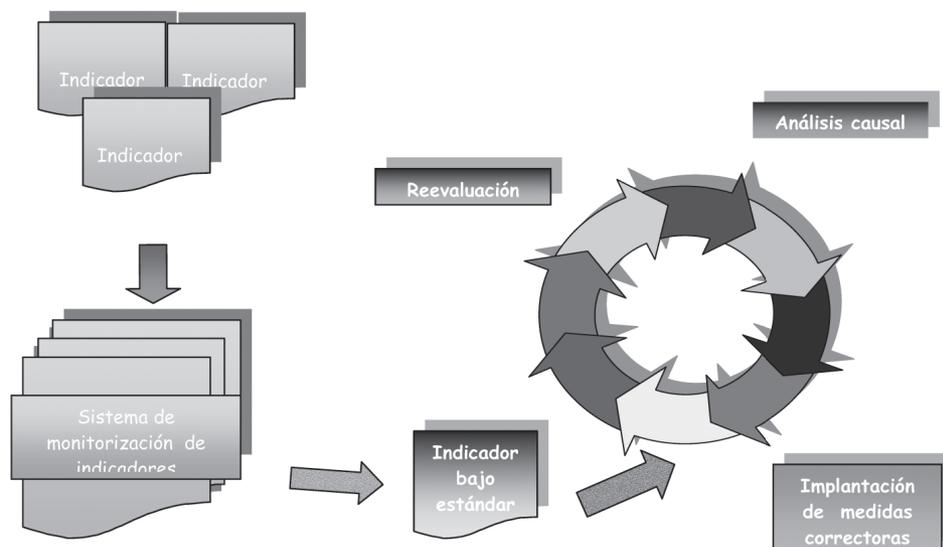


GESTIÓN DE LA CALIDAD DE LOS CUIDADOS

Roser Cadena i Caballero

Responsable de la Unidad de Calidad del Hospital San Pablo de Barcelona

En el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau se realiza una evaluación sistemática de la calidad de los cuidados mediante dos cortes de prevalencia anuales.



A partir del año 2005 y después de la informatización de los registros de enfermería, se incorpora un nuevo método en la sistemática de revisión de los registros para evaluar la calidad de los cuidados. Éste consiste en incorporar la autoevaluación de los registros de los cuidados que prestan las enfermeras. La finalidad es la de poder hacer un salto cualitativo en la cumplimentación de los registros informatizados con Gacela, valorando no solamente la cantidad de información registrada sino la calidad de la misma: adecuación de los cuidados planificados y los resultados de los mismos.

En cuanto al circuito de evaluación, es básicamente el mismo que se inició en el año 1999 que consiste en:

- Notificación de los indicadores definidos desde la Dirección de Enfermería que son de obligado cumplimiento.
- Definición conjunta con las supervisoras de aquellos aspectos cualitativos que se quieren evaluar en las distintas unidades y elaborar los indicadores para medirlos.
- Realización de dos cortes de prevalencia anuales, en los meses de mayo i noviembre.
- Notificación por escrito a todas las Supervisoras el día "D" que se hay que realizar el corte, con una semana de antelación.

Sistemática de revisión (ver figura 1)



· Los indicadores en los que la fuente de información es la observación directa del enfermo se pueden recoger a lo largo del día "D" intentando adecuar el horario. Las supervisoras disponen de parrillas para la recogida de datos y las entregan a las enfermeras responsables de recogerlas. Los indicadores de observación directa son:

- Flebitis
- Higiene
- Identificación
- Cuidados de mantenimiento del sondaje vesical

· Los indicadores en los que la fuente de información es el registro informatizado, se recogen en una fecha planificada para poder liberar a una enfermera de la unidad para hacer la revisión desde el despacho de Gestión de Cuidados, acompañada de una enfermera de Calidad. Se siguen tres sistemáticas diferentes:

- 1- Revisión de los registros de los enfermos ingresados en aquel momento en la unidad para obtener los datos sobre:
 - Valoración de la presencia e intensidad del dolor.
 - Lesiones por presión. Valoración y seguimiento del riesgo de lesiones por presión.
 - Peso y talla al ingreso.
- 2- Revisión de 30 historias cerradas, muestra escogida a partir del listado de enfermos dados de alta en la unidad en los últimos dos meses, para obtener los datos relacionados con los indicadores que evalúan el grado de seguimiento del Proceso de Atención de Enfermería:
 - Valoración al ingreso.
 - Realización del plan de cuidados en las primeras 24 horas para las tres rutas existentes: estándar, individualizado o directo.
 - Adecuación del plan.
 - Adecuación del primer comentario y comentarios evolutivos
 - Mantenimiento del plan (diagnósticos, complicaciones, acciones y objetivos)
 - Evaluación de los objetivos al alta.
 - Alta a domicilio con recomendaciones / Alta a otro centro con informe de seguimiento de cuidados.
- 3- Revisión de 10 historias en las que el enfermo ha sido éxito. Muestra escogida a partir del listado de enfermos éxito en la unidad, para obtener los datos de:
 - Adecuación del último comentario evolutivo en caso de éxito

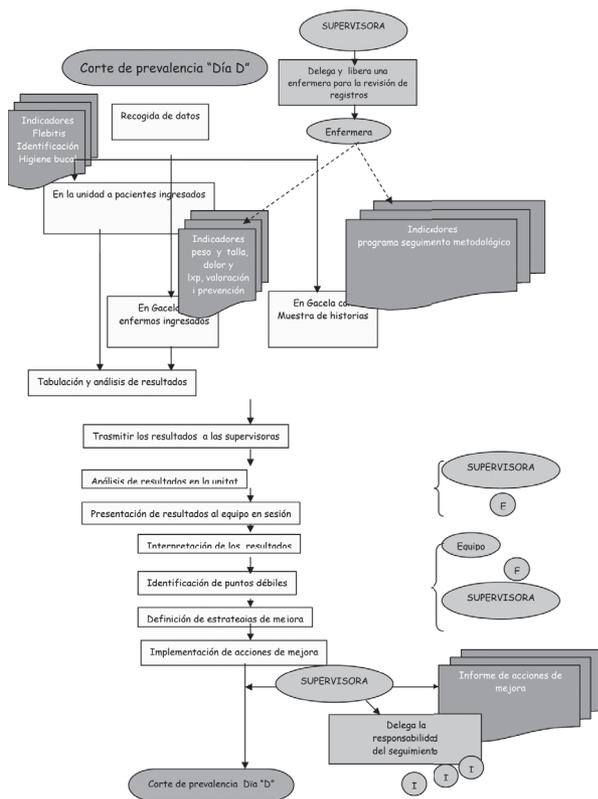
· Se realiza la tabulación, análisis y entrega de resultados a las Supervisoras.

· Difusión de los resultados por parte de la Supervisora y la enfermera que ha realizado la revisión al equipo. Creación de los grupos de mejora necesarios para trabajar los resultados. Se solicita la entrega de un informe con las medidas correctoras trabajadas.



- Se obtienen resultados de indicadores a tres niveles:
 - De cuidados (generales y específicos)
 - De seguimiento metodológico
 - De cuidados más prevalentes

Figura 1



ALGUNOS RESULTADOS

En relación al seguimiento metodológico del Proceso de atención de enfermería:

Se revisaron un total de 1180 historias. Mostramos los resultados generales del Hospital en cada indicador. Hay que tener en cuenta que cada Unidad de Enfermería tiene sus propios resultados específicos.

- Valoración al ingreso. El porcentaje de cumplimiento general del hospital es del 88.3%.
- Constancia de la situación del enfermo en el momento del ingreso en el primer comentario. El porcentaje de cumplimiento es del 90.7%.
- Existencia del plan de cuidados en las primeras 24 horas. El porcentaje de cumplimiento general es del 99.2%.
- Tipo de planes (estándar, individualizados, directos). Estándar 75%. Individualizados 1%. Cuidados directos 24%. La ruta de trabajo más frecuente es la estándar.

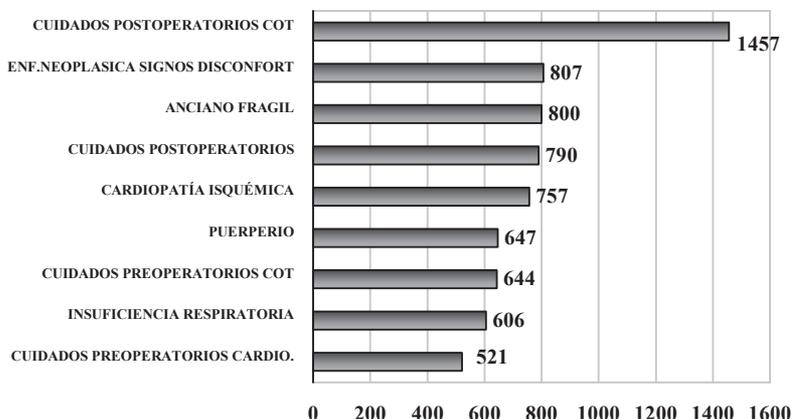


- Adecuación de los comentarios evolutivos. El porcentaje de cumplimiento general del hospital es del 91.1%.
- Realización del mantenimiento del plan nivel de cumplimiento general del Hospital:
- Mantenimiento del plan. Diagnósticos de enfermería 53%
- Mantenimiento del plan. Objetivos 36%
- Mantenimiento del plan. Acciones 92%
- Mantenimiento del plan. Complicaciones 23%
- Evaluación de objetivos al alta. El nivel de cumplimiento es del 45%
- Realización de informe de alta general en el hospital: informe de continuidad de cuidados 60%. Entrega de recomendaciones al alta a domicilio 70%.
- Adecuación del ultimo comentario en caso de éxitus 91%.

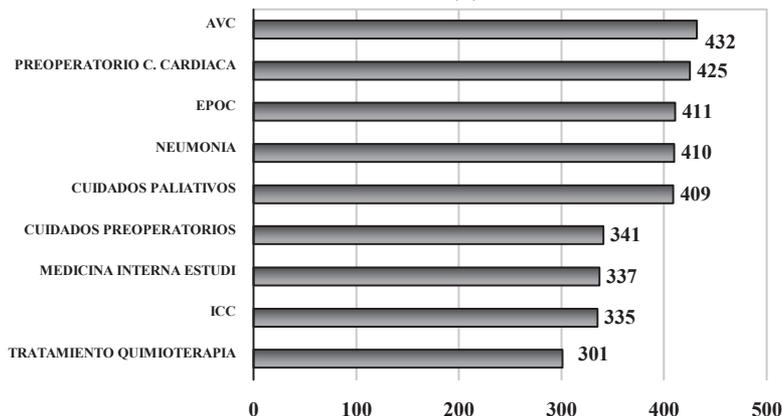
En relación a los cuidados más prevalentes

Revisión realizada en el periodo del 1 de junio de 2004 al 31 de mayo de 2005

PLANES DE CUIDADOS MÁS PREVALENTES (1)

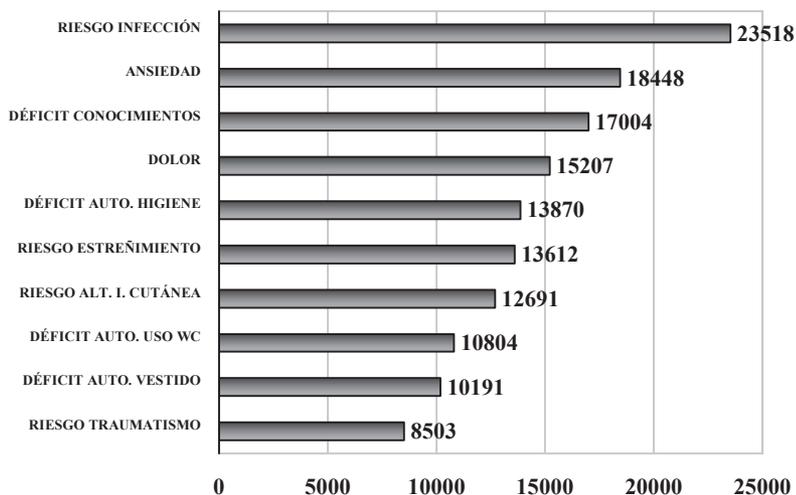


PLANES DE CUIDADOS MÁS PREVALENTES (2)

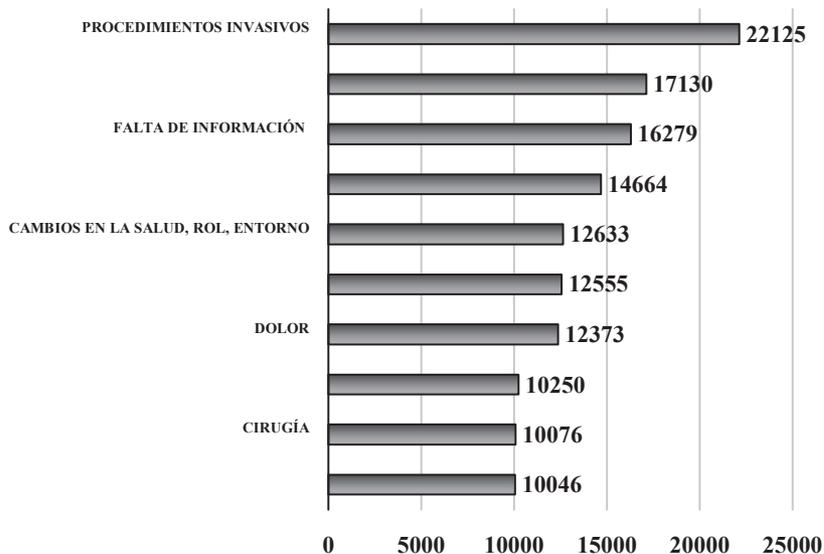




DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA MÁS PREVALENTES (1)

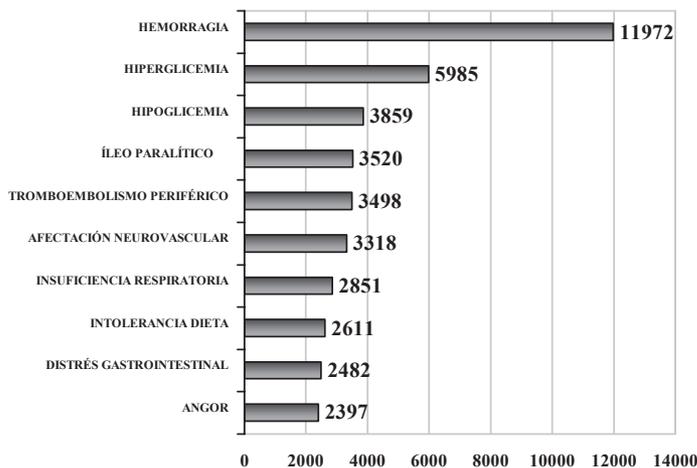


FACTORES DE RELACIÓN MÁS PREVALENTES (1)



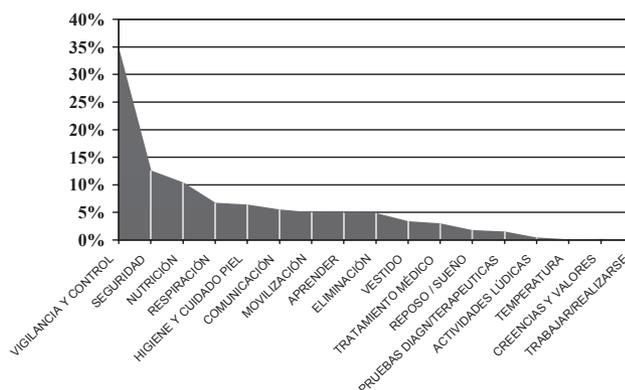


COMPLICACIONES MÁS PREVALENTES (1)



AGRUPACIÓN DE ACTIVIDADES MÁS PREVALENTES (Según codificación Gacela)

Del 1 al 30 de junio de 2005



BIBLIOGRAFIA

- Joint Comision of Accreditation in Health Care Organizations. Characteristics of clinical Indicators. J.C.A.H.O. 1989
- Avedis Donabedian. Prioridades para el progreso de la evaluación y monitorización de la calidad de la atención. Rev Calidad asistencial 2001; 16:S127-S129.
- Avedis Donabedian. Criteria and Standard for Quality Assurance and Monitoring,. QRB 1986. March:99-108
- Fundación Avedis Donabedian. www.fadq.org



CONTINUIDAD DE CUIDADOS TELEMÁTICA EN PACIENTE FRÁGILES

Rosa M^a Pérez Hernández

Directora Regional de Desarrollo e Innovación en Cuidados
Servicio Andaluz de Salud

La continuidad de cuidados se define como el grado en que la asistencia que necesita el paciente está coordinada eficazmente entre diferentes profesionales y organizaciones con relación al tiempo (Joint Commission). Por tanto, puede afirmarse que la discontinuidad aparece en el momento en que un centro asistencial, servicio o unidad desestima o subordina a otras prioridades la información relativa a los pacientes y/o cuidadores, anteponiendo el entorno a las personas a las que se atienden, de forma que se produce una incidencia negativa sobre la atención de éstos.

La continuidad de cuidados es un elemento de mejora y calidad asistencial deseable para todos los pacientes, no obstante es una realidad que hay grupos de personas en los que esta continuidad de cuidados es especialmente favorable, como son los pacientes frágiles. La fragilidad es una condición fácilmente reconocida por los profesionales sanitarios, aunque difícil de definir conceptualmente. Más que una entidad clínica precisa, la fragilidad se configura como un conjunto de múltiples situaciones en las que existe una capacidad disminuida para desarrollar las actividades de la vida diaria y para dar respuesta a demandas que resultan excesivas. En todos los casos, la fragilidad comporta un alto sufrimiento de la persona, una alta carga asistencial para los profesionales sanitarios, un uso abundante de medicación, un riesgo elevado de hospitalización y unos elevados costes de atención sanitaria.

Para garantizar la continuidad de cuidados, especialmente en los pacientes frágiles, el Servicio Andaluz de Salud (SAS) mediante la Dirección Regional de Desarrollo e Innovación en Cuidados (DRDIC), puso en marcha la Continuidad de Cuidados Telemática - Telecuidados como elemento de innovación y mejora. Los telecuidados suponen situar al Servicio Andaluz de Salud a nivel de los sistemas sanitarios más avanzados, mediante a la automatización y delegación de tareas simples y rutinarias, con el fin de optimizar la eficiencia de los recursos sanitarios.

Además, la implantación de los telecuidados responde al desarrollo generalizado de los modelos de Estado del Bienestar en el mundo occidental. En este contexto, la sanidad constituye el mayor bien participable, y ha hecho de la accesibilidad uno de los principios fundamentales de todo sistema que persiga la universalidad y la equidad.

La utilidad de los telecuidados se describe ampliamente en la literatura científica y entre los beneficios más destacables que se han producido una vez implantado el servicio



de seguimiento telefónico se encuentran la adherencia al tratamiento, la percepción de mejora en la calidad del cuidado y la reducción de los reingresos hasta en un 50%, lo que implica una mejora en la continuidad de cuidados y de la salud de la población.

De este modo el SAS, mediante la DRDIC, desde Junio de 2004 estableció los telecuidados como línea de trabajo con las enfermeras para hacer frente de manera efectiva a los problemas de salud que pueden derivarse de las altas temperaturas alcanzadas en verano, y de la discontinuidad asistencial entre los niveles asistenciales sobre la población más frágil. Fruto de este línea de trabajo se desarrollan el Plan de seguimiento telefónico a personas frágiles ante temperaturas extremas y el Plan de seguimiento telefónico a pacientes frágiles dados de alta desde las Unidades de Hospitalización durante fines de semana y festivos.

Para este cometido, las enfermeras se presentan como el profesional que reúne el perfil más adecuado para cumplir este cometido. Tres son las cualidades que hacen a las enfermeras indispensables: su visión holística de la persona, ser el grupo profesional sanitario más numeroso y el más cercano a la población.

En este sentido, la mayor dificultad en su implantación, y por ello el mayor valor añadido, se encuentra en la identificación y captación de las personas con mayor susceptibilidad de beneficiarse de este servicio. La población diana se encuentra en el ámbito domiciliario y hospitalario, lo que supone dificultades particulares debidas tanto al desconocimiento del volumen de población diana y a la dispersión geográfica como a la presión asistencial, respectivamente.

La captación, siempre con el consentimiento de la población, se realiza mediante una aplicación informática alojada en la intranet corporativa del SAS. Esta aplicación permite la recepción de los datos a tiempo real por las enfermeras que realizan el seguimiento telefónico. Estas enfermeras están dotadas de algoritmos diagnósticos y terapéuticos, en su caso mediante el uso de lenguaje estandarizado NANDA–NIC–NOC, que facilitan la toma de decisiones clínicas para la prevención de problemas de salud, así como para la detección e intervención precoz, donde se incluyen las derivaciones a las enfermeras de familia y al Centro Coordinador de Urgencias y Emergencias.

La aplicación informática permite el registro de datos por la enfermera que realiza el seguimiento telefónico. Datos que estarán a disposición de la enfermera de familia, también a tiempo real, en su centro de salud. Las enfermeras de Atención Primaria dispondrán de la información clínica del seguimiento telefónico, como de la procedente de Atención Especializada, en su caso. Esta información permite a las enfermeras de familia priorizar su agenda de trabajo en función a las necesidades reales de la población más frágil.

En general, los indicadores de actividad y de resultado en términos de salud apuntan a una optimista contribución de los telecuidados. Situación que anima a seguir trabajando en este sentido, en especial desarrollando la labor asistencial de las enfermeras, reconocidas como agentes de salud de la población.



INVESTIGACIÓN EN LENGUAJES ENFERMEROS. VALIDACIÓN DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

T. Heather Herdman.PhD, RN

Presidenta de NANDA. Diagnosis Review and Informatics Committees de la NANDA

DIAGNÓSTICO ENFERMERO

La definición de NANDA de diagnóstico enfermero fue adoptada de un estudio Delphi Nacional del Dr. Joyce Shoemaker (1984).

Un diagnóstico enfermero es un juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, familia o comunidad a problemas reales, potenciales de salud / procesos vitales. El diagnóstico enfermero procura la base para la selección de las intervenciones enfermeras para conseguir los resultados de los cuales la enfermera es responsable (NANDA, 1997).

DIAGNÓSTICO ENFERMERO: ¿BASADO EN INVESTIGACIÓN?

Los diagnósticos de la taxonomía NANDA-I fueron desarrollados y/o revisados utilizando una gran variedad de métodos de investigación

Consenso de expertos

Análisis Conceptual

Validación de Contenido, constructo y criterio

“Idealmente, la base conceptual para cada concepto diagnóstico está firmemente basado en estudios sobre el fenómeno”

- Gordon, 1998

El comité de revisión de diagnósticos ha revisado periódicamente los criterios de aceptación, a menudo aumentando el rigor requerido para ser aceptados en la taxonomía

No existen diagnósticos actualmente en el nivel 3.3 o 3.4

- Estudios clínicos bien diseñados con tamaños de muestra pequeños
- Estudios clínicos bien diseñados con muestras randomizadas de tamaño suficiente para permitir la generalización a la población general

PERSPECTIVA HISTÓRICA

Conferencia por invitación sobre Métodos para validar Diagnósticos Enfermeros (1989)

- Analizar la metodología de investigación existente para el desarrollo y validación de diagnósticos enfermeros
- Generar nuevas metodologías para el desarrollo y validación de diagnósticos enfermeros



CUESTIONES CUALITATIVAS EN LA INVESTIGACIÓN DE DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS

- La experiencia del concepto difiere del concepto en si mismo
- Las situaciones contextuales pueden afectar nuestra determinación de un diagnóstico
- Refinamiento de etiquetas diagnósticas
- Considerar los diagnósticos como procesos más que como estados finales
- Elaborar y definir mas extensamente las categorías diagnóstica existentes
- Identificación de otros fenómenos relacionados con la salud que son observados a través de las respuestas humanas
- Reexaminar los diagnósticos enfermeros en diferentes culturas y teniendo en cuenta los diferentes marcos conceptuales

PREOCUPACIONES EN RELACIÓN A LA INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA SOBRE DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS

- Uso de expertos clínicos versus validación clínica de los diagnósticos
- Falta de estudios amplios de validación en múltiples lugares

PRERREQUISITOS PARA LA INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA EN DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS

- Definiciones conceptuales de los diagnósticos y características definitorias
- Criterios de medida para cada característica definitoria
 - Características definitorias mayores y menores
- Marco conceptual para el desarrollo de los diagnósticos enfermeros

INVESTIGACIÓN EN DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS

- La investigación sobre la validez y la fiabilidad de las categorías diagnósticas ha aumentado, pero continua siendo insuficiente
- Se necesita una financiación a gran escala para investigación básica que permita identificar, desarrollar y validar los diagnósticos
- Los líderes en investigación enfermera no siempre han dado soporte a la necesidad de un lenguaje y sistema de clasificación diferente del médico
- La informática proporciona una gran ayuda para este trabajo

¿QUE NECESITAMOS?

- Énfasis en el desarrollo, prueba y validación de nuevos conceptos diagnósticos
- Revisión de los diagnósticos existentes que presentan una falta de características definitorias basada en la evidencia, factores de riesgo o factores relacionados suficientes



La Identificación y exploración de fenómenos que atañen a la enfermería continúa siendo crítica hoy día para poder llenar los vacíos que contiene nuestra taxonomía

“Utilizo la palabra enfermería cuando quiero algo mejor...
creo que...los elementos importantes de enfermería
Son cualquier cosa menos desconocidos”
(Nightingale, 1860)

- Distinguir entre las características definitorias de un concepto & sus atributos relevantes
- Refinar conceptos ambiguos
- Examinar los recursos publicados
- Comparar la literatura con la experiencia/práctica
- Examinar las consistencias entre la experiencia/práctica

VALIDACIÓN DE CONTENIDO

- Refinamiento de diagnósticos existentes
- Desarrollo de nuevos diagnósticos
 - Se necesitan estudios con pacientes que experimentan los diagnósticos
- Estudios de validación clínica
 - Buscar determinadas características definitorias ya que los pacientes presentan un diagnóstico enfermero en particular
 - Disminuir el número de características definitorias para mejorar la adecuación diagnóstica

VALIDEZ DEL CONSTRUCTO / CRITERIO-RELACIONADO

Necesidad de estudios para cada diagnóstico

- Estudios de fiabilidad
- Estudios Epidemiológicos
- Estudios de resultados
- Estudios generalizables

VALIDACIÓN POR CONSENSO

- Relación de los diagnósticos NANDA con otras clasificaciones, como NIC & NOC
- Investigación Acción Participativa

ESTUDIOS DE ADECUACIÓN DIAGNÓSTICA

- La adecuación de los diagnósticos enfermeros varía ampliamente de baja a alta (Lunney, 2001)
- Son la base para escoger resultados e intervenciones apropiadas

RECURSOS

NANDA-I cuenta con un comité de investigación presidido por la Dra. Margaret Lunney, y que tiene representación internacional



Miembros de NANDA-I expertos en investigación están disponibles como consultores

Investigadores de la clasificación de resultados (NOC) y de la clasificación de intervenciones (NIC)

Estas enfermeras investigadoras también ofrecen consultoría

¡Les necesitamos!

“Si no lo podemos nombrar, no lo podemos controlar, financiar, investigar, enseñar o poner en la política pública.”

(Lang, 1993).



SISTEMATIZACIÓN DE LA ATENCIÓN ENFERMERA EN EL HOSPITAL

Aurelio Campos Rico

Enfermero de la Unidad de Urgencias. Hospital Regional Universitario

Carlos Haya de Málaga

La dualidad teoría/práctica, esa dicotomía de la que tanto se ha hablado en los medios enfermeros para reflejar siempre la dificultad de aplicar en la realidad asistencial de cada centro el método de trabajo por excelencia de las enfermeras, parece ya un tópico y algo que debe formar parte del pasado. Es hora de mostrar resultados, exponer iniciativas en marcha y aprender de las dificultades y errores que entorpecen este camino. El presente trabajo es una muestra de la puesta en práctica del proceso y las taxonomías enfermeras en un centro altamente especializado y complejo, mostrando el camino, las dificultades y las soluciones propuestas.

INTRODUCCIÓN

Cuando nos planteamos, a instancia de la Dirección de Enfermería, el desarrollo e implementación de un método de trabajo de enfermería, surgen inevitablemente dudas, que hemos tratado de solucionar en atención a dos premisas fundamentales: sentido común y coherencia con nuestra realidad asistencial.

Entre estas cuestiones a resolver se encuentran desde el entorno conceptual, la terminología a emplear, los registros para la documentación de la atención enfermera, la recuperación y tratamiento de la información y la introducción de estas innovaciones en las unidades de enfermería, hasta el mismo método de trabajo.

En lo que concierne a la terminología a utilizar por los profesionales de enfermería era preciso dar un impulso innovador a los registros convencionales en lo que concierne tanto a la cantidad de los registros hasta ahora contemplados como en los contenidos de éstos; tras numerosos foros de discusión con otros tantos profesionales de buena parte de las unidades de hospitalización, llegamos a varios puntos de consenso:

- Falta de concordancia entre la asistencia prestada por enfermería y la documentación que de ésta se hace, es decir, registros escasos y pobremente cumplimentados, frente a una atención integral y continuada

- Indefinición de las fases a contemplar en los documentos para evidenciar una asistencia integral

- Escasa utilización de terminología enfermera o que haga referencia a satisfacción de necesidades. Es un hecho probado que la mayor parte de los problemas registrados por las enfermeras son de tipo biomédico, frente a la ausencia de enunciados del área psicosocial¹. Asimismo ha sido estudiado con anterioridad la tendencia que tienen las enfermeras (en especial las experimentadas) a reformular los diagnósticos médicos



como diagnósticos de enfermería²

* Escasa codificación de la información, exceso de textos libres, que dificultan enormemente la recuperación y tratamiento de la información

OBJETIVO

Entre las medidas a tomar para dar respuesta a estas necesidades, el equipo de enfermería definió las líneas estratégicas y los objetivos a desarrollar:

- Dinamizar la disciplina enfermera mediante la implementación del proceso enfermero
- Normalizar líneas de actuación y decisión en el área independiente de las enfermeras y protocolizar las que corresponden al ámbito de colaboración con otros profesionales
- Definir la cartera de servicios de las unidades de hospitalización
- Facilitar un herramienta que posibilite la satisfacción de pacientes y profesionales
- Monitorizar la efectividad del proceso de cuidar

MATERIAL Y METODOLOGÍA DE TRABAJO

Un primer acercamiento a esta terminología no es, en opinión de la gran mayoría de los profesionales, tarea fácil; nos refieren dificultad para entender y manejar términos que nunca han usado, expresiones poco habituales y escasa concordancia en algunos casos con las intervenciones y/o actividades que cotidianamente ponen en marcha.

Hemos apelado al consenso desde la participación de multitud de profesionales de las distintas unidades, con el apoyo de enfermeras expertas en metodología y taxonomía, convencidos de que la metodología científica cualitativa puede ser una herramienta valiosa en este proceso³.

La introducción de las taxonomías ha tenido lugar dentro de un conjunto de líneas de acción que incluían el desarrollo de planes de cuidados estándares para los problemas de salud más comunes de cada unidad, en la que han participado numerosos profesionales de todo el complejo, y consecuentemente ha facilitado la penetración de esta terminología gracias al uso intensivo que, de los textos de referencia, han hecho en las unidades. Pero se ha planteado otro problema de más calado, pues afecta a la adecuación del entorno conceptual asumido (V. Henderson), con el papel de las enfermeras en las unidades y asimismo con la taxonomía. No obstante estábamos convencidos de que las clasificaciones (NANDA, NIC, NOC), si se utilizan como instrumentos, pueden funcionar con cualquier teoría⁴ y en todos los ámbitos de actuación enfermera.

Los profesionales cuestionaban sin entender, en un primer acercamiento, como marcar

¹ Bryn D. Davis. *Evaluation of nursing process documentation. Journal of Advanced Nursing* 1994; 19: 960-968

² O'Connell B. *Diagnostic reability: a study of the process. Nurse Diagnosis.* 1995 6 (3): 99-107

³ Duarte Climents, G y Montesinos Alfonso, N. *El consenso como estrategia de implementación del diagnóstico enfermero, valoraciones estandarizadas y selección de etiquetas diagnósticas. Enfermería Clínica* Vol. 9, nº 4 1998

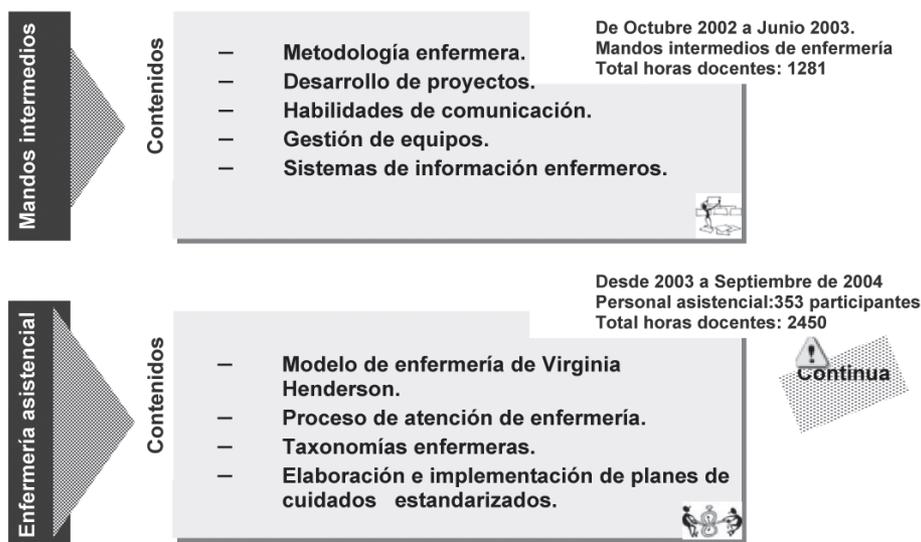
⁴ Giménez Maroto, Ana M^ª. *Situación actual y futuro de la taxonomía diagnóstica de la NANDA: entrevista con la Dra. Dorothy Jones. Metas, nº 29, octubre 2000*



determinadas etiquetas diagnósticas, intervenciones y resultados que no son abordables, imposibles de poner en marcha e irresolubles, respectivamente en nuestra situación profesional y legal.

Luego entendimos que, en primer lugar, debíamos comenzar con un ambicioso plan formativo que incluyera a todo el colectivo profesional, mandos intermedios y personal clínico; a continuación se recoge como fue puesto en marcha y su desarrollo actual.

El primer paso para la implantación del modelo de cuidados fue un plan de formación-acción con dos fases bien definidas



Se han formado numerosos grupos de trabajo, tantos como unidades de hospitalización tenemos en nuestro centro, y un grupo de expertos como referencia; este grupo de expertos ha sido, y sigue siendo en la actualidad, el responsable de la formación de los mandos de enfermería y de todos los profesionales de las unidades, de una forma descentralizada y en atención a las diferentes necesidades de los restantes grupos de trabajo.

Entendimos, y creímos necesario hacerlo ver a todos los clínicos que no tenían un conocimiento cercano de las taxonomías, que éstas han sido confeccionadas con la participación de numerosos colectivos de profesionales de todos los ámbitos de actuación del mundo anglosajón, y consecuentemente incluyen problemas, intervenciones y resultados que tratan de dar respuesta a todos esos colectivos en un entorno sanitario, social y legal sustancialmente distinto del nuestro. Igualmente estamos seguros que para determinados colectivos de ese mismo entorno solo son válidos o emplean una parte más o menos amplia de toda esta taxonomía, o dicho de otro modo utilizan un número limitado



de diagnósticos de enfermería, de intervenciones y de resultados, aquellos que son de aplicación para la atención de sus usuarios.

Junto con esta programación docente se decidió en los primeros meses de 2003 la formación de un grupo de profesionales expertos en metodología y taxonomías enfermeras que apoyara y diera soporte metodológico y formativo a todo este proceso, conformándose la Comisión Asesora en Planes de Cuidados (CAPC) que inicialmente contó con 13 profesionales que respondían al siguiente perfil

Competencias CAPC	Imprescindible	Deseable
Enfermero o auxiliar de enfermería del hospital	Si	
Reconocido prestigio profesional		Si
Conocimientos en Metodología Enfermera	SI	
Manejo de Taxonomías enfermeras		Si
Aptitud abierta al aprendizaje	Si	
Habilidades comunicativas y docentes		Si
Actitud de compromiso y proactividad	SI	

RESULTADOS

Nosotros hemos trabajado desde esta perspectiva pero avanzando algunos pasos más, desde el momento que nuestra interpretación del modelo de cuidados es absolutamente “interesada” para hacerlo útil en nuestro hospital; una muestra:

- Las necesidades de los usuarios susceptibles de ser suplidas han sido denominadas “Problemas de suplencia”, y para tratarlas hemos descrito las acciones que llevamos a cabo en nuestras unidades para darles satisfacción; el resultado a reflejar ha sido la satisfacción de la necesidad referida por el usuario; posterior-

PROBLEMAS DE AUTONOMÍA	
Higiene.	A011 Autónomo
	A012 Suplencia parcial
	A 013 Suplencia total
Eliminación.	A021 Autónomo con sondaje vesical
	A022 Autónomo
	A023 Suplencia parcial
	A024 Suplencia total
Alimentación.	A031 Autónomo
	A032 Suplencia parcial
	A033 Suplencia total
Movilidad	A041 Autónomo
	A042 Suplencia parcial
	A043 Suplencia total

- Se han denominado como “Problemas de colaboración” todas aquellas situaciones que los profesionales han descrito como tratadas a partir del seguimiento de las prescripciones, pruebas diagnósticas, procedimientos invasivos, actuaciones



quirúrgicas, etc. y han sido en última instancia las enfermeras de cada unidad las que han decidido la consideración del tratamiento de cada problema. Para su tratamiento hemos utilizado la taxonomía NIC, seleccionando aquellas actividades aplicadas y enriqueciéndolas con las específicas de cada unidad y referencias a protocolos y vías clínicas vigentes en nuestro centro. Los resultados a reflejar se han referido, consecuentemente al control de los riesgos, conocimientos aportados y asumidos por el usuario y a la vigilancia y seguimiento de efectos indeseables, complicaciones, ... Igualmente se ha confeccionado y codificado una base de datos con todos ellos posibilitando su tratamiento.

PROBLEMA DE COLABORACIÓN	
H04003 Desequilibrio electrolítico (especificar)	C08001 Hipertermia
C15006 Diabetes	C06003 Riesgos derivados de procedimientos invasivos: Tracción mecánica
C15005 Hipertensión arterial	C06001 Fatiga
C14004 Riesgo de hemorragia digestiva alta	C05009 Otros:especificar
C14003 Riesgos derivados de procedimientos invasivos: Paracentesis	C05008 Ostomía
C14002 Encefalopatía	C05007 Riesgo de estreñimiento.
C14001 Ascitis	C05006 Estreñimiento.
C13001 Infecciones oportunistas	C05005 Diarrea
C12002 Riesgo de infección de herida quirúrgica	C05004 Riesgos derivados de procedimientos invasivos: Ostomía
C12001 Intervención quirúrgica	C05003 Riesgos derivados de procedimientos invasivos: Sonda vesical
C11011 Alteración visual	C05002 Retención urinaria
C11010 Riesgo de repetición ACV	C05001 Incontinencia urinaria
C11009 Riesgo de complicaciones neurológicas	C03006 Riesgos derivados de procedimientos invasivos: SNG
C11008 Dolor crónico	C03002 Desnutrición
C11007 Dolor agudo	C02010 Parada cardio respiratoria
C11006 Riesgos derivados de procedimientos invasivos: Drenaje ventricular	C02009 Riesgo de parada cardio respiratoria
C11004 Convulsiones	C02007 Anemia
C11003 Demencia senil	C02006 Riesgo de hemorragia
C11002 Delirio	C02005 Hemorragia
C11001 Agitación	C02004 Riesgo de tromboembolismo
C1002 Acúmulo de secreciones	C02003 Riesgos derivados de procedimientos invasivos: vía venosa
C10008 Prurito	C02001 Dolor torácico
C10003 Mucositis	C01009 Riesgo de obstrucción de las vías aéreas
C10002 Radiodermatitis	C01006 Infección respiratoria
C10001 Ulceras por presión	C01003 Riesgo de infección derivado de procedimientos invasivos: traqueostomía
C09005 Confusión aguda	C01002 Acúmulo de secreciones
C09004 Autoagresión	C01001 Disnea
C09003 Agresión: Agitación/autoheteroagresividad	C07001 Insomnio
C09002 Depresión	C03004 Náuseas
C09001 Ansiedad	C03005 Vómitos
C08002 Hipotermia	

- Los problemas referentes a las respuestas del individuo ante su problema de salud, la adaptación/desadaptación a los cambios, las necesidades de conocimientos e información sobre su salud y todo lo relacionado con ello, etc. han sido enunciados como "Diagnósticos Enfermeros", tratados con las intervenciones (NIC) que los expertos en cuidados de cada unidad han decidido que eran operativas y planteado resultados (NOC) coherentes con la estancia del individuo en la unidad, los recursos del profesional y las capacidades del individuo y familia



DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA- TAXONOMÍA NANDA	
00107 Patrón de alimetación ineficaz del lactante	00148 Temor
00020 Incontinencia urinaria funcional	00146 Ansiedad
00015 Riesgo de estreñimiento	00146 Ansiedad del cuidador
00032 Patrón respiratorio ineficaz	00147 Ansiedad ante la muerte
00095 Deterioro del patrón del sueño	00072 Negación ineficaz
00085 Deterioro de la movilidad física	00136 Duelo anticipado
00097 Déficit de actividades recreativas	00069 Afrontamiento individual inefectivo
00126 Conocimientos deficientes	00074 Afrontamiento familiar comprometido
00128 Confusión aguda	00115 Riesgo de conducta desorganizada en el lactante
00129 Confusión crónica	00116 Conducta desorganizada en el lactante
00051 Deterioro de la Comunicación verbal	00066 Sufimiento espiritual
00124 Desesperanza	00087 Riesgo lesión perioperatoria.
00120 Baja autoestima situacional	00155 Riesgo de caídas
00153 Riesgo de baja autoestima situacional	00035 Riesgo de lesión
00118 Trastorno de la imagen corporal	00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea
00119 Baja autoestima crónica	00039 Riesgo de aspiración
00061 Cansancio en el desempeño del rol del cuidador	00031 Riesgo de limpieza ineficaz vías aéreas
00062 Riesgo de cansancio en el desempeño del rol de cuidador	00138 Riesgo de violencia dirigida a otros
00105 Interrupción de la lactancia materna	00140 Riesgo de violencia autodirigida
00055 Desempeño inefectivo del Rol	00045 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea: mucosa oral
00052 Deterioro de la interacción social	00078 Manejo inefectivo del régimen terapéutico

Para llegar a este punto ha sido necesaria una cuidada planificación y dos años de trabajo que han implicado a todo el equipo directivo, a los departamentos de Formación Continua, Garantía de Calidad y más de 500 profesionales asistenciales que han sido los verdaderos autores de los planes de cuidados estándares. Un capítulo especialmente relevante ha sido el Plan Docente que necesariamente se generó para dar respuesta a las necesidades formativas de, en primer lugar, los mandos de Enfermería e inmediatamente después los profesionales asistenciales.

Y aunque el proyecto sigue en marcha se han conseguido algunos avances que van más allá de la elaboración e implementación de planes de cuidados estándares en la unidades de hospitalización:

- **Cartera de servicios:** la definición del producto enfermero en las unidades ha permitido completar la descripción de las carteras de servicio de cada una de ellas más allá de los resultados conseguidos, explicitando el que hacemos y como lo hacemos
- **Gestión del conocimiento,** se ha posibilitado el establecimiento de circuitos para la revisión y difusión del conocimiento enfermero: Planes de cuidados, protocolos, manuales, guías de práctica clínica...
- **Profesionalización:** se ha explicitado y se ha difundido a todos los profesionales la asunción de un Modelo de Cuidados y del rol de cuidar dentro de este marco conceptual
- **Participación/implicación:** se ha generado una dinámica en la que los profesionales participan, deciden y son responsables del diseño y resultado de los cuidados ofertados
- **Calidad:** la observación de un método identificable de trabajo, el proceso enfermero, y



sus reflejo documental posibilita el establecimiento de estándares y medidas de resultado de los cuidados

DISCUSIÓN

La participación de tantas enfermeras/os en un proyecto de mejora profesional ha posibilitado que éste haya calado en buena parte de las unidades de nuestro centro, de que sean numerosas las enfermeras que cuestionan sus planes de cuidados y critiquen sus contenidos, en un intento constructivo de acercarlos a su realidad asistencial.

Ha sido posible que afloren a la luz intervenciones y actividades enfermeras sobre las que pesaba cierto menosprecio, en la creencia de que no precisaban cualificación o especialización alguna para ponerlas en marcha, y que a la postre se han mostrado trascendentes para conseguir resultados y modificar conductas.

Existen unidades en nuestro centro implicadas en el desarrollo de vías clínicas que contemplan los problemas, resultados e intervenciones derivadas de los planes de cuidados desarrollados para tales casos, y que han sido expresados en clave enfermera.

Creemos que pasos como éste son trascendentes para crear el necesario hábito de una conducta profesional documentadora de todos los actos clínicos, como paso previo y necesario para la consolidación de evidencias enfermeras y el crecimiento de un campo de conocimientos por completar aún.

Los grupos de trabajo descentralizados y la implicación de muchos profesionales, consiguen que los resultados, aunque parciales y mejorables, sean valorados como un avance del colectivo profesional y evita en buena medida el rechazo que, cualquier nueva dinámica de trabajo, produce en un colectivo con una tradición documental escasa e incompleta.

Por otra parte, y en la línea de numerosas publicaciones revisadas sobre la validación de las taxonomías enfermeras en la práctica asistencial, el camino a seguir es el del consenso entre los expertos asesores y los profesionales que deben hacer uso de esa terminología para el reflejo de la asistencia cotidiana a la población o, como dice la Dra. Dorothy Jones *"...se trata de ir hacia delante y hacia atrás. Necesitamos el lenguaje que refleje la práctica, necesitamos la práctica que forma la teoría y necesitamos la filosofía que está por encima de todo y orienta hacia dónde ir con el cuidado"*

Bibliografía

- Gonzalo Duarte Climents y Nieves Montesino Afonso. *El consenso como estrategia de implementación del diagnóstico enfermero, valoraciones estandarizadas y selección de etiquetas diagnósticas* Enfermería Clínica, vol 9, nº 4
- Serrano Sastre, Rosario; Saracibar Rázquin, M^a Isabel; Carrascal Garchitorena, Elena; Tina Majuelo, Pilar; Narvaiza Solís, M^a Jesús; Sanz Izco, Marina; Díaz Navarraz, M^a Teresa. *Estandarizar los cuidados: cuando lo hecho es válido*. Revista ROL de enfermería nº 227-228, julio-agosto 1997
- Carlos Calvo Martín, José María Blanco Rodríguez, M^a Isabel Carrión Bolaños, Gabriel Gaspar Alonso-Vega, Fernando García Navarrete. *Clasificación de las intervenciones de enfermería (cie) en los diagnósticos nanda relacionados con las úlceras por presión: validación de actividades* Gerokomos 2003; 14 (1): 48-57



- Esther Nieto Blando, Oscar D. Ramos Calero. *Evolución del lenguaje enfermero: evaluación de los diagnósticos en un informe de enfermería al alta. Metas*, nº 22 febrero 2000
- Araceli Calvo Torres, M^a Belén Criado Guerrero, Susana Otero Méndez, Patricia Bernardez Couto, Arturo Barrientos Cancelo. *Plan de cuidados estandarizados para pacientes ambulatorios intervenidos con anestesia raquídea. Metas*, nº 47, julio-agosto 2002
- Ana M^a Giménez Maroto. *Situación actual y futuro de la taxonomía diagnóstica de nanda: entrevista con la Dra. Dorothy Jones. Metas*, nº 29, octubre 2000
- Capel Bonachera, Y; Soria Albacete, AM; Castillo Lorente, JL; Urrea Gilabert, I; Contreras Rodríguez, Am; Martínez Jiménez, JM. *Plan de cuidados: la otra cara de la gráfica Tempus Vitalis 2(3) comunicación resumen; sep-oct 2002*
- Proyecto de investigación, autora Pilar González Carrión. *Validación de los diagnósticos de enfermería de la nanda: una experiencia en cuatro áreas asistenciales españolas Escuela Universitaria de Enfermería Virgen de las Nieves. Avda de la Constitución, 100. 18014 (Granada) Financiada por FIS (800.000)*
- Campo Osaba, M Antonia; Oriach, MR; Vilador, A; Espinalt, A y Fernández, C. *Servicios de cuidados enfermeros según modelo conceptual de V. Henderson: implantación, resultados y costes Metas de Enfermería II (13): 8-14 1999 Proyecto de investigación*
- Guirao Goris, JA et al. *Diagnóstico de enfermería. claves para su desarrollo Revista ROL de enfermería julio-agosto 1999 V:22 N:7-8 pags 554-558*
- Campo Osaba MA (et al.). *Descriptor de cuidados enfermeros en atención primaria de salud Metas de Enfermería ISSN: 1138-7262- abril 2003- V:VI- N:54, pags 24-29*
- Sausa Mico V.; Lerma García, D. *Cuidados de enfermería a pacientes trasplantados renales en el postoperatorio inmediato y tardío. Enfermería Científica ISSN:0211-9005- Mayo-junio 2003- V: N:254-255, pags 9-18*
- Luis Rodrigo, M Teresa. *La investigación como base para el restablecimiento de la taxonomía diagnóstica enfermera. Enfermería Clínica, 3 (3): 89-90 Editorial*
- Quero Rufián, Aurora; Ramírez Sánchez, M Dolores; Aguilera Ruiz, María y Guarnido Guindo, Elisa. *Validación de la taxonomía diagnóstica de la nanda en una unidad de psiquiatría y salud mental Garnata 11: 27-37. Original, artículo*
- Upalde Apalategui, Mercedes. *Algunos problemas con la taxonomía II de la nanda. AENTDE IV (2):5 artículo*





RESULTADOS DEL USO DE LAS TAXONOMIAS ENFERMERAS CON EL PROGRAMA AZAHAR.

Manuel Rich Ruiz

Enfermero de la Unidad de Docencia e Investigación de Enfermería.
Hospital Reina Sofía de Córdoba

Aunque en nuestra vida privada actuamos muchas veces sin atender a los efectos, lo cierto es que, siempre que hacemos algo, es importante saber qué fin pretendemos conseguir. Si ese algo es usar las taxonomías NANDA, NIC y NOC el fin (aunque podría expresarse de muchas formas e identificarse con muchos beneficios, algunos no inmediatos) es, básicamente, compartir una terminología.

No obstante, dicho de este modo puede resultar demasiado reduccionista, pues ninguna de ellas es un simple conjunto de términos o palabras. La NANDA ya incluye en su título dos características más: recoge definiciones y una estructura, una clasificación. Del mismo modo que las NIC y NOC también recogen la palabra clasificación ya en el título.

Sin ahondar mucho comprendemos, por tanto, que se trata de compartir una forma de hablar, en la cual, además: 1) se define cómo se ha entendido el concepto que cada palabra o conjunto de palabras recoge y 2) se estructuran los contenidos de una forma lógica, para movernos en ese conjunto. Realmente esto es lo básico. Y aunque, como decimos, no queremos ser reduccionistas, sí queremos ser concretos. Y es que, muchas veces, convertimos su fin en algo mucho más ambicioso. Desde la buena voluntad, esperamos que su uso produzca un cambio global. Identificamos estas herramientas con una nueva enfermera... Y esto ya no es así.

Las taxonomías nos permiten hablar del mismo modo (de las mismas “cosas” –conceptos-), y una herramienta informática, como el Programa Azahar (hoy Diraya Cuidados), nos hace más fácil trabajar con ellas.

Hablar de los resultados del uso de las taxonomías con el Programa Azahar puede ser, por tanto, algo muy concreto. Pero la realidad es que tras ellos hay un “largo camino, una larga historia”, la de ese cambio más global en el que el uso de las taxonomías es sólo una parte, (eso sí, la más visible) y casi una consecuencia (pues su lugar en la cadena del cambio debe ser tardío).

Nuestra experiencia en la planificación, la formación y la puesta en marcha del uso de las taxonomías en nuestro centro ha ido sacando a la luz importantes aspectos:

Ya desde la valoración:

1. El problema de trabajar desde una perspectiva integral. El alcance de los cuidados.
2. El problema de la falta de habilidades de comunicación.
3. El problema de incorporar sin cuestionar.

Al llegar al diagnóstico:

4. El problema de discernir mi responsabilidad.



5. El problema de la falta de hábito en el pensamiento crítico.
6. Los “palabros”.
7. La poca concreción del lenguaje estandarizado: la dificultad para reflejar la individualidad de la persona.

Al planificar resultados:

8. El problema de personalizar (separadamente del diagnóstico médico).
9. El problema de la fiabilidad (por la subjetividad) de la evaluación.
10. El problema de la desagregación de los resultados.

Al planificar intervenciones:

11. Pasar de la expertez y el paternalismo a la cooperación con el paciente.

Como podemos ver, directamente relacionados con “la forma” de hablar sólo identificamos dos aspectos: los recogidos en los puntos 6 y 7. El resto son problemas “de fondo”. Por tanto, si queremos ver el uso de las taxonomías en nuestro ámbito o si la herramienta informática responde “a lo que debe”, hay que diferenciar los resultados derivados de la bondad o no de las taxonomías y del soporte informático de los derivados de “la cultura profesional” existente.

Los resultados derivados de la bondad o no de las taxonomías los vamos a expresar de forma muy sencilla: como simples frecuencias de uso. Los resultados de la bondad de la herramienta informática (pues su papel es de mero facilitador), como el número de pacientes a los que se planifica cuidados mediante ella respecto del total de pacientes hospitalizados.

Vamos a hacer, por tanto, en un primer momento un discurso de contenido objetivo, con un planteamiento pensado desde la perspectiva cuantitativa, aunque, reservaremos un lugar importante, en la discusión, a la interpretación subjetiva, derivada del análisis de los debates mantenidos en los muchos contactos durante las actividades docentes y el apoyo a la implantación.

La descripción de los datos incluidos están referidos a todo el complejo hospitalario y a un período de tiempo concreto: los meses de octubre y noviembre de 2005.

La fuente de información ha sido el módulo de Sistemas de Información del propio Programa Azahar. Con ello queremos decir que los datos que aportamos están referidos únicamente a aquellos pacientes a los que se les planificó cuidados utilizando el módulo clínico del Programa Azahar.

El análisis ha consistido únicamente en la distribución de frecuencias y cálculo de medias de los diferentes elementos de interés.

Respecto al número de pacientes a los que se les planificó cuidados utilizando el módulo clínico del Programa Azahar fueron 5531, el 46,68 % de los pacientes hospitalizados.

Los diagnósticos más frecuentes han sido:



diagnóstico	dominio NNN	n	%respecto al dominio	%respecto al total
Conocimientos deficientes + Disposición para mejorar los conocimientos	psicosocial	1478 + 3387	55.90	28.12
Ansiedad	psicosocial	2494	28.66	14.41
Deterioro de la movilidad física	funcional	2270	51.75	13.12
Riesgo de infección	fisiológico	1881	53.42	1087
Riesgo de estreñimiento	fisiológico	794	22.55	4.59
Intolerancia a la actividad	funcional	539	12.28	3.11
Lactancia materna eficaz	funcional	539	12.28	3.11
Riesgo de deterioro de la integridad cutánea	fisiológico	492	13.97	2.84
Riesgo de caídas	ambiental	490	71.32	2.83
Suma de los 10 diagnósticos frecuentes más				83

Si atendemos a los dominios NNN, los problemas se distribuyen del siguiente modo:

dominio	n	porcentaje
Funcional	4386	25.36
Fisiológico	3521	20.36
Psicosocial	8702	50.31
Ambiental	687	3.97
	17296	

Respecto a la media de elementos diferentes usados en la construcción de estos diagnósticos:

componente	media	rango	
Factores relacionados	4.05	(1, 15)	r = 15 (deter. movilidad física)
Manifestaciones	3.94	(1, 22)	R = 22 (ansiedad)

Si realizamos el mismo cálculo para observar el número de resultados e intervenciones propuestas para estos diagnósticos:

componente	media	rango	
resultados	1.98	(1, 7)	r = 7 (disposición para mejorar los conocimientos)
intervenciones	5.26	(1, 42)	R = 42 (disposición para mejorar los conocimientos)

Estos resultados apoyan muchas de nuestras "intuiciones", a pesar de que a lo largo de nuestro proyecto hemos intentado responder a algunos de los aspectos que a continuación recogemos.



1. el problema de la perspectiva integral. el alcance de los cuidados. Posiblemente debido a nuestra estrategia de acompañar el cambio instrumental de un cambio conceptual que permitiera y, en cierto modo, asegurara una “amplitud de miras” siguiendo un modelo de cuidados (concretamente Henderson) el dominio psicosocial aparece como una fuente de problemas ampliamente reconocida, aunque eso sí, muy concentrada en las clases emocional y conocimientos.

De todos modos, es un resultado entendible y justificable en la menor formación y desarrollo de nuestra atención a las esferas emocional, social y espiritual desde una perspectiva científica.

2. el problema de la comunicación.

La puesta en marcha de nuestro proyecto sacó a la luz debilidades. Algunas, como esta, muy tempranas. Es difícil preguntar, hablar y empatizar cuando el contenido se corresponde con esas esferas mencionadas en el punto anterior (la emocional, social y espiritual). Desde el año 2001 llevamos dando cursos de habilidades de comunicación destinadas a la entrevista junto con la Escuela Andaluza de Salud Pública. Se han formado ya 730 enfermeras. A pesar de ello, los resultados del análisis anterior sugieren dificultades todavía con este aspecto.

3. el problema de incorporar sin cuestionar

La dinámica habitual de trabajo de las enfermeras en atención especializada conlleva la realización de muchas intervenciones de colaboración. Y, aunque es cierto que en este caso no somos responsables del resultado sino de la actuación, no es menos cierto que incluso en estos casos es necesario “prepararse para actuar”, es decir: saber lo que vamos a hacer, porqué vamos a hacerlo, cómo vamos a hacerlo, de qué recursos disponemos y cómo reduciremos los posibles riesgos.

La realidad es que actuamos, la mayoría de las veces, sin hacer explícito el porqué. Esto no es adecuado. Ampliar nuestra perspectiva y aprender a hacer “otras preguntas” no es suficiente si no sabemos porqué y para qué lo hacemos.

4. el problema de discernir mi responsabilidad.

La elaboración de planes de cuidados que reconocen un ámbito de responsabilidad propio para la enfermera ha supuesto, a menudo, una tendencia a recoger problemas de colaboración como diagnósticos enfermeros. Es decir, una tendencia a asumir responsabilidades que no nos corresponden. En nuestro caso ha sido uno de los aspectos en los que más se ha incidido tanto en la formación como en el asesoramiento para la elaboración de planes de cuidados estandarizados (PCE).

5. el problema de la falta de hábito en el pensamiento crítico.

Argumentar la necesidad de cultivar el pensamiento crítico entre las enfermeras es algo



que sobra. Es indispensable facilitar dicha tendencia. ¿Cómo?: Para nosotros básicamente de dos modos:

Primero, con la construcción de diagnósticos en formato PES, que hagan explícitos los elementos necesarios para la posterior planificación.

Segundo, con el proyecto de impulso a las sesiones clínicas de cuidados.

6. los palabros.

A pesar de reconocer que, muchas veces, el lenguaje estandarizado no es todo lo “acertado”, “cercano”, “fácil”,... que sería deseable, se ha optado por su uso mayoritario debido a las evidentes ventajas (para la interrelación de elementos) que conlleva esta opción cuando estamos empezando a planificar cuidados y pedimos a la herramienta informática que facilite dicha labor.

No obstante, nos parece adecuado hacer una llamada a la importancia que tiene una traducción semántica y no una traducción literal de los términos.

7. la poca concreción del lenguaje estandarizado: la dificultad para reflejar la individualidad de la persona.

Resulta cuando menos contradictorio (no queremos decir no-necesario) que una disciplina que lleva implícito el concepto de holismo y de irreductibilidad de la persona tenga que cerrar su forma de describir las respuestas humanas a un número, por otra parte, reducido de enunciados. Y estamos hablando tanto de diagnósticos como de resultados. Es una crítica habitual de los profesionales la “pérdida de información” que se produce al cerrar el lenguaje en todos sus términos. Es innegable. Pero, como el punto anterior, supone un precio que, en estos momentos y en nuestro ámbito, es necesario pagar.

8. el problema de personalizar (separadamente del diagnóstico médico).

La práctica habitual hace difícil identificar unos resultados diferentes. La idea de curación de la enfermedad es fácilmente identificable por el paciente, y habitual en el esquema mental de la enfermera. Las respuestas que caracterizan el “nivel de salud resultante”, muchas veces “transversales” (comunes, presentes) a muchos procesos (nivel de movilidad, conocimientos, superación de problemas,...) son algo que, al menos de forma explícita, aparece como un elemento nuevo.

9. el problema de la fiabilidad (por la subjetividad) de la evaluación.

La enfermería se mueve, por tradición (o por simpatía), en un paradigma cuantitativo. Se privilegia el dato numérico como elemento de precisión. Y aunque esto pueda ser así, no es menos cierto que convertir formas de respuesta en números no deja de ser algo artificial. ¿Es por tanto realmente un problema?

10. el problema de la desagregación de los resultados.

No podemos hablar al paciente de las parcelas que cada profesión resolvemos. Aunque no es esta la intención de uso de los NOC es necesario explicitarlo cuando se habla de



la herramienta, pues es imposible negar que hacer visible los resultados de la enfermera puede generar, si no se tiene cuidado, una nueva división del paciente.

11. pasar de la expertez y el paternalismo a la cooperación con el paciente. Planificar cuidados supone contar con el paciente en todas las fases del proceso enfermero, desde la valoración. Esto es algo que cuesta entender y, aún más, poner en práctica.

Aunque su participación en la recogida de información ha resultado más fácil (a pesar del reconocimiento, anteriormente mencionado, de falta de habilidades para la entrevista), consensuar con el paciente: diagnósticos, objetivos e intervenciones resulta extraño y todavía difícil.

En definitiva, el uso de las taxonomías permite definir la imagen ideal de enfermería que existe en los sueños de muchos. Pero no podemos exigirles aquello que ya suponen.



NECESIDAD DE UN LENGUAJE COMÚN EN LA GESTIÓN DE LOS CUIDADOS ENFERMEROS EN EL HOSPITAL

Rosario García Juárez
Enfermera Supervisora de la Unidad de Infecciosos. Hospital Universitario
Puerta del Mar de Cádiz

Introducción

La gestión de cuidados es un proceso dinámico que se centra en la toma de decisiones sobre la salud y el bienestar de las personas. ⁽¹⁾ Esta toma de decisiones debe estar dirigida por una metodología y rigor científico, debe estar basada en la evidencia, pero sobre todo debe estar centrada en el paciente sin olvidar la visión holística del individuo.

Desde hace unos años estamos asistiendo en Andalucía a un cambio en la gestión de cuidados que responde a las expectativas de la población y de los profesionales, y utiliza como elemento clave la Continuidad Asistencial. Se ha generado todo un Marco Legal que dirige el cambio de los cuidados hacia la personalización y el uso de metodología enfermera, apareciendo en los contratos programas de los hospitales y distritos de atención primaria objetivos de gestión de cuidados. Se ha facilitado la formación de los profesionales en el uso de metodología enfermera, se han creado las Comisiones de Cuidados de Área y ha aparecido la gestión de casos con la implantación de las figuras de Enfermeras Comunitarias de Enlace y Enfermeras de Enlace Hospitalarias. Igualmente se ha promovido el cambio de rol en las supervisoras de enfermería desde gestoras de recursos a gestoras de cuidados. ⁽²⁾

A todo ello hay que añadir como herramienta favorecedora de la Continuidad de los cuidados, la Gestión por Procesos Asistenciales Integrados que se basa en la visión de los procesos como el devenir del paciente a través del sistema sanitario y en su deseo de conseguir una respuesta única a sus problemas ⁽³⁾

Dentro de este contexto, en el Hospital Puerta del Mar, se diseñó durante el verano de 2003 un proyecto de Implementación del Proceso Enfermero que, bajo el marco conceptual del modelo de Virginia Henderson, contemplaba igualmente la formación de los profesionales en metodología enfermera, la reorganización de los servicios hacia modelos basados en la personalización y el uso de la taxonomía internacional NANDA-NIC-NOC como herramienta de comunicación de los cuidados en el hospital y con atención primaria.

En este proyecto, se comenzó por implantar el uso de metodología enfermera en dos unidades de gestión clínica. Posteriormente, y tras realizar una técnica DAFO entre los supervisores de las unidades de hospitalización, se diseñó un cronograma de implantación. ⁽⁴⁾

Una de las primeras unidades que aparecía en este cronograma y en las que se comenzó



la implantación fue la unidad de M. Interna/ Infecciosos.

Durante la experiencia de esta unidad en la implantación del proceso enfermero se identifican diversos factores que hacen evidente la necesidad del lenguaje normalizado en la gestión de los cuidados.

Evidenciando la necesidad de un lenguaje común

Los factores que llevan a objetivar esta necesidad de utilización de un lenguaje común en la gestión de cuidados, se convierten a su vez en las herramientas que ayudan a su incorporación a la práctica diaria. Estos factores son:

- La implantación de los procesos asistenciales integrados.
- La implantación del Informe de Continuidad de Cuidados al alta.
- La aparición de la figura del Enfermero Comunitario de Enlace como gestor de casos.
- La reorganización de los cuidados enfermeros según el modelo de práctica "Enfermería Primaria"

1. Implantación de procesos asistenciales en la unidad.

La participación de las enfermeras en el grupo de implantación de los procesos, (en este caso fueron los procesos VIH-SIDA y Pluripatológico), facilita el contacto con profesionales de Atención Primaria gracias a lo que se evidencia la necesidad de comunicación entre ambos niveles. Se diseñan y aplican planes de cuidados estandarizados. En nuestro caso se constituye un grupo de trabajo que, a partir de la experiencia de los profesionales que lo forman, selecciona siete diagnósticos enfermeros identificados como prevalentes en este tipo de pacientes, y se realiza un plan de cuidados estandarizados con taxonomía internacional. La informatización de los planes de cuidados posibilita la difusión entre los profesionales de la unidad y la utilización de la taxonomía.

2. La implantación del Informe de Continuidad de Cuidados al alta (ICC).

El ICC es un vehículo de información sobre los problemas de los pacientes y sus cuidados durante su ingreso. Para conseguir la transmisión de esta información se hace necesaria la adopción de un lenguaje común. La taxonomía NANDA permite la comunicación de los problemas del paciente detectados por la enfermera e igualmente la taxonomía NIC permite la comunicación de aquellas intervenciones susceptibles de ser continuadas en el domicilio del paciente. Por otra parte, el uso de indicadores NOC permite comunicar los resultados conseguidos tras las intervenciones con el paciente y su estado en el momento del alta hospitalaria.

La implantación del Informe de Continuidad de Cuidados supone, en líneas generales, un impulso en la formación de los profesionales y un avance en el uso de la taxonomía. No obstante, no todos los profesionales avanzan a igual velocidad. Existen diferencias que pueden ser debidas a la mayor o menor motivación en el trabajo y al diferente punto de partida de cada uno de los profesionales en el momento de la implantación.



En nuestro caso, el avance en el uso de la taxonomía NANDA y NIC es evidente, no así en lo que respecta al uso de taxonomía NOC, muy lejos aún de alcanzar resultados satisfactorios.

3. La figura de la Enfermera Comunitaria de Enlace (ECE)

La Enfermera Comunitaria de Enlace se enmarca dentro de la gestión de casos con una práctica avanzada de cuidados. La gestión de casos es un proceso de colaboración mediante el que la enfermera vela para que el paciente alcance los objetivos marcados en su plan asistencial coordinándose con diferentes profesionales y movilizándolo los recursos necesarios, garantizando así una atención integral y continuada que resuelva las necesidades de cuidados del paciente y su cuidadora (2). La actuación de estas enfermeras está dirigida principalmente a la población frágil que requiere una colaboración, entre los distintos niveles de atención, para la planificación de las altas. Una población con necesidad de cuidados en su domicilio, con necesidad de continuidad en los cuidados y, por supuesto, necesidad de comunicación entre los profesionales implicados en ellos. Esta necesidad de comunicación constituye igualmente el principal aliciente para seguir avanzando en la utilización del lenguaje normalizado.

De los contactos entre las enfermeras hospitalarias y las enfermeras comunitarias de enlace para realizar esta coordinación, surgen sesiones informales de cuidados en las que se utiliza el lenguaje normalizado, los profesionales se comunican utilizando la taxonomía internacional.

4. La implantación del modelo de práctica profesional “Enfermería Primaria”.

Los modelos de práctica profesional están presentes en cualquier situación donde encontremos un grupo de enfermeros trabajando; están constituidos por las dimensiones estructurales y contextuales de la práctica enfermera. (5) Uno de ellos es “Enfermería Primaria”, también considerado por algunos autores como una filosofía de cuidados, en la que el paciente es el centro de todas las actividades. (6,7) Surgió a finales de la década de los 60 como respuesta a la insatisfacción profesional. El rol de la enfermera primaria es ofrecer apoyo personal y cuidados técnicos expertos ayudando al paciente a decidir libremente el seguimiento de su plan de cuidados. (8) El paciente pasa a ser un sujeto activo y el punto de partida del trabajo enfermero es el establecimiento de una relación personal con el paciente que permita conocer sus problemas, sus percepciones y sus preocupaciones. La enfermera sigue ejerciendo todas aquellas actividades de ayuda al diagnóstico y tratamiento, su rol de colaboración, pero éste sólo representa una parte de su trabajo. Su principal preocupación debe ser encontrar qué significa la enfermedad para el paciente y ayudarlo, tanto a él como a su familia, a encontrar la mejor manera de hacer frente a la situación de salud. (8) Durante su ausencia, la enfermera primaria recibe ayuda de otras, denominadas enfermeras asociadas, para realizar los cuidados.

Basado en el modelo de Enfermería Primaria, se diseñó un sistema de asignación de



pacientes: la unidad está virtualmente dividida en dos sectores y las enfermeras se distribuyen, durante los diferentes turnos de trabajo, siempre en el mismo sector. A su llegada, cada paciente es asignado a la enfermera del sector en el que ingresa que se halle en turno de mañana ese día (independientemente de la hora a la que se produzca el ingreso del paciente). (9) De esta forma una enfermera es responsable de los cuidados de un número reducido de pacientes, tres como máximo, con los que ejerce de enfermera primaria, actuando como asociada para el resto de pacientes ingresados en ese sector. Existe un sistema de reasignación cuando se supera el número máximo de pacientes al cargo de una misma enfermera.

Las funciones de las enfermeras primarias y asociadas se resumen a continuación:
Funciones de las enfermeras primarias.

- Responsable del paciente las 24 horas del día.
- Realización de valoración integral y detección de problemas.
- Realización del plan de cuidados en colaboración con el paciente, familia y médico.
- Difusión del plan de cuidados entre las enfermeras asociadas.
- Comunicación con otros profesionales que intervienen en los cuidados.
- Realización y envío del Informe de Continuidad de Cuidados.

Funciones de las enfermeras asociadas.

- Ejecución de intervenciones del plan de cuidados.
- Registro de información relevante sobre el paciente en su turno de trabajo.
- Solicitud de sesiones de enfermería cuando se observen discrepancias con un plan de cuidados.

El papel de la enfermera-supervisora como gestora de cuidados dentro de este modelo de práctica es fundamental, siendo ella la persona que debe liderar el cambio en los cuidados. Debe reasignar los pacientes, basándose en la complejidad de los cuidados y en las capacidades de la enfermera. Detectar necesidades de formación entre los profesionales y, en el caso concreto de esta unidad, ella también actúa como enfermera primaria de, al menos, un paciente.

Para llevar a cabo sus funciones, las enfermeras, tanto si actúan como primarias o como asociadas, necesitan trabajar con una metodología y un lenguaje común que haga posible la comunicación entre el equipo. Además la aplicación de este modelo de práctica fomenta la autonomía y el rol independiente a la vez que delimita la responsabilidad. Los profesionales se hallan ante el reto de identificar las respuestas humanas de "sus pacientes" y etiquetarlas correctamente para no errar en su plan de cuidados.

En esta organización de los cuidados, los profesionales, sobre todo los que cuentan con una amplia experiencia y un prestigio profesional entre el resto de componentes del equipo se ven motivados a profundizar en el uso de la taxonomía.



CONCLUSIONES

Casi tres años después de comenzar este camino, la primera conclusión que obtengo es que este es un camino a veces, angosto y pedregoso y otras, demasiado cuesta arriba, pero también es justo reconocer que vale la pena emprenderlo.

La utilización del lenguaje normalizado es común en casi todos los profesionales del equipo aunque, como se ha comentado con anterioridad, no es homogénea. Existen profesionales con mayor motivación que avanzan más en su utilización.

La implantación del modelo de práctica “Enfermería Primaria” ha sido determinante para motivar a los profesionales a trabajar con metodología y a formarse en la utilización del lenguaje normalizado.

En el caso de la enfermera-supervisora, el trabajar como enfermera primaria le ofrece la oportunidad de observar directamente las dificultades que presenta la realidad a la hora de aplicar cambios en la gestión de los cuidados, lo que favorece la búsqueda de estrategias de mejora en la implantación.

Se observa un cambio en el objetivo del trabajo enfermero: de trabajar dando prioridad únicamente a la realización de intervenciones interdependientes a priorizar también las respuestas humanas de los pacientes ante sus situaciones de salud y comprender que las enfermeras podemos decidir con el paciente cómo ayudarle a solucionar estos problemas.

El abordaje de nuestro rol independiente ha abierto paso al planteamiento de problemas de investigación. A las discusiones sobre lo adecuado de las intervenciones propuestas y a “querer saber” qué estamos consiguiendo con un paciente y, como no, a querer contarle cuando la respuesta nos satisface.

Y, por encima de todo, hemos conseguido que el trabajo de la enfermería se haga cada vez más visible.

La ciudad de Cádiz es famosa por sus torres miradores. Destaca entre ellas una de estilo mudéjar, por ser la única con planta octogonal. Datada hacia la mitad del siglo XVIII, su hermosa decoración cerámica le confiere una particular belleza. Esta torre es conocida en Cádiz como “La Bella Escondida”, ya que al encontrarse en el centro de una manzana, sólo puede contemplarse desde una azotea u otra torre mirador. Fue bautizada así por Bartolomé Llompart que la descubrió un día que caminaba por la calle debido a que la finca adyacente había sido derribada. Cuando pienso en la enfermería que trabaja en los hospitales, a menudo la comparo con esta torre. En demasiadas ocasiones, la rígida y compleja estructura del hospital no permite que nuestro trabajo sea visible. En el caso de nuestra unidad la aplicación del modelo de práctica Enfermería Primaria y la utilización de la metodología enfermera han hecho posible “el derribo de la finca adyacente” y han permitido que muchos de nuestros pacientes contemplen la belleza de los cuidados enfermeros.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- (1) Martí N. Proyecto de gestión de cuidados en el Hospital Germans Trias i Pujol de Badalona. *Nursing*. 2004; 22(8): 50-58.
- (2) Coordinación Regional de Desarrollo e Innovación en Cuidados. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Estrategias de Mejora de los Cuidados Enfermeros en el Servicio Andaluz de Salud. Sevilla. 2004.
- (3) Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales. Consejería de Salud. Sevilla. 2001.
- (4) Cabeza de Vaca Pedrosa y cols. Proyecto de Implementación del Proceso Enfermero en las unidades de hospitalización del Hospital Puerta del Mar. *Sesiones para la Salud*. 2004; 22; 3-12.
- (5) López Alonso S. Revisión Crítica sobre los modelos de práctica enfermera y sus resultados. *Index de Enfermería*. 2004; 44-45, 32-36.
- (6) Sanchón Macías MV, López González S, Nespral Gaztelumendi C, Santos Abaunza P. La Enfermería Primaria: problemas para su implantación. *Enfermería Científica*. 1995; 164(165):73-74
- (7) David Pontin. Primary nursing: a mode of care or a philosophy of nursing? *Journal of Advanced Nursing*. 1999, 29(3); 584-591.
- (8) Binnie A, Titchen A. *Freedom to Practise. The Development of Patient-centred Nursing*. Butterworth-Heinemann. Oxford. 2001.
- (9) García Juárez R y cols. La Asignación Primaria, una forma de gestionar los cuidados en atención especializada. *Revista de Administración Sanitaria*. 2004; 2(4), 751-762.





LA ENFERMERA Y LOS RETOS PROFESIONALES. EXPERIENCIAS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Berta Gorlat Sánchez

Jefa de Bloque de Cuidados Hospital U. Virgen de las Nieves. Granada

Cuando me pidieron que presentara una ponencia en este Symposium en primer lugar me sentí alagada por ello, y en segundo lugar yo misma me marqué un reto: el de investigar qué hemos hecho hasta hoy las enfermeras. Comencé a realizar búsquedas bibliográficas y a recopilar información sobre experiencias profesionales y opiniones de diferentes enfermeras españolas de distintos ámbitos de la profesión, con amplia trayectoria profesional, en cuanto a asistencia, docencia, gestión, investigación, y fue entonces cuando fui consciente de cuanto hemos avanzado las enfermeras en nuestro camino profesional, y lo que es más importante cuanto nos queda por avanzar, por ello decidí titular mi presentación: la enfermera y los retos profesionales y exponer las últimas experiencias vividas en el hospital del que formo parte desde hace 20 años.

No podemos olvidar que la consolidación y el afianzamiento de los logros conseguidos es uno de los principales retos para los próximos años, y que el avance continuo de la sociedad, nos hace reconocer que los retos del futuro ya forman parte del presente.

“Para nosotras, que cuidamos, si no progresamos cada año, cada mes, cada semana, en realidad estamos retrocediendo”. Florence Nightingale.

Es digno de mención el reconocimiento internacional de las enfermeras, y el importante lugar en el que la sociedad nos sitúa como eje del sistema sanitario, lo que está siendo un importante estímulo para las enfermeras.

No podemos obviar que el entorno laboral y contractual no es favorable, pero a pesar de ello, las enfermeras somos capaces de ejercer un alto nivel de profesionalidad y responsabilidad, sin olvidar el compromiso con la calidad de nuestro servicio a la sociedad.

Para conseguir los retos que nos proponemos los enfermeros contamos con un gran capital: el compromiso de los profesionales.

Podemos considerar como primer reto el tener más confianza en nosotros mismos y participar en definir cómo queremos que sea nuestra profesión situándonos en el contexto de cambio social y en la necesidad de adaptarnos a él. Para ello es fundamental e imprescindible el desarrollo de dos elementos: la formación adecuada y la adecuación organizativa, de forma que el trabajo enfermero se oriente hacia la gestión de cuidados.

Otro reto es saber demostrar, día a día, a nuestros ciudadanos el valor añadido que les aportan nuestros cuidados enfermeros y la repercusión de estos en su calidad de vida o de muerte.

Por otra parte el avance y el desarrollo de la enfermería como disciplina, hoy día, exige



asumir una mayoría de edad profesional que lleve consigo la autonomía, la plena responsabilidad y el saber trabajar en interdependencias sin perder la propia identidad.

En Andalucía determinadas iniciativas como el Plan de Calidad de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía permiten afrontar los retos a los que nos enfrentamos. Se sitúa al ciudadano como el centro real del sistema, esto supone que las enfermeras, igual que otros profesionales, han de conocer las necesidades y expectativas presentes y futuras de los pacientes y usuarios, y orientar sus actuaciones a satisfacer estas expectativas. Se consideran como elementos fundamentales la personalización de los cuidados y la continuidad asistencial, lo que supone, además del impulso en la coordinación entre niveles, la participación en el diseño, la implantación y mejora de los procesos asistenciales, la incorporación de mejores prácticas y el alcanzar una visión compartida de la asistencia. Estrategias como el Plan de Apoyo a las Familias Andaluzas y la creación de las Figuras de Enfermera de Enlace Comunitaria y Hospitalaria para la gestión de casos, complementan esta iniciativa. Otras herramientas para responder a los cambios en cuidados de salud son la gestión por competencias, la acreditación de centros y la formación continuada.

Una vez entrados en materia, analicemos cada una de las áreas de la enfermería:

DOCENCIA-FORMACIÓN

Las dos últimas décadas del siglo XX han supuesto, sin duda, la mayor transformación en la historia de la enfermería española. Cabe destacar la nueva orientación de la formación enfermera a partir de su incorporación a la universidad en 1977, aunque es en los últimos 20 años cuando la enfermería se ha constituido como disciplina universitaria con una nueva orientación en la formación.

En los últimos años en Andalucía se ha realizado un importante esfuerzo para conseguir la formación de un amplio número de profesionales en metodología enfermera, a través de cursos para la estandarización y mejora de los cuidados enfermeros en Atención Primaria y en Atención Especializada. Estos cursos han sido organizados por la Dirección Regional de Desarrollo e Innovación de los Cuidados del Servicio Andaluz de Salud (SAS), y su finalidad ha sido hacer llegar a todas las enfermeras diferentes estrategias que mejoren los cuidados enfermeros, impulsando el desarrollo de modelos organizativos y de práctica clínica centrados en los pacientes de forma individual, así como el uso de las taxonomías enfermeras, y el desarrollo e implantación de diferentes instrumentos que garanticen la continuidad de cuidados.

En cuanto a los retos que nos planteamos. El acceso a la licenciatura y el doctorado es una necesidad para el desarrollo de nuestra disciplina y una responsabilidad para la mejora de la calidad de nuestro servicio a la sociedad.

Otra estrategia de futuro es asumir la integración de docencia-investigación, lo que permitirá construir pensamiento y conocimiento enfermero y crear la capacidad intelectual



que permita el desarrollo profesional y social de la enfermería.

Otro reto importante es diseñar un modelo educativo basado en competencias, lo que supone una nueva búsqueda de estrategias educativas y modernizar la educación para formar recursos humanos altamente cualificados que demuestren conocimientos, habilidades y actitudes indispensables en el ejercicio profesional de la enfermería.

Finalmente es destacable la necesidad de potenciar la cooperación entre profesores de Escuelas Universitarias de Enfermería (EUE) y los enfermeros gestores de las instituciones de forma que ambos participen en la elaboración de los programas docentes.

ASISTENCIA

Desde el nacimiento del código deontológico de la enfermería, y la regulación legal de la actividad enfermera con un campo de responsabilidad definido y de actuación propio, se consolida la función propia, tanto a nivel conceptual como en la práctica asistencial, lo que a su vez nos permite la protección contra el intrusismo.

Se reconoce la importancia y la relevancia del reflejo escrito de nuestra actividad que se materializa en el dossier de registros de enfermería, a partir de la ley 41/2002 de 14 de Noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente, contemplando en su artículo 15 que el contenido de la historia clínica del paciente contendrá, entre otros: la evolución y planificación de cuidados de enfermería y la aplicación terapéutica de enfermería.

Aparece una oferta específica y diferenciada de cuidados enfermeros a la población, en los distintos ámbitos profesionales, en especial se potencia la autonomía de la enfermera en la atención directa de consultas y gestión de cuidados, de forma que nos hemos hecho imprescindibles en nuevas ofertas como la atención domiciliaria y los cuidados paliativos.

Un gran logro ha sido la creación de las figuras de enfermeras de enlace, comunitarias y hospitalarias, que enmarcan su trabajo en la gestión de casos, como respuesta a una importante demanda de la población. A través de estas enfermeras se recoge información, se realiza una planificación en cada caso, y se coordinan los diferentes profesionales y recursos disponibles para satisfacer las necesidades de los usuarios en términos de calidad, eficacia y eficiencia.

Pero a pesar de todos estos logros nos enfrentamos a una cruel realidad que es preciso analizar: la queja generalizada de las enfermeras por la sobrecarga de trabajo asistencial. Haciendo una valoración de los elementos que ocasionan esta sobrecarga de trabajo, podemos enumerar los siguientes:

1. Variabilidad en la práctica clínica que ocasiona que la gestión de los cuidados sea difícil de identificar.
2. Distribución de recursos inadecuados en ocasiones y siempre discutida.
3. La carga de trabajo de la enfermería no solo se reduce a la actividad de cuidar sino que se asumen tareas administrativas, de comunicación, disfunciones de relaciones con



los servicios de soporte, estructura arquitectónica y la gestión de imprevistos. En este contexto la principal meta es la superación definitiva de la enfermería subalterna, con la implantación de un modelo de enfermería y una metodología de trabajo, convirtiéndonos en responsables autónomos del cuidado en todas las facetas de atención al paciente y en toda la organización.

Se ha de considerar prioritaria la medición de los resultados de las actividades sobre la base de indicadores estandarizados y comparables entre las diferentes organizaciones, lo que permitirá homologar, estandarizar y acreditar los cuidados de enfermería, organizarlos, conocer los costes de los mismos y mejorarlos a través de la evidencia científica. De ahí la importancia del desarrollo de la vertiente métrica de la ciencia de los cuidados: la cuidadometría, que nos permitiría medir los fenómenos de enfermería, las intervenciones enfermeras y los resultados en salud atribuibles a las enfermeras.

Como importante elemento de ayuda podemos considerar los programas informáticos que trabajan con procesos de atención de enfermería (Gacela, e-Osabide, Flor y otros) que nos permiten codificar lo que hacemos, unificar progresivamente el lenguaje y comparar las prácticas.

En Andalucía se considera un objetivo prioritario en el SAS la coordinación interniveles y la continuidad de cuidados, para ello se han puesto en marcha una serie de instrumentos que han de mantener un desarrollo creciente, son: Comisiones de cuidados de área, Informes de continuidad de cuidados, Cuaderno para la continuidad de cuidados y Módulos de cuidados para garantizar la disminución de la variabilidad en la gestión clínica de los cuidados.

Por otra parte y tras la aprobación del Decreto de Apoyo a las Familias Andaluzas, las cuidadoras familiares han pasado de ser instrumentos de sustitución, allí donde la atención era insuficiente o incompleta, a convertirse en Población Diana de la cartera de servicios del SAS.

Otro reto importante es el desarrollo de los telecuidados como instrumento para la innovación de los cuidados. El SAS ha desarrollado un Plan de Continuidad Asistencial mediante el seguimiento telefónico de los pacientes que son dados de alta los fines de semana y días festivos.

Por último resaltar que ya algunos gobiernos, como el Británico, se han planteado una importante reforma de la sanidad pública y han incorporado equipos de enfermeras especializadas como sustitución, en muchos casos, a los médicos de cabecera.

GESTIÓN

En cuanto a gestión uno de los mayores logros ha sido el acceso a puestos directivos en la estructura del sistema, de forma que la existencia de direcciones de enfermería con formación en gestión, integradas en las gerencias de las instituciones, ha supuesto una



implicación en el planteamiento de objetivos, medición de actividades, gestión de recursos y evaluación de resultados.

Se plantea una gestión por competencias, la cual tiene por objeto introducir un modelo de gestión de recursos humanos basado en el desarrollo del potencial de los profesionales, mediante el análisis de las conductas observables y evaluables que permitan alinear las cualidades de los trabajadores con los retos de la organización.

Un reto importante es la adopción de metodología de gestión por procesos como instrumento de gestión y cambio organizativo, identificando los procesos clave, los líderes del proceso y los recursos necesarios para su aplicación.

Finalmente es destacable la importante demanda, por parte de los profesionales, de mejoras en el terreno laboral y profesional en cuanto a condiciones de trabajo, sueldos, turnos...

INVESTIGACIÓN

El año 1987 se convierte en un año clave, ya que es cuando el Fondo de Investigación Sanitaria como Agencia Financiadora de Investigación en Salud abrió el camino de la investigación a los profesionales de enfermería. Se procedió a la asignación de profesionales de enfermería a las Comisiones Técnicas de Evaluación, se creó la Unidad de Coordinación y Desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investén-isciii) dependiente del Instituto de Salud Carlos III del Ministerio de Salud y Consumo. Desde entonces el número de proyectos presentados para su evaluación y financiación ha ido en aumento año tras año, poniendo en marcha la investigación como una herramienta de progreso al alcance de la enfermería.

La investigación ha ido avanzando, aunque dificultada por la imposibilidad de doctorados específicos que desarrollarán herramientas y campos de investigación específicamente enfermeros.

Otro reto en cuanto a investigación es la necesidad de fortalecer asociaciones de enfermería y de integrar la cultura investigadora en la profesión, de forma que la investigación se prodigue como un hecho habitual, para ello es fundamental atraer a jóvenes investigadores y liberar tiempo para que las enfermeras asistenciales puedan investigar.

Finalmente es necesario mejorar nuestra presencia en las actividades de investigación de la Comisión Europea, concretamente en el VI Programa Marco (2003-2006), para ello es preciso establecer contacto con los investigadores que realizan proyectos en Europa.

Hasta aquí hemos analizado los logros conseguidos y los retos a los que nos enfrentamos como enfermeros, y a partir de este punto me propongo, exponer la experiencia de



nuestro complejo hospitalario en este ambicioso proyecto de cambio al que nos estamos enfrentando, con muchos inconvenientes como era de esperar, pero sobre todo y más importante, con el conocimiento de cuales son nuestros objetivos como enfermeros y con la ilusión de alcanzarlos.

El HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES de Granada, figura entre los grandes hospitales del Servicio Sanitario Público Andaluz (SSPA), situándose como un hospital de tercer nivel..

Nuestro hospital ha adoptado en la práctica asistencial enfermera el modelo de Virginia Henderson. La adopción de este modelo nos permite a todos hablar con el mismo lenguaje, ponernos de acuerdo con respecto al objetivo, describir las características del usuario, localizar la fuente de dificultad del usuario, identificar el área específica de competencia y ponernos de acuerdo sobre las consecuencias.

Desde finales de Marzo de 2002 se comienza a trabajar en el hospital en la línea de procesos asistenciales marcada por la Consejería de Salud, constituyéndose distintas comisiones con el objetivo de superar los problemas de fragmentación de la asistencia que se producen entre Atención Primaria y Atención Especializada.

A través de la Dirección Regional para el Desarrollo e Innovación de los cuidados se adoptan una serie de medidas para el desarrollo de estas líneas estratégicas.

Para abordar los retos y las modificaciones previstas en nuestro hospital nos planteamos los siguientes objetivos: como objetivo prioritario nos propusimos transmitir un mensaje positivo de cambio, abierto a la participación de las enfermeras y centrado en el compromiso que como profesionales tenemos con la sociedad; como objetivos específicos nos planteamos: iniciar los cambios necesarios para la personalización mediante la asignación de enfermera primaria, unificar elementos comunes y básicos de la metodología de cuidados, y por último garantizar la continuidad de cuidados durante la estancia del paciente en el hospital y tras su alta.

En un hospital tan complejo como el nuestro no podíamos comenzar el proceso de cambio en todas las unidades a la vez, de forma que se eligieron una serie de unidades a las que podemos denominar "pioneras en la reorganización de los cuidados". La elección de estas no ha sido arbitraria, buscamos unidades en las que los factores internos fuesen un apoyo importante y en las que existiera un compromiso y un apoyo por parte de todo el equipo, especialmente el de enfermería, estas han sido: Oncología, Medicina Interna, Urología, Salud Mental, Neurología, Ginecología y Obstetricia, Cirugía infantil y Pediatría.

Las líneas estratégicas seguidas han sido las siguientes: personalización de la atención a través de la asignación enfermera primaria; detección de diagnósticos enfermeros más prevalentes en sesiones de enfermería realizadas en cada unidad, desarrollo de planes



de cuidados e implantación de estos; identificación de pacientes frágiles o con grandes necesidades al alta; planificación del alta; continuidad de cuidados a través de registros adecuados, contacto directo con enfermera comunitaria de enlace en los casos precisos, telecontinuidad de cuidados por el servicio de Salud responde; sesiones conjuntas a través de las comisiones de área; identificación de elementos que puedan producir fracturas en la continuidad asistencial; monitorización de indicadores de calidad (asignación enfermera primaria, identificación de los profesionales y detección de problemas de enfermo y cuidadora en los registros enfermeros, implantación de planes de cuidados, caídas, incidencia y prevalencia de úlceras por presión, número de informes de continuidad de cuidados enviados a atención primaria, reclamaciones, felicitaciones, cuidadoras formadas, número de trabajos de investigación realizados, formación del personal, procedimientos enfermeros realizados, validados y revisados...)

Como impulsores de los principales retos a los que nos enfrentamos, se han formado en el hospital distintas comisiones, que han sido y siguen siendo, promotoras de cambios y mejoras importantes, son las siguientes:

- * Comisión de Calidad de los cuidados de enfermería, cuyo objetivo es fomentar, estimular y coordinar las actividades necesarias para garantizar la calidad de los cuidados de enfermería.
- * Comisión de Cuidados de Área, cuya finalidad es estabilizar y mejorar el proceso de continuidad de cuidados entre ambos niveles asistenciales.
- * Comisión Provincial de Área de enfermería para la continuidad de cuidados, cuya finalidad es garantizar la continuidad de cuidados entre niveles asistenciales, con especial atención a grupos de pacientes vulnerables y a sus cuidadoras en la provincia de Granada.
- * Subcomisión de procedimientos y técnicas de enfermería, cuyo objetivo es unificar criterios de actuación en la prestación de los cuidados para que disminuya la variabilidad y los errores en la atención al usuario.
- * Grupos de trabajo para la organización y cuidados en unidades de hospitalización.

Desde la creación de la Comisión Provincial de Área y la Comisión de cuidados de área se comenzó a prestar especial atención a los criterios que definirían a los pacientes más vulnerables para la elaboración del informe de continuidad de cuidados, se elaboró y validó un informe de continuidad de cuidados con lenguaje enfermero (NANDA-NOC-NIC) incluyendo tests y cuestionarios de apoyo consensuados entre atención primaria y especializada, se estableció el circuito para su envío y recepción, se elaboró un directorio de teléfonos de las enfermeras responsables de cada unidad de hospitalización y de cada centro de salud de los distritos adscritos al hospital, y finalmente se comenzó la elaboración de guías consensuadas de práctica clínica, lo que ha permitido, una vez finalizadas algunas, la disminución de la variabilidad.

Resumiendo podemos concretar que en el último año se han realizado los siguientes logros en las unidades de nuestro hospital: se ha formado en metodología a un número



importante de enfermeras, se ha conseguido una alta receptividad y participación de las enfermeras, especialmente de las Supervisoras, existe un número creciente de unidades en las que se usa metodología enfermera y se trabaja con asignación de enfermera primaria, han aumentado el número de sesiones clínicas de enfermería, igualmente ha aumentado los informes de continuidad de cuidados enviados a AP y Salud Responde, ha disminuido la variabilidad y existe un registro creciente de indicadores de calidad de los cuidados.

Por otra parte pretendemos que se desarrolle la figura de las Enfermera de Enlace Hospitalaria, que se consiga la visita de Enfermeras de AP al hospital en el caso de pacientes frágiles y reingresos frecuentes, y que los Enfermos y sus Cuidadoras sean más protagonistas.

Hasta ahora han sido importantes los logros conseguidos, lo que no nos impide ver los retos que nos quedan por alcanzar, somos conscientes de los cambios a los que nos enfrentamos y del esfuerzo que ellos suponen, pero contamos con el apoyo del equipo directivo y sobre todo con la ilusión y la capacidad de nuestras enfermeras, que son profesionales capaces de adquirir un grado de compromiso que se traduzca en una oferta de oportunidades y propuestas de desarrollo con el objetivo de mejorar la calidad de los cuidados y el servicio al ciudadano.

“En un mundo donde los movimientos migratorios deshacen las fronteras, la globalización encierra efectos inciertos, la tecnología se impone a las necesidades, crecen las amenazas medioambientales para la salud, y el principio de equidad y salud para todos está comprometido, no cabe adaptarse a los cambios, sino provocar que estos ocurran en la dirección correcta”. Sagrario Almazán González. Enfermera. Directora Gerente de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.

BIBLIOGRAFIA

1. Estevez Reig, J; Gonzalez Gutierrez, S; Ferro Montiu, M; Moreno M; Vidal Milla, A; Blasco Santamaría, R; Brea P. “Profesión de enfermería: ¿Qué logros se han conseguido y qué retos nos depara el futuro? (I)”. Rev. Nursing, 2003, Vol 21, Num 1:50-53.
2. Burguete Ramos, D; García C; Barcena D; Llauradó C; Vallespin Montero R; Carreras M; Guirao A. “Profesión de enfermería: ¿Qué logros se han conseguido y qué retos nos depara el futuro? (II)”. Rev. Nursing, 2003, Vol 21, Num 3:58-61.
3. Almazán Gonzalez, S; Mompart M P; Duran M; Frías Osuna, A; Vilagrasa P; “Profesión de enfermería: ¿Qué logros se han conseguido y qué retos nos depara el futuro? (III)”. Rev. Nursing. 2003, Vol 21, Num 6:62-65.
4. Fernández Fuentes, A; Pacheco Borrella, G; Soldevilla Agreda, J J; Creus i Virgili, M; Ugalde M. “Profesión de enfermería: ¿Qué logros se han conseguido y qué retos nos depara el futuro? (IV)”. Rev. Nursing, 2003, Vol 21, Num 8:60-63.
5. García Juárez, R; Fuentes Cebada, L; Cabeza de Vaca Pedrosa, M J; Pineda Soriano, A; Montero Vallejo, J J; Jiménez Pérez, I. “La asignación de Enfermería Primaria; una forma de gestionar los cuidados en Atención Especializada”. Revista de Administración Sanitaria, Siglo XXI, Octubre 2004, Vol 2, Núm 4, 751-762.
6. López Ruiz, J “Orientación de la producción científica enfermera”. Rev. Nursing, Abril 2003, Vol 21, Núm 04, 49-57



7. Guillaumet i Olives, M y clbs " Teoría del cuidado humano. Un café con Watson". Revista Metas Enfermería, Marzo 2005, 8 (2): 28-32
8. Fay Yocum "Registros de enfermería: cuidados de calidad". Rev. Nursing, Marzo 2003, Vol 21, Núm 03, 22-27
9. Silva Gustavo, A; Silva Lima, M A "Idealización y realidad en el trabajo de la enfermera en unidades especializadas". Revista R Bras Enferm. Portugal, enero-feb 2003, 56(1):14-27
10. Rodríguez Sánchez, B; Cruz Abascal, H M. "Modelo educativo basado en competencias" Rev Enferm IMSS, mayo-agosto 2000, 8(2):111-115
11. Maña, Manuel; Fernández, M Elena; Mesas, Amparo. "Análisis de la formación en metodología enfermera por las direcciones de enfermería de atención primaria ". Rev. Enfermería Clínica, jul-agosto 2004, 14(4):203-209
12. Lacida Baro, M. " La importancia de los modelos en la prestación de cuidados enfermeros ". Rev. Enfermería Oncológica, Marzo 2002, 7(1):26-34
13. Pérez Perdomo, M; García González, A; Figueredo Villa, K " Enfoque del paradigma enfermero en la Enfermería Geriátrica". Rev Enfermería 21, Febrero 2006, ISBN/ISSN 114582-214 (www.enfermeria21.com, consultado el 10-03-2006
14. Pulido Justicia, Rita; Souto Pena, Carmen. "Sesiones enfermeras. Una asignatura pendiente ". Rev. Metas Enfermería, nov 1999, 11(20):45-47
15. Cárdenas Valladolid, J "El registro electrónico de la actividad enfermera en atención primaria: la necesidad de las taxonomías enfermeras". Revista Excelencia Enfermera, Agosto 2004, Núm 0, www.ExcelenciaEnfermera/Articulo_EE (consultado el 06/03/2006))
16. Román Cereto, M y clbs. "Las taxonomías enfermeras NANDA, NOC y NIC en la práctica asistencial hospitalaria ". Rev Enfermería Clínica, Mayo 2005, Vol 15, Núm 3, 163-166) (Alfonso Maestre, JA " Gestionando cuidados ; Un reto para enfermería ;. Rev. Enfuro, enero-marzo 2001, 77:29-31)
17. Costa-Doménech, J y clbs "Diseño e implantación de un modelo de gestión por competencias en el sector salud ". Revista Calidad Asistencial, Octubre 2003, vol 18, núm 06, 325-331)
18. Pedro Gómez, J E; Morales Asensio, J M. "Las organizaciones ¿favorecen o dificultan? ". Rev. Index Enfermería, Primavera-Verano 2004, Año XIII (44-45): 26-31)
19. Morales Asensio, J M. "¿Qué aporta el concepto de evidencia científica a la práctica clínica de los cuidados? ". Rev. Index Enfermería, Verano 2003, Año XII (40-41):35-40)





INSTRUMENTOS DE APOYO PARA LAS DECISIONES CLÍNICAS EN RESPUESTAS HUMANAS

José Miguel Morales Asencio

Responsable de la Unidad de Efectividad e Investigación. Distrito Sanitario Málaga. Profesor asociado de la Escuela Andaluza de Salud Pública

La Enfermería ha madurado en su desarrollo científico y se encuentra en la actualidad con un arsenal conceptual que ha de integrar en aras de ofertar soluciones a las necesidades de salud de la población. Los sistemas Estandarizados de Lenguaje Enfermero, la Enfermería Basada en la Evidencia, han de armonizarse adecuadamente con el marco conceptual enfermero y ser acordes con los planteamientos paradigmáticos que desde hace muchos años vieron la luz en la ciencia enfermera. El uso clínico de muchos de estos instrumentos es aún irregular, aunque de indudable utilidad; en el campo de la investigación aplicada tampoco hay una clara irrupción definitiva de este depósito cognoscitivo como sustento de los distintos estudios que se realizan en la actualidad. Es necesario un recorrido hacia adelante que permita explotar las virtudes de Modelos conceptuales y taxonomías, que oriente el juicio clínico y la decisión terapéutica, todo ello, incorporando los beneficios de resultados de investigación relevantes.

Posiblemente, estemos en una fase transicional del proceso enfermero, marcada por toda esta irrupción de conocimiento que aún permanece ciertamente desarmonizada y genera incongruencias y desaliento entre las enfermeras, conforme van progresando en el dominio e incorporación de la metodología a su práctica clínica.

Uno de los problemas más acuciantes es mejorar el proceso de toma de decisiones de la enfermera en dos grandes vertientes: el juicio diagnóstico, y el juicio terapéutico. La intuición o el razonamiento inductivo por sí solos tienen una capacidad predictiva restringida; por otra parte, la aplicación de instrumentos que ayuden al razonamiento clínico desde una aproximación puramente deductiva, ofrece también limitaciones ya que aún no se dispone de estructuras taxonómicas con amplia capacidad discriminatoria (y, posiblemente, nunca se alcancen cotas de perfección en todas las dimensiones de la persona). Así pues, la vía más plausible puede ser la conjugación de ambas vías, el perfeccionamiento de los instrumentos actuales y la búsqueda de nuevos atributos de éstos. Todo ello, conciliado con el enfoque de un modelo enfermero e integrado en la secuencia de verificación-explicación científica que tantos beneficios ha aportado a las Ciencias de la Salud en los últimos tiempos. En este sentido, hemos desarrollado un proceso de razonamiento clínico que intenta aproximar todas estas premisas, descubriendo valores añadidos en la NOC, conjugando modelo, taxonomías y evidencia, con una clara incidencia en la validación de factores relacionales, medición de resultados, y enjuiciamiento terapéutico que guíe la elección de las intervenciones más apropiadas.



VALIDACIÓN DE LA TAXONOMÍA II EN ESPAÑA (RESULTADOS PRELIMINARES)

Josep Adolf Guirao Goris
Vicepresidente de Aentde

INTRODUCCIÓN

La validez de un instrumento de medida demuestra hasta qué punto un instrumento mide lo que en realidad pretende medirⁱⁱ. La validez puede ser de diversos tipos. Uno de ellos es la *validez aparente*ⁱⁱⁱ, que designa si el instrumento parece medir de forma adecuada el constructo conceptual. Podrían ser considerados como estudios de validez aparente los realizados por Cuesta et al^{iv} (1994), y, Ugalde y Rigol^v (1995). Clásicamente^{vi}, las facetas que se consideran que tienen mayor importancia son: la validez de contenido, la validez de criterio y la validez de constructo.

LA VALIDEZ DE CONTENIDO

La validez de contenido se refiere a la representatividad del conjunto de enunciados que constituyen el concepto que se va a medir. Previamente a la validación de contenido se debe realizar un estudio del análisis conceptual de la etiqueta diagnóstica. La validez de contenido sólo indica lo que un grupo de expertos piensa; no se tiene la seguridad de que sus juicios coincidan con el fenómeno que se da en el mundo real.^{vii}

En España, el primer estudio de validez de contenido es el de Frías Osuna et al^{viii} (1993) que realizan un estudio previo de análisis conceptual y validan la taxonomía de autocuidados cotidianos en una población de pacientes crónicos.

Para el estudio de la validez de contenido existen descritos varios métodos que en la práctica se pueden combinar entre sí: el modelo Fehring, la metodología Q, el método Delphi y el modelo de estimación de la magnitud. De todos ellos analizaremos el modelo de Fehring y el método Delphi.

EL MODELO FEHRING (1986)^{ix}

El modelo de Validez de Contenido Diagnóstico VCD de Fehring utiliza una metodología similar a la empleada en la validación de contenido de los instrumentos de medida en los que se halla un Índice de Validez de Contenido. Con este método se consulta a enfermeras expertas siguiendo las siguientes etapas:

- 1) Una muestra de enfermeras expertas puntúa en una escala de 1 a 5 las características definitorias de un diagnóstico determinado. Las puntuaciones indican cómo es de representativa cada característica de una etiqueta diagnóstica dada. La puntuación entre uno y cinco se interpreta del siguiente modo: 1, nada característico; 2, poco característico; 3, algo característico; 4, bastante característico; y 5, muy característico.



- 2) Se usa la técnica Delphi para mejorar el consenso entre los expertos. Aunque si se dispone de pocos recursos, se puede eliminar esta fase.
- 3) Se calcula el coeficiente ponderado para cada característica. Los coeficientes ponderados se obtienen mediante la suma de los pesos asignados en cada respuesta, dividida entre el número total de respuestas. Los pesos asignados son: 5=1; 4=0,75; 3=0,50; 2=0,25; 1=0.
- 4) Se descartan las características con un coeficiente menor a 0,5.
- 5) Las características con coeficientes mayores de 0,75 se etiquetarán como críticas.
- 6) La puntuación del índice de VCD se obtiene hallando el promedio de la puntuación obtenida del coeficiente de cada característica.

Una limitación del modelo de VCD y, en general, en los estudios de validez de contenido, se encuentra en la definición de los expertos. Fehring^x (1994) propone una modificación al modelo sugiriendo siete criterios para identificar en qué medida los expertos realmente lo son. A estos criterios se les asigna un peso y se establece un mínimo de 5 para ser considerado experto.

Los resultados: La prueba de la práctica

Haremos especialmente hincapié en los Resultados¹. Ya comenzamos ayer a trabajar ampliamente el NOC (Nursing Outcome Classification: Clasificación de Resultados de Enfermería) con una de sus teóricas más destacadas, Sue Moorhead.

Aunque las enfermeras son indispensables para la atención a los enfermos y a la salud de la población, casi siempre han estado institucionalmente ocultadas, casi “desaparecidas”, sin el reconocimiento de lo que el esfuerzo de los cuidados han aportado a los enfermos y a los sistemas modernos de salud. Probablemente han sido el cine y la literatura, los que han atestiguado públicamente mejor que nadie su importancia en la vida social y de las personas. Las consecuencias de este aparente ocultamiento social han sido obvias: papeles subalternos, abandono formativo, depreciación profesional y finalmente, la propia subestimación de los profesionales.

Sistema de puntuación de expertos para el modelo de validación de Fehring	
Criterio	Puntuación
Doctorado en enfermería	4
Doctorado en enfermería con el desarrollo de una tesis relevante para el diagnóstico de interés	1
Investigación publicada sobre el diagnóstico o contenido relevante para el mismo	2
Artículo publicado en el diagnóstico en una revista científica con revisores	2
Disertación doctoral en diagnósticos	2
Práctica clínica actual mínima de un año en un área relevante para el diagnóstico de interés	1
Certificación en el área clínica relevante para el diagnóstico de interés	2



Sin embargo, estos criterios son de difícil aplicación en otras realidades culturales como Japón (Sato, 1998), donde hay pocas enfermeras doctoradas, o en España donde todavía no existen. Sato^{xi} identificó como enfermeras expertas a enfermeras con diferente formación educativa. Levin^{xii} (2001) recomienda, por otra parte, ser flexible en la determinación del experto para ser sensible a otras realidades culturales.

Otra modificación del modelo es la realizada por Sparks y Lien-Gieschen^{xiii} (1994) para que sea más potente:

1. Descartar las características definitorias con una puntuación menor a 0,6.
2. Las características definitorias con una puntuación entre 0,8 y 1 se catalogan como mayores.
3. Las características menores serán aquellas con una puntuación entre 0,6 y 0,79.
4. Para aquellos diagnósticos con más de siete características definitorias se sugiere que la puntuación del índice de VCD se calcule del siguiente modo para no disminuirlo de forma artificial:
 - a) Contar la puntuación de las características mayores dos veces.
 - b) Contar la puntuación de las características menores una vez.
 - c) Determinar la media de todas las puntuaciones.

El modelo de Fehring ha sido ampliamente utilizado^{xiv} para estudiar la validación de contenido. En España, Giménez^{xv} (1997) lo ha utilizado para validar la Respuesta disfuncional al destete del respirador. Guirao, Moreno y Martínez-Del^{xvi} (2001) lo han utilizado para validar una nueva etiqueta diagnóstica.

MÉTODO

En septiembre de 2001, la junta directiva de AENTDE se propuso realizar la validación de la taxonomía II de la NANDA en España. El método propuesto para realizar la validez de contenido de la taxonomía por parte de la AENTDE se planteó en 2 fases:

En la primera fase, basándose en la estructura metodológica del modelo de Fehring se han propuesto cuatro facetas de la validez de contenido que denominaremos validez intrínseca de las etiquetas diagnósticas.

Las facetas que componen esta validez intrínseca son:

Claridad de la etiqueta:

La etiqueta es inteligible y fácil de comprender

Esta variable puede tomar los siguientes valores:

1, nada inteligible; 2, poco inteligible; 3, algo inteligible; 4, bastante inteligible; y 5, muy inteligible.

Claridad de la definición:

La definición es inteligible y fácil de comprender

Los valores: 1, nada inteligible; 2, poco inteligible; 3, algo inteligible; 4, bastante inteligible; y 5, muy inteligible.



Coherencia:

La definición expresa de forma exacta el significado de la etiqueta diagnóstica y no recurre a los términos empleados en la etiqueta.

Valores: 1, nada coherente; 2, poco coherente; 3, algo coherente; 4, bastante coherente; y 5, muy coherente.

Capacidad de intervención:

La enfermera puede intervenir de forma independiente sin la participación de otro profesional.

Los valores que puede asumir son: 1, ninguna capacidad de intervención independiente; 2, poca capacidad de intervención independiente; 3, alguna capacidad de intervención independiente; 4, bastante capacidad de intervención independiente; y 5, mucha capacidad de intervención independiente.

Para cada faceta se calcula un coeficiente ponderado. Los coeficientes ponderados se obtienen mediante la suma de los pesos asignados en cada respuesta, dividida entre el número total de respuestas. Los pesos asignados son: 5=1; 4=0,75; 3=0,50; 2=0,25; 1=0.

Coefficiente ponderado de Claridad de la etiqueta:

Se considerará un valor entre 0,6 y 0,79 como alto. Los valores superiores o iguales a 0,8 se considerarán muy altos.

Coefficiente ponderado de Claridad de la definición:

Se considerará un valor entre 0,6 y 0,79 como alto. Los valores superiores o iguales a 0,8 se considerarán muy altos.

Coefficiente ponderado de Coherencia:

Se considerará un valor entre 0,6 y 0,79 como alto. Los valores superiores o iguales a 0,8 se considerarán muy altos.

Coefficiente ponderado de Capacidad de intervención:

Para que se pueda recomendar el uso de las etiquetas diagnóstica se recomienda que las categorías diagnósticas cuente con una capacidad de intervención mayor a 0,60.

Tamaño de la muestra

La muestra es una muestra de conveniencia obtenida mediante la técnica de muestreo en red, iniciándose el proceso en los miembros de la Junta directiva, mediante un anuncio en la página web y el correo de la asociación y un anuncio hecho público en el marco del V simposium Intenacional de Diagnósticos de Enfermería celebrado en 2004 en Valencia. La muestra la componen 62 enfermeras, muestra suficientemente amplia según el modelo propuesto por Fehring que la establece entre 25 y 50 enfermeras. El periodo de recopilación de datos se extendió desde junio de 2002 hasta el 10 de enero de 2006.



RESULTADOS

Claridad

101 etiquetas diagnósticas tienen un coeficiente ponderado de claridad muy alto, 44 tienen un coeficiente de claridad alto y 9 etiquetas tienen un coeficiente de claridad bajo. En la tabla 1 y 2 se pueden observar las etiquetas diagnósticas con mayor y menor puntuación.

Tabla 1. Etiquetas con mayor coeficiente ponderado de claridad –
(La definición es inteligible y fácil de comprender)

Etiqueta diagnóstica	Coficiente ponderado de claridad
Hipotermia	0,99
Riesgo de infección	0,99
Estreñimiento	0,98
Hipertermia	0,98
Dolor agudo	0,97
Dolor crónico	0,97
Incumplimiento del tratamiento	0,97
Lactancia Materna Eficaz	0,97
Náuseas	0,97
Riesgo de aspiración	0,97

Tabla 2. Etiquetas con menor coeficiente ponderado de claridad –
(La definición es inteligible y fácil de comprender)

Etiqueta diagnóstica	Coficiente ponderado de claridad
Patrones sexuales ineficaces	0,63
Disreflexia autónoma	0,6
Riesgo de deterioro parental	0,6
Riesgo de disreflexia autónoma	0,6
Deterioro parental	0,58
Disminución de la capacidad adaptativa intracraneal	0,57
Síndrome traumático de la violación: reacción compuesta	0,55
Desatención unilateral	0,54
Perturbación del campo de energía.	0,45

Claridad de la definición

72 etiquetas diagnósticas tienen un coeficiente ponderado de claridad de la definición muy alto, 86 tienen un coeficiente de claridad de la definición alto y 11 etiquetas tienen un coeficiente de claridad de la definición bajo. En la tabla 3 y 4 se pueden observar las



etiquetas diagnósticas con mayor y menor puntuación.

Tabla 3. Etiquetas con mayor coeficiente ponderado de claridad de la definición–
(La etiqueta es inteligible y fácil de comprender)

Etiqueta diagnóstica	Coeficiente ponderado de claridad
Déficit de autocuidado: baño/higiene	0,94
Déficit de autocuidado: uso del WC	0,94
Déficit de autocuidado: vestido/acicalamiento	0,94
Claridad definición -hipotermia	0,94
Claridad definición -Riesgo de infección	0,94
Deterioro de la movilidad en la cama	0,93
Claridad definición -hipertermia	0,93
Claridad Definición -Lactancia Materna Ineficaz	0,93
Claridad definición -Riesgo de aspiración	0,93
Conductas generadoras de salud	0,92
Déficit de autocuidado: alimentación	0,92
Conocimientos Deficientes (Especificar)	0,92
Deterioro de la integridad cutánea	0,92
Deterioro de la mucosa oral	0,92
Diarrea	0,92
Estreñimiento	0,91
Riesgo de caídas	0,91

Tabla 4. Etiquetas con menor coeficiente ponderado de claridad de la definición–
(La etiqueta es inteligible y fácil de comprender)

Etiqueta diagnóstica	Coeficiente ponderado de claridad
Riesgo de conducta desorganizada del lactante	0,59
Afrontamiento familiar incapacitante	0,58
Afrontamiento defensivo	0,51
Disminución de la capacidad adaptativa intracraneal	0,51
Síndrome traumático de la violación: reacción compuesta	0,51
Sufrimiento espiritual	0,48
Riesgo de sufrimiento espiritual	0,47
Privación de sueño	0,46
Perturbación Del Campo De Energía.	0,46
Disposición para mejorar el bienestar espiritual	0,37
Riesgo De Soledad	0,34



Coherencia

58 etiquetas diagnósticas tienen un coeficiente ponderado de coherencia, 72 tienen un coeficiente de claridad de la definición alto y 12 etiquetas tienen un coeficiente de claridad de la definición bajo. En la tabla 5 y 6 se pueden observar las etiquetas diagnósticas con mayor y menor puntuación.

Tabla 5. Etiquetas con mayor coeficiente ponderado de coherencia–
(La definición expresa de forma exacta el significado de la etiqueta diagnóstica y no recurre a los términos empleados en la etiqueta)

Etiqueta diagnóstica	Coefficiente ponderado de claridad
Déficit de autocuidado: vestido/acicalamiento	0,93
Hipotermia	0,93
Lactancia Materna Ineficaz	0,93
Déficit de autocuidado: uso del WC	0,92
Conocimientos Deficientes (Especificar)	0,92
Hipertermia	0,92
Déficit de autocuidado: baño/higiene	0,91
Deterioro de la integridad cutánea	0,91
Estreñimiento	0,91
Riesgo de aspiración	0,91
Riesgo de infección	0,91

Tabla 6. Etiquetas con menor coeficiente ponderado de coherencia–
(La definición expresa de forma exacta el significado de la etiqueta diagnóstica y no recurre a los términos empleados en la etiqueta)

Etiqueta diagnóstica	Coefficiente ponderado de claridad
Afrontamiento defensivo	0,57
deterioro de la eliminación urinaria	0,57
Riesgo de sufrimiento espiritual	0,55
Sufrimiento espiritual	0,55
Disminución de la capacidad adaptativa intracraneal	0,54
Patrones sexuales ineficaces	0,54
Síndrome traumático de la violación: reacción silente	0,54
Perturbación Del Campo De Energía.	0,52
Privación de sueño	0,51
Disposición para mejorar el bienestar espiritual	0,49
Síndrome traumático de la violación: reacción compuesta	0,49
Riesgo De Soledad	0,34



Capacidad de intervención

108 etiquetas diagnósticas tienen un coeficiente ponderado de capacidad de intervención mayor a 0,6; 30 etiquetas tienen un coeficiente ponderado entre 0,6 y 0,5; 14 etiquetas tienen un coeficiente ponderado entre 0,5 y 0,3; y 3 etiquetas tienen un coeficiente muy bajo. En la tabla 7, 8, 9 y 10 se pueden observar las etiquetas diagnósticas con mayor y menor puntuación.

Tabla 7. Etiquetas con mayor coeficiente ponderado de capacidad de intervención – (La enfermera puede intervenir de forma independiente sin la participación de otro profesional.)

Etiqueta diagnóstica	Coeficiente ponderado de claridad
Déficit de autocuidado: baño/higiene	0,94
Conductas generadoras de salud	0,93
Déficit de autocuidado: vestido/acicalamiento	0,93
Capacidad Intervención -Conocimientos Deficientes (Especificar)	0,93
Déficit de autocuidado: uso del WC	0,92
Lactancia Materna Eficaz	0,92
Déficit de autocuidado: alimentación	0,91
Riesgo de deterioro de la integridad cutánea	0,9
Manejo eficaz del régimen terapéutico	0,89
Riesgo de caídas	0,89

Tabla 8. Etiquetas con menor coeficiente ponderado de capacidad de intervención – (La enfermera tiene entre bastantante y alguna capacidad de intervención independiente sin la participación de otro profesional.)

Etiqueta diagnóstica	Coeficiente ponderado de claridad
Síndrome de deterioro de la interpretación del entorno	0,59
Deterioro de la eliminación urinaria	0,58
Dolor crónico	0,58
Riesgo de automutilación	0,58
Deterioro de la memoria	0,57
Disposición para mejorar el bienestar espiritual	0,57
Dolor agudo	0,57
Procesos familiares disfuncionales : alcoholismo	0,57
Riesgo de retraso en el desarrollo	0,57
Síndrome postraumático	0,57
Incontinencia urinaria refleja	0,56
Patrones sexuales ineficaces	0,56



Riesgo de violencia autodirigida	0,56
Riesgo de desequilibrio del volumen de líquidos	0,55
Retención urinaria	0,55
Riesgo de violencia dirigida a otros	0,55
Deterioro de la deglución	0,54
Vagabundeo	0,54
Náuseas	0,54
Respuesta alérgica al látex	0,54
Síndrome traumático de la violación	0,54
Termorregulación ineficaz	0,54

Disfunción sexual	0,53
Confusión crónica	0,52
Riesgo de disfunción neurovascular periférica	0,52
Síndrome traumático de la violación: reacción silente	0,52
Exceso en el volumen de líquidos	0,51
Trastorno de los procesos de pensamiento	0,51
Riesgo de suicidio	0,5
Síndrome traumático de la violación: reacción compuesta	0,5

Tabla 9. Etiquetas con menor coeficiente ponderado de capacidad de intervención – (La enfermera tiene entre alguna o poca capacidad de intervención independiente sin la participación de otro profesional.)

Etiqueta diagnóstica	Coeficiente ponderado de claridad
Retraso en la recuperación quirúrgica	0,48
Automutilación	0,47
Deterioro de la dentición	0,47
Perturbación del campo de energía.	0,47
Riesgo de disreflexia autónoma	0,47
Privación de sueño	0,46
Respuesta disfuncional al destete del respirador	0,46
Retraso en el crecimiento y desarrollo	0,46
Patrón respiratorio ineficaz	0,45
Riesgo de crecimiento desproporcionado	0,44
Trastorno de la identidad personal	0,41
Deterioro del intercambio gaseoso	0,37
Disreflexia autónoma	0,36
Dificultad para mantener la ventilación espontánea	0,33



Tabla 10. Etiquetas con menor coeficiente ponderado de capacidad de intervención – (La enfermera tiene poca y ninguna capacidad de intervención independiente sin la participación de otro profesional.)

Etiqueta diagnóstica	Coefficiente ponderado de claridad
Perfusión tisular ineficaz (especificar el tipo: renal, cerebral, cardiopulmonar, gastrointestinal, periférica)	0,28
Disminución de la capacidad adaptativa intracraneal	0,27
Disminución del gasto cardiaco	0,25

DISCUSIÓN

Los datos obtenidos en el apartado claridad, claridad de la definición y coherencia, nos indican un conjunto de etiquetas diagnósticas que deben ser revisadas. Este trabajo debería suponer la revisión de la traducción realizada como la versión original, dado en que muchas ocasiones el problema no es en sí la etiqueta original sino que es la traducción la que plantea problemas al haber realizado una transcripción literal de las palabras y no una traducción del concepto.

Respecto a la capacidad de intervención existen etiquetas que claramente no son diagnósticos enfermeros sino problemas interdependientes en opinión de los expertos consultados. Estos resultados hay que tomarlos con cautela dado que la respuesta del experto puede estar condicionada por la formación que tiene el mismo; así si la etiqueta analizada no es frecuente en su práctica clínica o área de conocimiento, o desconoce pautas de actuación para intervenir en el problema puede descartar la etiqueta en función de estos condicionantes.

En cualquier caso los resultados nos permiten iluminar qué zonas oscuras existen en la taxonomía y requieren de un estudio mas profundo.

BIBLIOGRAFIA

- ⁱ Fortin MF (1999) El proceso de investigación: de la concepción a la realización. México: McGraw-Hill. Interamericana
- ⁱⁱ Del Pino Casado, R. Ugalde Apalategui, M.(1999) Líneas de investigación en diagnósticos enfermeros. Enfermería Clínica. 9(3):115-120
- ⁱⁱⁱ Polit-Hungler(1997) 5º Ed. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. México:McGraw-Hill Interamericana Editores
- ^{iv} Cuesta A., Guirao J.A., Benavent A (1994). Diagnóstico de enfermería. Adaptación al contexto español. Madrid: Díaz de Santos.
- ^v Ugalde Apalategui, M; Rigol i Cuadra, A. (1995). Diagnósticos de enfermería. Taxonomía NANDA. Traducción, revisión y comentarios. Barcelona:Masson.
- ^{vi}Waltz, CF; Strickland, OL; Lenz, ER. (1991) Measurement in nursing research (2º Ed). Philadelphia: F.A. Davis
- ^{vii} Parker, L; Lunney, M. (1998). Moving beyond content validation of nursing diagnoses. Nursing Diagnosis.. 4(9):144-150.
- ^{viii} Frías Osuna, A; Del Pino Casado, R; Germán Bes, C; Alguacil González, F; Cantón Ponce, D; Pulido Soto, A; Sánchez Jurado, L; Calleja Herrera, A; Rodríguez Cobo, D; Romero Aranda, A. (1993) Validación de la



taxonomía diagnóstica de los problemas identificados con mayor frecuencia por los enfermeros en pacientes con hipertensión arterial en atención primaria. *Enferm Clínica* 3(3):102-108

^{ix} Fehring, R.J. (1986). Validating diagnostic labels: standardized methodology. En Hurley M.E. (Ed). *Classification of nursing diagnoses. Proceedings of the sixth conference. NANDA. St Louis.. Mosby Company.*

^x Fehring, R (1994). The Fehring model. En: Carroll-Johnson Paquette: *Classification of Nursing Diagnosis: Proceedings of the tenth conference. Philadelphia: JB Lippincott Company: 55-57*

^{xi} Sato, S (1998) Influence of patients' medical status and age on content validation of anxiety, pain and sleep pattern disturbance: a study in Japan. En: Rantz MJ, LeMone P. (Ed.) *Classification of Nursing Diagnoses. Proceedings of the thirteenth Conference NANDA. 1998. Glendale: Cinhal Information Systems: 510-521*

^{xii} Levin, R. (2001). Who are the experts? A comentary on Nursing Diagnosis Validation studies. *Nursing Diagnosis. 12(1):29-32*

^{xiii} Sparks, S; Lien-Gieschen, T (1994). Modification of the diagnostic content validity model. *Nursing Diagnosis. 5(1):31-5*

^{xiv} Fehring, R (1994). Op. cit.

^{xv} Giménez, AM; Fernández-Reyes, I; Marín Fernández, B; Álvarez, MD; Andorra, M; Duque, FJ; Mazo, S; Rodríguez, M; Siches, C; Tomás, A. (1997) Validación en España de la respuesta ventilatoria disfuncional al destete (RVDD). *Enferm Intensiva. 8(3):121-128*

^{xvi} Guirao-Goris, JA; Moreno Pina, P; Martínez-Del Campo, P. (2001). Validación de Contenido Diagnóstico de la Etiqueta Diagnóstica Enfermera Sedentarismo. *Enfermería Clínica. 11(4):135-140*



COMUNICACIONES

VI SIMPOSIUM INTERNACIONAL DE DIAGNOSTICO
DE ENFERMERÍA

Resultados, gestión y liderazgo



AENTDE
X ANIVERSARIO



PROCESO DE ENFERMERÍA. MODELO SOBRE INTERACCIÓN TERAPÉUTICA Y USO DE LOS LENGUAJES NANDA, CIE Y CRE

Victoria Morán Aguilar , Alba Lily Mendoza Robles

INTRODUCCIÓN

Modelo iniciado por Dorothy Elizabeth Titt en la Universidad de Minnesota, E.U. Desarrollado y aplicado en la práctica, la educación y la investigación por Morán y Mendoza en México. Comprende el metaparadigma, el marco teórico y el método.

METAPARADIGMA

Conceptos de persona humana, enfermería, salud y entorno.

MARCO TEÓRICO

Ciencias de enfermería, psicosociales, biológicas e instrumentales.

Método

VALORACIÓN

La inicial se realiza con una entrevista no estructurada. Proporciona datos del ámbito socioemocional para dos niveles de interpretación:

Percepción del paciente: contenidos socioemocionales en la conciencia de vigilia del paciente o usuario, expresados a través de comportamientos verbales clasificables y categorizables.

Percepción de enfermería: contenidos socioemocionales en los estados alterados de conciencia y expresados a través de resúmenes verbales que son pequeñas partes de la forma o figura perceptual no integrada que emergen a la conciencia de vigilia como resúmenes verbales categorizables.

Previo aplicación del modelo AREA a las claves del diagnóstico identificadas para el ámbito biológico, se estructura el instrumento para la valoración focal, elaborado para cada paciente como ser individual, con base en prioridades, características definitorias y factores relacionados definidos por la NANDA.

DIAGNÓSTICO

Se construye con la etiqueta, factor relacionado y características definitorias identificadas



durante la valoración, tanto para el ámbito socioemocional como para el fisiológico, biológico o instrumental.

PLANIFICACIÓN

Con el marco de referencia de la clasificación de resultados e intervenciones

EJECUCIÓN

Intervención a través del plan de cuidados y documentación con base en las actividades realizadas.

EVALUACIÓN

El resultado, indicador, escala Likert y criterio de evaluación constituyen los parámetros de la evaluación





“ME FALTA EL AIRE...”

Adela Alonso Gallegos, M^a Luz Paz Parra,
José Antonio Morante Argudo, Z Adolf Guirao Gomis,
Pepa Soler Leiva, M^a José Dasí García

SINOPSIS

Marivi, 37 años, asmática desde 1969, en los últimos años ha tenido varias reagudizaciones. Su médico, Marzo 2005, decide derivarla a consulta enfermería para iniciar autocontrol. Su nivel de gravedad del asma: “persistente moderada” (SEMFYC), la espirometría muestra un patrón obstructivo y el tratamiento: corticoides inhalados y B2 larga duración cada 12 horas.

VALORACIÓN

Patrones de Marjory Gordon.

PERCEPCIÓN-CONTROL DE LA SALUD: Conoce su enfermedad, su cronicidad, pero no considera que tenga que tomar tratamiento continuado. No hábitos tóxicos. Vacunaciones del adulto correctas.

NUTRICIONAL-METABOLICO: Peso: 63, Talla 1,53. Dieta equilibrada. Toma 1500cc de líquidos.

ACTIVIDAD-EJERCICIO: No realiza ejercicio físico. Síntomas diurnos y nocturnos. Abundantes secreciones y tos seca-irritativa. Técnica cartucho presurizado incorrecta. No utiliza cámara. FEM actual 290 63% del FEM ideal 460.

ROL-RELACIONES: Casada, 2 hijas (9 y 7 años). Describe buenas relaciones familiares. Satisfacción laboral.

ADAPTACION-TOLERANCIA AL ESTRÉS: Esta preocupada por su salud, “me falta el aire...para cuidar a mis hijas...”

DIAGNOSTICO

00031: Limpieza ineficaz de las vías aéreas, relacionado con tos ineficaz, abundantes secreciones, disnea y conocimientos deficientes de técnicas inhalatorias.

INDICADORES DE RESULTADO:

0704: Autocontrol del asma: 8 indicadores (marzo 2005): Monitoriza habitualmente flujo



máximo(1), demuestra uso apropiado inhaladores(2), duerme toda la noche sin tos o sibilancias(1), autocontrola exacerbaciones(1), contacta con profesionales sanitarios cuando los síntomas no se controlan(3), realiza modificaciones ambientales (3)... Durante seguimiento se añade 2004: Forma física.

INTERVENCIONES

Nueve visitas de enfermería (marzo 2005- febrero 2006). Desarrollando de forma gradual 8 intervenciones con 25 actividades: Administración de medicación inhalada, manejo de las vías aéreas, manejo de la alergia, fomento del ejercicio, aumentar afrontamiento...

EVALUACIÓN

Puntuación indicadores (febrero 2006): Los 8 están en 5. Nivel de gravedad del asma "persistente leve", ha reducido a la mitad corticoide inhalado, no necesita broncodilatador de larga duración y FEM 400 (86% del FEM ideal).





REVISIÓN DE LA ETIQUETA DIAGNÓSTICA ANSIEDAD ANTE LA MUERTE

Joaquín Tomás Sábado, Pilar Fernández Narvéez,
Lidia Fernández Donaire, Amor Aradilla Herrero

La inclusión por parte de la NANDA en la taxonomía 2001-2002 de la etiqueta ansiedad ante la muerte se justifica por el interés que puede suponer la concreción y adecuación de cuidados específicos dirigidos a personas que se encuentran en proceso de muerte.

No obstante, la definición planteada para la ansiedad ante la muerte no delimita el concepto de una manera precisa, ya que no establece con claridad la diferencia entre los términos de ansiedad ante la muerte y temor ante la muerte.

Consecuentemente, se planteó la necesidad de diseñar un proyecto cuyo objetivo fuese la modificación y adecuación de la etiqueta diagnóstica y características definitorias propuestas por NANDA para la ansiedad ante la muerte, así como la formulación de los factores relacionados pendientes de desarrollar.

Como primer paso para la elaboración del proyecto se realizó una revisión sistemática y exhaustiva de la literatura científica existente sobre el tema, que permitió establecer el diseño de una nueva definición para la etiqueta diagnóstica Ansiedad ante la Muerte.

A partir de la redefinición de la etiqueta diagnóstica se procedió a realizar un análisis minucioso de las 16 características definitorias originalmente propuestas para la etiqueta diagnóstica. Paralelamente, se trabajó en el desarrollo de los factores relacionados de la etiqueta diagnóstica, que en la clasificación de NANDA 2000-20001 estaban pendientes de elaboración.

En la reunión del Comité de Revisión de Diagnósticos de febrero de 2005, la NANDA sometió a consideración la propuesta realizada en relación a la etiqueta diagnóstica Ansiedad ante la Muerte, aceptando, tanto la modificación de la definición de la Etiqueta Diagnóstica como la inclusión de los Factores Relacionados que el grupo de investigación había elaborado. Tras su aprobación definitiva por el Comité de Revisión de Diagnósticos, en marzo de 2006, esta revisión será incluida en la taxonomía NANDA de 2007.



PLANES DE CUIDADOS ESTANDARIZADOS DE ENFERMERÍA; GUÍA Y PRAGMATISMO.

Isabel M^a de la Torre Gálvez, Antonio Zamudio Sánchez ,
Aurelio Campos Rico, Francisco Fernández Camino,
Montserrat Román Cereto, Rosa M^a Palop González

OBJETIVO.

Dar a conocer el libro editado por el HRU Carlos Haya de Málaga “Planes de cuidados estandarizados de enfermería” 2006, como herramienta útil para el colectivo enfermero, satisfaciendo así el objetivo que nos marcamos: mejorar la organización de los cuidados en las unidades de hospitalización, desarrollando e implementando un método de trabajo con unos registros coherentes y eficientes.

MATERIAL Y MÉTODOS.

El proyecto se está desarrollando en el HRU Carlos Haya de Málaga desde 2001, estableciéndose tres fases bien definidas:

- Formación de mandos intermedios.
- Consenso y elaboración de planes de cuidados.
- Desarrollo de algoritmos.

Cada unidad elabora Planes de Cuidados Estandarizados (PCE), usando la taxonomía NANDA, NIC y NOC, de procesos asistenciales fácilmente identificables, con una alta prevalencia, ayudándose de los GRD (Grupos Relacionados con el Diagnóstico) más frecuentes. Una vez realizados, son evaluados y validados por la Comisión Asesora de Planes de Cuidados (CAPC), integrada por expertos en Planes de Cuidados y creada para la formación, apoyo y asesoramiento en el desarrollo de éstos.

RESULTADOS.

En 2005 cerramos el año con 144 PCE validados por la CAPC, recopilándose en un libro útil como herramienta de trabajo para el profesional enfermero.

Se han establecido algoritmos de Diagnósticos de Enfermería y Problemas de Colaboración, relacionándolos con intervenciones NIC y criterios de resultados NOC, facilitando con ello la ejecución del Plan de Cuidados y dando la posibilidad al profesional de crear así un Plan de Cuidados Individual para cada caso concreto.



CONCLUSIONES.

Gracias a este trabajo se ha incrementado, dentro del colectivo enfermero, el conocimiento de un lenguaje propio que nos lleva a sumergirnos en un nuevo reto, ya en desarrollo y que lo complementa: la instauración de registros enfermeros para una eficaz comunicación entre servicios y áreas asistenciales.





RED CENTINELA DE ENFERMERÍA DEL BIERZO: ¿QUÉ SABEMOS DESPUÉS DE UN AÑO?

Ana González Pisano , Daniel Fernández García,
Amparo Mesas Sáez, M^a Elena Fernández Martínez,
Manuel Mañá González y Emilia Bruzos Fernández.

INTRODUCCIÓN

La Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica se puede apoyar para aumentar su eficacia en redes centinela, cuya función específica es aportar información operativa a la planificación. A pesar de que los Diagnósticos de Enfermería (DdE) justifican casi el 60% de la carga de trabajo, no se dispone de este tipo de información.

La Red Centinela de Enfermería surgió como Sistema de Información específico sobre los Planes de Cuidados, que nos informe de la parte fundamental de los servicios que prestan los enfermeros de Atención Primaria, así como la necesidad de conocer la incidencia y prevalencia de las Respuestas Humanas (DdE) en la población.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo de enero a diciembre de 2005. Se seleccionan al azar los usuarios que acuden a las consultas de los Enfermeros de la Red Centinela del Área de Salud del Bierzo (León). Diariamente se recoge información del código de Historia Clínica, la edad, el sexo, zona (urbana, rural), la consulta (Medicina General, Pediatría), el código del diagnóstico identificado de la Taxonomía Nanda II y observaciones; esta información es enviada al centro de recolección de datos en la página web de la AEC, con una periodicidad semanal. Se realiza un análisis descriptivo.

RESULTADOS

El total de DdE notificados fue de 1068, 982 de adultos y 86 de niños. La clasificación de etiquetas diagnósticas mas prevalentes fueron en adultos la código: 82 (17.82%), 4 (7.63%), 78 (7.53%), 44(7.1%) y 126(5.9%), y en niños: 126(27.9%), 1(15.11%), 106(9.3%), 43(6.9%) y 48(4.65%).

CONCLUSIONES

El manejo efectivo del régimen terapéutico y el riesgo infección fueron los DdE más notificados en los adultos, mientras que en la población infantil fueron conocimientos deficientes y desequilibrio nutricional por exceso.



A lo largo del año se han notificado todas las etiquetas Nanda, con una proporción mayor de la mitad en los DdE antes indicados.

Bibliografía:

- Mirón Canedo JA, Sáenz González MC. Sistemas de información sanitaria: red de vigilancia epidemiológica y atención primaria. Situación actual. Atención Primaria 1997; 19(6): 323-327.
- RD 2210/1995 de 28 de diciembre por el que se crea la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica.
- Del Pino Casado R; et al. Poder de explicación del diagnóstico enfermero en la actividad desarrollada en la consulta de enfermería de pacientes crónicos de atención primaria. Enferm Clin 2001; 1:3-8.
- Guirao-Goris JA, Camaño Puig RE, Cuesta Zambrana A. Diagnóstico de enfermería. Categorías, formulación e investigación. Ediversitas Multimedia SL 2001.
- NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2003-2004. Ed. Elsevier 2004

Clasificación de Etiquetas Diagnósticas en población adulta:

Código	Etiqueta	Frecuencia	%
82	Manejo efectivo del régimen terapéutico	175	17,82%
4	Riesgo de infección	75	7,63%
78	Manejo inefectivo del régimen terapéutico	74	7,53%
44	Deterioro de la integridad tisular	70	7,1%
126	Conocimientos deficientes	58	5,9%
43	Protección inefectiva	53	5,3%
1	Desequilibrio nutricional por exceso	43	4,3%
			55,6%
	Otros	434	44,4%
	Total	982	100%

Clasificación de Etiquetas Diagnósticas en población pediátrica:

Código	Etiqueta	Frecuencia	%
126	Conocimientos deficientes	24	27,90%
1	Desequilibrio nutricional por exceso	13	15,11%
4	Riesgo de infección	10	11,16%
106	Lactancia materna eficaz	8	9,3%
43	Protección inefectiva	6	6,9%
48	Deterioro de la dentición	4	4,65%
36	Riesgo de asfixia	3	3,4%
			78,42%
	Otros	18	21,58%
	Total	86	100%



PROYECTO DE MEJORA DE LA ATENCIÓN A LA POBLACIÓN INMIGRANTE EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN CATALUÑA

Rosa Rifà Ros, Cristina Olivé Adrados, Angela Pallarés Martí,
Isabel Pérez Pérez, Carmen Vila Gimeno, Pedro Villanueva Jané

Introducción

En nuestro contexto global, la migración constituye un fenómeno poliédrico de gran relevancia al que se debe responder desde el sistema sanitario.

Para ofrecer una correcta atención sanitaria a la población inmigrante, es necesaria una aproximación y un mejor conocimiento de su situación y de sus necesidades lo que nos permitirá una mejor planificación de la salud de este colectivo.

Se impone un paradigma interdisciplinario para abordar los retos que la población inmigrante nos plantea y la articulación de esta multidisciplinariedad exige una clara definición de cada una de las disciplinas.

Definir la aportación específica de la enfermería al equipo, implica potenciar en la profesión, la utilización de lenguajes estandarizados y comunes para nuestra disciplina. En la EUIFN Blanquerna de la Universidad Ramon LLull, convencidos de este hecho, iniciamos hace dos años un nuevo plan de estudios cuyo eje vertebrador lo constituyen las taxonomías enfermeras.

La investigación que presentamos, está enmarcada en este contexto

Los objetivos del proyecto son:

OBJETIVO GENERAL

Facilitar la aplicación del proceso de atención de enfermería como método sistemático para planificar y proporcionar cuidados de enfermería que garanticen la calidad asistencial a la población inmigrante.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar las necesidades alteradas y los diagnósticos de enfermería NANDA predominantes, vinculados al proceso migratorio y a las situaciones de salud y de vida de la población inmigrante proveniente de países en vías de desarrollo y subdesarrollados, según el informe del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), y sus familias.



2. Confeccionar e implementar planes de cuidados de enfermería adecuados a la población inmigrante utilizando las taxonomías NANDA, NOC y NIC.
3. Evaluar la idoneidad y la validez de los planes estandarizados elaborados e implementados en la práctica.

Metodología

DISEÑO

Se diseñó un estudio descriptivo, multicéntrico, a desarrollar en cuatro fases en un periodo de tres años, en los que se desarrollarán los tres objetivos específicos además del informe final.

El estudio se lleva a cabo mediante la estrategia metodológica de la triangulación múltiple, ya que confluyen una triangulación metodológica en el sentido que se utilizan técnicas e instrumentos diversos de recogida de datos (cuestionario de valoración, focus group, etc.) y triangulación de investigadores (enfermeras de atención primaria del Instituto Catalán de la salud, mediadores culturales de cada uno de los grupos culturales identificados y miembros del grupo de investigación Grup de Recerca en Migració i Salut (GRIMS). La utilización de esta metodología de investigación nos permite abordar, de una forma innovadora, un tema del que apenas existe evidencia científica enfermera.

El estudio descriptivo combina datos cuantitativos y cualitativos y consta de cuatro fases:

FASE 1:

En esta fase se han identificado los diagnósticos de enfermería NANDA predominantes en la población inmigrante mediante un estudio descriptivo y comparativo. Las intervenciones realizadas se describen a continuación.

La recogida de las valoraciones de enfermería y formulación de diagnósticos NANDA en la muestra de inmigrante se ha llevado a cabo en diversas áreas básicas de salud del área geográfica de Catalunya, según el modelo conceptual de Virginia Henderson utilizado en el Institut Català de la Salut (organización sanitaria Pública del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya). El criterio de selección de las áreas básicas de salud ha sido el de centros con incidencia relevante de población inmigrante, que una vez informados desde la secretaria técnica del ICS de la existencia del proyecto, han mostrado interés en la participación para mejorar su asistencia a esta población.

El análisis estadístico de las valoraciones se ha llevado a cabo con el paquete SPSS 13.0 ©, con el fin de determinar los diagnósticos más prevalentes entre la población estudiada y la comparación de estos resultados con los Estándares de diagnósticos de enfermería en la Atención Primaria del ICS (Febrero 2003).



FASE 2:

Actualmente estamos llevando a cabo simultáneamente la fase 1 de análisis de resultados y la fase 2 del proyecto que contempla la elaboración de los planes de cuidados estandarizados y su posterior validación mediante prueba piloto de su aplicabilidad en una Área Básica de Salud predeterminada con anterioridad.

Estos planes deben dar respuesta a los problemas de los inmigrantes identificados en la fase 1 y para su diseño se están utilizando las taxonomías NANDA, NOC y NIC. La elaboración de los planes de cuidados estandarizados está siendo efectuada por profesoras de enfermería de la Escola Universitària d'Infermeria Blanquerna de la Universitat Ramon Llull de Barcelona; posteriormente, mediadores culturales de cada uno de los grupos de inmigrantes identificados, validaran la coherencia cultural de los resultados y las intervenciones planteadas.

En esta fase también se está realizando el proceso formativo de las profesionales que implementaran los planes de cuidados. Hemos realizado la primera edición del curso Metodología Enfermera: lenguajes NANDA, NOC y NIC.

FASE 3:

En esta fase se llevará a cabo la aplicación y evaluación de los planes de cuidados estandarizados, mediante el análisis de la adecuación de los planes y el análisis del grado de satisfacción alcanzado con ellos por parte de las enfermeras y la propia población inmigrante.

FASE 4:

En esta etapa se redactará el informe final y las propuestas de mejora de los planes de cuidados elaborados.

Resultados

En la primera fase han colaborado un total de 68 enfermeras que han enviado 230 valoraciones (de las 300 que habíamos previsto inicialmente en el diseño de la muestra).

El criterio de inclusión para seleccionar las personas sobre las que se realizará el estudio es el siguiente: Ser inmigrante económico con una permanencia en nuestro país inferior a 18 meses, y cuyo país de origen sea considerado de desarrollo medio o bajo según los criterios del Informe sobre desarrollo humano 2004 realizado por el PNUD. Una vez seleccionados los datos incluidos, recogemos los siguientes indicadores descriptivos:

- El 55.83% de los inmigrantes son mujeres y el 44.17% son hombres.
- Los países más prevalentes son Ecuador, Marruecos, Bolivia y Colombia.



- Edad: la mediana es de 20 años, observándose dos picos importantes de 0 a 5 años y de 25 a 30 años
- Se han identificado 48 etiquetas diagnósticas, todas ellas han sido relacionadas con sus factores causales y sus características definitorias. Las 11 etiquetas diagnósticas más prevalentes, ordenadas según su frecuencia de aparición en los datos recogidos, han sido las siguientes:
 - Conductas generadoras de salud
 - Deterioro de la comunicación verbal
 - Lactancia materna inefectiva
 - Desequilibrio nutricional por exceso
 - Deterioro del patrón del sueño
 - Déficit de actividades recreativas
 - Conocimientos deficientes
 - Desequilibrio nutricional por defecto
 - Riesgo de infección
 - Estreñimiento
 - Riesgo de soledad
 - Manejo inefectivo del régimen terapéutico.

Para los próximos análisis de resultados nos centraremos en el segundo diagnóstico de los listados anteriormente, pues consideramos que el primero corresponde a los inmigrantes que han entrado en el circuito de nuestro sistema sanitario y están fidelizados. El plan de cuidados adecuado está muy fundamentado en resultados e intervenciones que muestran una continuidad de la situación.

Para evidenciar el trabajo que estamos realizando tomaremos como muestra la segunda etiqueta diagnóstica más prevalente que es Deterioro de la Comunicación verbal. Los resultados obtenidos para esta etiqueta diagnóstica son los siguientes:

- Los países de procedencia de los inmigrantes a quien se ha formulado el diagnóstico son, por orden de frecuencia, Marruecos, Colombia, Ghana, Pakistan y Senegal
- Se ha identificado un único factor relacionado causal para todas las situaciones que es Diferencias culturales
- Las características definitorias identificadas son:
 - Incapacidad para hablar el lenguaje dominante
 - Hablar y verbalizar con dificultad
 - Hablar de forma inapropiada
 - Dificultad para expresar los pensamientos verbalmente
 - Dificultad para comprender/mantener el patrón de comunicación habitual.

Una vez identificados los factores relacionados y las características definitorias hemos



diseñado el plan de cuidados estandarizado correspondiente. El siguiente paso será mostrarlo a los mediadores culturales de cada grupo étnico identificado.

Los resultados NOC y la selección de indicadores que hemos consensuado como adecuados para este diagnóstico de enfermería en la población inmigrante podrían agruparse en dos grandes grupos:

Un primer grupo cuyos indicadores nos permitirán evidenciar si las intervenciones seleccionadas ha permitido la desaparición de las características definitivas. Estos son:

0902 Comunicación.

1502 Habilidades de interacción social

Un segundo grupo cuyos indicadores evidencian la resolución del factor causal Diferencias culturales. Estos són:

3002 Satisfacción del paciente/ usuario: comunicación

3004 Satisfacción del paciente/ usuario: cumplimiento de las necesidades culturales

Las intervenciones NIC y la selección de actividades que hemos seleccionado para la consecución de los resultados son:

4920 Escucha activa, muy relacionada con la consecución de una comunicación eficaz

7330 Intermediación cultural, orientada a la eliminación de las barreras/ diferencias culturales.

CONCLUSIONES

Los planes de cuidados estandarizados propuestos facilitarían la atención enfermera de la población inmigrante, dado que se adaptan mejor a su problemática e idiosincrasia y mejoran la calidad asistencial a este colectivo.

La implantación de estos planes, fruto de la unificación y la codificación taxonómica en la esfera internacional, potencia la utilización de lenguajes estandarizados y comunes para la disciplina enfermera, promueve el desarrollo profesional, posibilita la cuantificación de los cuidados y favorece la investigación científica.

Los planes de cuidados estandarizados contemplan intervenciones específicas para personas de otras culturas, supervisadas por un representante cultural de cada uno de los grupos identificados, buscando con ello, formas distintas de las actuales y planteando actuaciones innovadoras.

La coherencia cultural conseguida a lo largo del proceso de diseño seguido para la elaboración de estos planes de cuidados estandarizados, contribuye a la construcción de un sistema sanitario más universal e integrador.



RESULTADOS EN EL DOLOR CRÓNICO EN EL ÁREA 9 AP MADRID

Esther Muñoz Borredá, Marisa González Guerra,
Yolanda del Pozo Mula, Paloma Mena Ruiz,
M^a. Ángeles Vilches Martínez, José Luís Aréjula Torres

INTRODUCCIÓN

El dolor crónico es un problema que constituye un motivo de gran repercusión en la disminución de la calidad de vida de las personas afectadas. La enfermera tiene un papel muy importante en las medidas de control integral del dolor del paciente.

Material y métodos: Todos los datos de este estudio por medio de una aplicación de explotación de datos propia sobre el aplicativo OMI-AP que genera el Sistema de Información de Procesos de Enfermería de la Gerencia de AP 9 de Madrid.

Se analizan las frecuencias de aparición de las características definitorias, factores de relación junto con los NOC y NIC utilizados. Se analizan las puntuaciones de los NOC seleccionados que contienen al menos dos valoraciones en la escala en fechas diferentes, el tiempo entre la medición basal y la última medición registrada, el cambio en la puntuación, las intervenciones seleccionadas en los cambios de puntuación positivos y negativos, los porcentajes de pacientes que mejoran, empeoran o mantienen la puntuación.

Resultados: El número de Dx analizados fue de 65.

Las frecuencias de aparición fueron de: CD: Trastornos del sueño, Conducta de protección o defensa, Alteración de la capacidad de seguir con actividades previas; FR: Incapacidad física o psicosocial crónica

NOC: Control del dolor, Nivel del dolor, Nivel de comodidad; NIC: Manejo del dolor, Manejo de la medicación, Administración de analgésicos.

Los datos referidos a la medición de puntuaciones fue de:

NOC	Días	DE Días	P.Basal	DE P.Basal	Punt. Ult.	DE P.Ult.	Cambio	DE Cambio
Control del dolor	105,08	88,96	2,58	1,00	2,92	1,24	0,33	0,98
Nivel del dolor	185,33	70,92	2,83	0,98	3,17	0,75	0,33	0,82
Nivel de comodi	148,00	93,02	2,20	0,84	2,60	1,14	0,40	0,89

Los porcentajes de pacientes que mejoraron, empeoraron y mantuvieron la puntuación fue respectivamente de 38 – 13 – 50 %.



CONCLUSIONES

Las CD se correlacionan con el tipo de patologías que cursan con dolor crónico que habitualmente son tratadas en APS, los NOC son consecuentes en la medición del nivel de dolor junto con la afectación que supone en las AVD. Las NIC evidencian el trabajo con todos los recursos no farmacológicos así como la correcta utilización de las pautas de analgesia y su ajuste. Los resultados en cambios de puntuación son leves si bien el periodo de análisis donde se ha realizado una utilización habitual de las escalas es relativamente pequeño (8 a 9 meses). Las puntuaciones basales que se relacionan con las AVD parten de una situación muy desfavorable (2,20). Los porcentajes de evolución de los pacientes evidencia la dificultad de manejo de estos problemas debido a su aspecto multifactorial. Es preciso realizar nuevas valoraciones con mayor número de casos y con uso más prolongado.





COMUNICACIÓN NO VERBAL & DIAGNÓSTICO ENFERMERO: ¿UNA RELACIÓN UTÓPICA?

Isabel Pantoja Díez, Sergio Sanchez Ortiz,
M^a Dolores Ramiro Garrido, Sonsoles Ojeda Pizarro

INTRODUCCIÓN

El proceso diagnóstico es un proceso de pensamiento crítico, es decir, es la forma de pensar lógicamente, es la clave para tomar decisiones complejas, para poder analizar continuamente la información de que se dispone. Entre otras estrategias que refuerzan el pensamiento crítico, estaría la de desarrollar habilidades para recoger información.

Pensemos en lo que esto supone para el trabajo enfermero ¿Cómo lo hacemos? Cuando afrontamos el hecho de realizar el análisis de una entrevista con nuestro paciente, ¿Qué estudiamos? ¿Cómo registramos lo que se está viendo? ¿Por dónde empezamos? ¿Es la comunicación no verbal un factor a tener en cuenta en el juicio diagnóstico? ¿Influye la comunicación no verbal sobre la intuición de las enfermeras?

OBJETIVOS

- Detectar elementos de comunicación no verbal dentro de las características definitorias y factores relacionados de los diagnósticos enfermeros.
- Continuar en la línea de investigación sobre la utilización de la comunicación del personal de enfermería.

MATERIAL Y MÉTODO

Analizamos los diagnósticos enfermeros más frecuentes obtenidos por el programa Azahar del hospital Reina Sofía de Córdoba.

Para ellos utilizamos una guía de comunicación no verbal y una lista de componentes de comunicación no verbal.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

la comunicación no verbal son una serie de señales emocionales y estas se producen a muchos niveles: conscientes e inconscientes. Su detección y uso nos hacen marcar nos intervenciones y objetivos reales en nuestros planes de cuidados.

Los elementos claros de comunicación no verbal en los diagnósticos estudiados son inferiores al 10,53%, el 63,16% son inespecíficos y en el 26,30% son inexistentes. Estos resultados nos sugieren un motivo de trabajo: solucionar la constante inespecificidad en las características definitorias y factores relacionados para la descripción de las respuestas humanas. Consideramos una debilidad que dificulta el diagnóstico diferencial



PROPUESTA DE INCLUSIÓN DE UNA NUEVA INTERVENCIÓN EN LA NIC: VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA

Joaquín Jesús Blanca Gutiérrez, Rafael Muñoz Segura,
Julia Hervás Padilla, Carmen María Alba Fernández

PROPUESTA DE UNA NUEVA INTERVENCIÓN

Etiqueta: Ventilación mecánica no invasiva.

Definición: “Utilización de un dispositivo artificial para ayudar al paciente a respirar, empleando como interfase un dispositivo que no invade la vía aérea”

Actividades:

Reunir el equipo y material necesario y trasladarlo a la unidad del paciente.

Verificar el funcionamiento del equipo previo a su instalación (calibración, chequeo).

Explicar al paciente y a la familia el procedimiento y las sensaciones esperadas.

Colocar al paciente en posición semifowler.

Monitorizar la SatO₂ y los niveles de gases en sangre arterial.

Elegir el respirador y la modalidad ventilatoria (CPAP, BIPAP) más indicados conforme a la patología respiratoria y las características del paciente.

Elegir la interfase más adecuada: mascarilla oronasal, mascarilla nasal, mascarilla facial total o casco.

Utilizar interfases con dispositivos que permitan la autorretirada en caso de vómito.

Elegir el tamaño de la mascarilla y colocarla manualmente ajustándola a la nariz y la boca, evitando fugas.

Si el paciente está consciente enseñarle a que en los primeros momentos se sujete el mismo la mascarilla para facilitar de esta manera su adaptación.

Ajustar los parámetros en el ventilador (IPAP, EPAP, PEEP) de forma gradual, hasta que el paciente logre adaptarse al ventilador.

Ajustar las bandas elásticas de la mascarilla, o ajustar la máscara facial o el casco.

Considerar el uso de medicación relajante-sedante, técnicas de relajación, transmitirle la



sensación de seguridad y confianza para combatir las sensaciones de claustrofobia o la ansiedad que es posible que aparezcan.

Monitorizar rutinariamente los signos vitales.

Colocar protecciones faciales para evitar la aparición de lesiones tisulares por presión.

Intercalar períodos de descanso de 15 a 30 minutos cada 4 ó 6 horas.

Asegurar una adecuada hidratación de la mucosa oral.

Impedir y corregir posibles fugas de aire a nivel de la interfase que puedan reducir la eficacia de la ventilación e incidir sobre la mucosa conjuntival.

Comprobar regularmente la ausencia de fugas en el resto del sistema.

Tomar muestras de sangre para gases arteriales, valorarlos junto con la SatO₂ y realizar los cambios necesarios de los parámetros del respirador o de la modalidad ventilatoria.

Vigilar signos de fatiga muscular, disnea, taquipnea, uso de la musculatura accesoria, taquicardia, sensación de falta de aire, sudoración, cianosis.

Vigilar el nivel de consciencia.

Vigilar la aparición de distensión abdominal y en caso necesario colocar sonda nasogástrica.

Proporcionar fisioterapia respiratoria y muscular en los períodos de descanso.

Realizar aspiración de secreciones cuando sea necesario.

Bibliografía:

International Consensus Conference in Intensive Care Medicine: Noninvasive Positive Pressure Ventilation in Acute Respiratory Failure. *American Journal of Respiratory Critical Care Medicine* 2001; 163: 283-291.

Dean R. Hess. The evidence for noninvasive positive-pressure ventilation in the care of patients in acute respiratory failure: a systematic review of the literature. *Respiratory Care*. 2004 Jul; 49(7):810-29.

Hilbert G, Gruson D, Vargas F, Valentino R, Portel L, Gbikpi- Benissan G, Cardinaud JP. Noninvasive ventilation for acute respiratory failure: quite low time consumption for nurses. *European Respiratory Journal* 2000; 16(4):710-716.

Keenan SP, Gregor J, Sibbald WJ, Cook D, Gafni A. Noninvasive positive pressure ventilation in the setting of severe, acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: more effective and less expensive. *Critical Care Medicine* 2000; 28(6):2094-2102.

Blanca Gutiérrez JJ, Hervás Padilla J, Alba Fernández CM. Evidencias sobre la Ventilación Mecánica No Invasiva: su aplicación a los cuidados. *Evidentia* 2006 ene-mar; 3(7).

Rivera Arroyo, E. Ventilación mecánica no invasiva. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*. 1999 ene-dic 7(1-4):58-60.
Abad Corpa, E; Hernández González, M; Ortells Rodríguez, MJ; Ríos Risquez, MI; Ruiz García, JF. Complicaciones de la ventilación mecánica no invasiva. *Enfermería Global* 2002 nov.



EL ESTREÑIMIENTO COMO DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Marta Caussignac Querol, Araceli Comas Picañol,
María Isabel López Méndez, Rosa Mené Vergara

INTRODUCCIÓN

El estreñimiento es uno de los motivos más habituales en la consulta de atención primaria (1,2).

El estreñimiento es la reducción de la frecuencia normal de evacuación intestinal acompañada de eliminación dificultosa o incompleta de heces excesivamente duras y secas (NANDA) (7).

Una dieta baja en fibra puede ser la causa más frecuente del estreñimiento (1,3,4,5,6).

En el año 2003 realizamos, en el ABS Río de Janeiro 8B Porta de Barcelona ciudad, un estudio descriptivo transversal para conocer la prevalencia y las características de las personas que padecen estreñimiento crónico primario; se vio que alrededor de un 16% de la población del ABS lo padece, que predomina en mujeres (3:1) y aumenta con la edad. La mayoría de la gente una vez u otra en la vida lo ha padecido (2).

A raíz del estudio se decide intervenir.

Nos hemos basado en el modelo de V.Henderson, el cual permite trabajar con taxonomías que tienen incluido el diagnóstico de enfermería estreñimiento (7,8,9).

La hipótesis es: mediante la educación sanitaria se disminuye el número de casos de estreñimiento crónico primario y su intensidad.

El objetivo general es que el individuo adquiera conocimientos para disminuir la intensidad y la frecuencia del estreñimiento. El objetivo específico es que el individuo conozca la importancia de: disminuir el uso de laxantes, adquirir buenos hábitos alimentarios (incremento del aporte de fibra y agua), incrementar el ejercicio físico en la vida diaria con el propósito de reducir las manifestaciones de dependencia del estreñimiento (dolor, flatulencias, sangrado, distensión abdominal, ruidos intestinales, esfuerzo, consistencia y ritmo deposicional) e integrar en la vida cotidiana buenos hábitos defecatorios (intimidad, postura, horario, tiempo de dedicación y demora).

MATERIAL Y MÉTODO

Se ha hecho un estudio de intervención tipo antes-después desde julio del 2003 hasta julio del 2004, donde la población diana ha sido los individuos que padecen estreñimiento y la población de estudio los 25 pacientes adultos (mayores de 15 años y menores de 80) el ABS Río de Janeiro 8B, que vienen a las consultas de enfermería y medicina y que tienen estreñimiento crónico primario (tres o más días sin defecar



durante un mínimo de un año y que no es consecuencia de enfermedad y/o medicación). La población ha sido seleccionada mediante la técnica de casos consecutivos. La variable independiente es: los hábitos higienico-dietéticos y la variable dependiente es: el estreñimiento. Las variables que intervienen son: la edad, el sexo, la dieta antes de la intervención (gr de fibra y ml de agua diarios), dieta después de la intervención (gr de fibra y ml de agua diarios), tipo de actividad física antes y después de la intervención, realización de masaje abdominal, patrón de eliminación previo (horario regular, reserva de un espacio y un tiempo para defecar, demora de la urgencia defecatoria) y patrón de eliminación después de la intervención.

Como fuente de recogida de datos se utilizó la encuesta directa y la HCAP, los datos recogidos son: datos generales, actividad física, hábitos defecatorios, patologías y tratamientos farmacológicos.

A los individuos que padecen estreñimiento crónico primario se les solicita datos sobre el ejercicio que realizan, un registro alimentario de 48 horas para calcular los gramos de fibra ingeridos al día, y si tienen manifestaciones de dependencia (ritmo deposicional de tres o más días, consistencia dura de las heces, dolor al defecar, sangrado, distensión abdominal, ruidos intestinales, flatulencias y esfuerzo para defecar) así como factores causales o relacionales (poca ingesta de fibra y agua, ejercicio, falta de intimidad para defecar, postura inadecuada en el wc, horario irregular, demora del reflejo y poco tiempo dedicado a la defecación).

Se da una charla informativa mostrando la anatomo-fisiología del aparato digestivo, las causas posibles del estreñimiento y las pautas a seguir para corregirlo o mejorarlo. Se les da un tríptico informativo y se les muestra una serie de alimentos ricos de fibra. Se les entrega un calendario donde anotarán diariamente durante un mes cuáles de los alimentos mostrados escogerán con tal de aumentar 10 gramos más la fibra ingerida al día; la cantidad de agua y los días que se realicen masaje abdominal (enseñado el día de la charla).

A los quince días se les vuelve a reunir para aclarar dudas y para compartir experiencias entre ellos. Al mes se les reúne por última vez, entregan el calendario cumplimentado y se les vuelve a pasar los cuestionarios sobre las manifestaciones de dependencia y factores causales o relacionales. Nuevo intercambio de experiencias.

La estrategia de análisis utilizada se basa en el programa informático SPSS y las "Tablas de composición de alimentos del CESNID".

RESULTADOS

El 80% (n=12) de los 15 individuos con estreñimiento crónico primario son mujeres, el individuo más joven tiene 27 años y el mayor 80 años, siendo la media de edad de 57 años.

Las manifestaciones de dependencia que acompañan al diagnóstico enfermero estreñi-



miento y que nosotras hemos observado son: ritmo deposicional de tres o más días 100% (15 individuos.) , consistencia dura de las heces 86,6% (13 individuos), dolor al defecar 40% (6 individuos), sangrado 66,6% (10 individuos), distensión abdominal 73,3% (11 individuos), ruidos intestinales 46,6% (7 individuos), flatulencias 73,3% (11 individuos), y esfuerzo para defecar 100% (15 individuos).

Después de la intervención todos los individuos mejoraron su ritmo deposicional (dos de ellos con una frecuencia de cada 48 horas y el resto un mínimo de una deposición diaria), los individuos con heces duras disminuyeron hasta el 26,6%, el 100% (15 individuos) no tenía dolor al defecar, un 13,3% (2 individuos)sangró alguna vez, un 60% (9 individuos) seguía con distensión abdominal, un 40% (6 individuos)con ruidos intestinales, un 66,6% (10 individuos) tenían flatulencias y en cuanto al esfuerzo para defecar el 100% (15 individuos) mejoró. (Ver gráfico 1).

Los posibles factores causales o relacionales del diagnóstico enfermero estreñimiento y que nosotras hemos encontrado son: tipo de alimentación (ingesta diaria de fibra –16,92 gr- y de agua – 5 vasos-), intensidad del ejercicio (8 individuos hacían ejercicio físico leve, mientras que 7 lo hacían moderado), y otros factores [el 20% (3 individuos) verbaliza falta de intimidad para defecar, el 100% (15 individuos)no adopta una postura adecuada, el 6,6% (1 individuo) no sigue un horario, el 60% (9 individuos) demora el momento de la defecación y la media de tiempo dedicado a la defecación es de 7 minutos].

Posteriormente a la intervención los individuos mejoraron el tipo de alimentación (la ingesta media diaria de fibra aumentó en 10 gramos mientras que la de agua lo hizo en 1 vaso), la intensidad del ejercicio (8 de los individuos que hacían ejercicio físico leve pasaron a hacerlo moderado), otros factores [sólo un 6,66 % (1 individuo) continuaba verbalizando falta de intimidad, el 46,6 % (7 individuos) empezó a adoptar una postura adecuada en el wc, el 80 % (12 individuos) estableció un horario, el 20 % (3 individuos) continuaba demorando la hora de defecar y la media de tiempo dedicado continua siendo de 7 minutos]. (Ver gráfico 2).

En cuanto al uso de laxantes no catárquicos, se vio que un 60 % (9 individuos) de los pacientes los tomaba de forma continuada, mientras que después de la intervención sólo lo hacía el 6,66 % (1 individuo). En cuanto al masaje abdominal, el 73,33 % (11 individuos) lo realizó de forma habitual después de la educación sanitaria.

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio permiten demostrar la eficacia de la educación sanitaria y corroboran los otros artículos consultados; es decir que mediante el cambio de hábitos higienico-dietéticos se puede disminuir la prevalencia del estreñimiento (1,2,3,8,9).

La motivación y la susceptibilidad de los pacientes en referencia a su problema de salud ha sido un punto clave en la intervención.

La comunicación entre profesional-paciente potencia la adquisición de hábitos saludables



(1,2,3,9,10).

Se han modificado las conductas negativas relacionadas con la promoción y restauración de la salud, se han promovido conductas nuevas positivas; también se han conseguido cambios ambientales favorables y hemos capacitado a las personas para que puedan participar en la toma de decisiones sobre su salud.

Este estudio presenta diversas limitaciones. Por un lado hay una pérdida de individuos debido a la larga duración (5 individuos) y por otro lado tratamos con un nivel cultural bajo.

Con la educación sanitaria se ha aumentado la calidad de vida de los individuos y hemos conseguido que la salud sea patrimonio de la colectividad.

En cuanto a líneas de investigación futura, viendo los buenos resultados del estudio, anima a aplicar estas medidas a la población estreñida.

Resumen

Objetivo: disminuir intensidad y porcentaje del estreñimiento.

Material y método: estudio de intervención tipo antes-después . Los sujetos son individuos de 15 a 80 años que cumplen criterios de inclusión. **Variables:** educación sanitaria y estreñimiento. Para la recogida de datos se utilizó una encuesta y la HCAP. El análisis de datos se ha hecho mediante el programa informático SPSS y las “Tablas de composición de alimentos del CESNID”.

Resultados: El 80% de los individuos con estreñimiento son mujeres, la media de edad es de 57 años. Todos los individuos después de la intervención consiguieron evacuar cada día o cada dos días sin esfuerzo. La consistencia y el sangrado son otras de las manifestaciones de dependencia que mejoraron más, aunque el resto (dolor, distensión, flatulencias y ruidos intestinales) también mejoraron.

La media de fibra consumida al día era de 16,9 gramos y 5 vasos de agua, y se incrementó en 10 gramos y 6 vasos. Todos realizaron ejercicio físico moderado. El 46% adoptó una postura adecuada en el WC y el 73% se realizó diariamente masaje abdominal cuando previamente no lo hacían; se aumentó en un 74% los individuos que seguían un horario para defecar , disminuyó en un 40% la demora al estímulo defecatorio, sólo un 6% de los individuos no tiene intimidad y del total de individuos que utilizaban laxantes el 90% dejó de hacerlo.

El tiempo dedicado a la defecación sigue siendo de 7 minutos aproximadamente.

Palabras clave: estreñimiento, educación sanitaria, fibra, enfermería y atención primaria.

BIBLIOGRAFIA

1-Genaro Garijo P, Carmona Herrera F, Polanco Alleú I, Sastre Gallego A, Bixquert Jiménez M. La consulta diaria en el estreñimiento crónico. Masson 2000: 1-47, 97-141, 167-187.



- 2-Comas Picañol A, López Méndez M^a Isabel. El estreñimiento en las consultas de enfermería de atención primaria. *Ágora de Enfermería*. 2004;. 8 (1): 584-587.
- 3-Prevenir y tratar el estreñimiento. *Nursing* 2001; 19(9): 42-42.
- 4-Enquesta alimentària de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. ENCAT 2002-2003: 45, 49, 95, 96.
- 5-Pla de Salut 2002-2005. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. 18, 144, 148.
- 6-Centre d'Ensenyament Superior de Nutrició i Dietètica. Taublas de composició de aliments. 1^a edició. Barcelona. Edicions de la Universitat de Barcelona; 2002.
- 7-NANDA. Diagnòstics enfermeros: definicions y clasificación. Madrid: Harcourt; 2001.
- 8-Johson M., Maas M. Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE). *Nursing Outcomes Classification (NOC)*. 2^a Ed. Madrid. Ed. Harcourt; 2001.
- 9- Mccloskey J., Bulechek G. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE). (NIC). 3^a Ed. Madrid: Harcourt; 2002.
- 10- Protocols dietètics en atenció primària. Manual per al sanitari. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social 1992: 89.





¿VARÍA LA OPINIÓN DE LOS ALUMNOS SOBRE LOS PLANES DE CUIDADOS TRAS LA REALIZACIÓN DE PRÁCTICAS CLÍNICAS?

M^a Luisa Guitard Sein-Echaluze, M^a Teresa Torner Benet, Juan Torres Puig-gros, Alba Subirá Garrido

INTRODUCCION

El aprendizaje de la profesión enfermera se sustenta, en porcentajes igualmente importantes, en la teoría y la práctica clínica. La primera es diseñada por el profesor responsable e impartida homogéneamente a todo el grupo, sin diferencias en los contenidos ni en los criterios para todos los alumnos. El aprendizaje clínico no puede ser del todo programado ya que, aunque tutorizado por profesores asociados a la escuela, la práctica asistencial de cada centro en que los alumnos desarrollan sus prácticas, o incluso de cada servicio en un mismo centro, puede diferir en algunos aspectos e incluso no coincidir completamente con los contenidos del programa de prácticas. Estos aspectos hay que tenerlos en cuenta al realizar la evaluación del alumno ya que han podido no experimentar todos las mismas condiciones de aprendizaje.

La asignatura en la cual se realizó el presente estudio es Enfermería médicoquirúrgica 2, que se imparte en 2º curso. La asignatura se compone de un periodo de tres meses (septiembre – diciembre) en el cual se imparten los conocimientos teóricos y los teórico-prácticos en aula de demostración. El programa teórico pretende que el alumno utilice diagnósticos NANDA y que también se familiariza con los resultados NOC y las intervenciones NIC. A este periodo le sigue uno de 2 meses en los que el alumno está dedicado a tiempo completo a prácticas clínicas en el ámbito hospitalario. Para la realización de estas prácticas contamos con la colaboración de los 2 hospitales de nuestra ciudad además de colaboraciones puntuales de otros centros de nuestro entorno geográfico. Durante este periodo clínico los alumnos asisten a unos seminarios impartidos por las profesoras responsables de la teoría, cuyo objetivo es la elaboración de planes de cuidados en diferentes situaciones, utilizando para ello los lenguajes estandarizados enfermeros. El seguimiento de los alumnos durante estas prácticas está tutorizado por profesores asociados aunque, por supuesto, los principales autores de las enseñanzas son el equipo asistencial de cada unidad de hospitalización.

OBJETIVO

Medir los cambios producidos por el aprendizaje clínico del proceso de atención de enfermería y la utilización de lenguajes estandarizados en los estudiantes de enfermería.



MÉTODO

Estudio comparativo antes-después con todos alumnos de la asignatura Enfermería Médico-quirúrgica 2.

Las variables son básicamente de opinión sobre el proceso de atención de enfermería y la utilización de lenguajes estandarizados, éstas se miden a través de una escala de puntuación por intervalo (de 1 – poco - a 10 – mucho -).

El tipo de encuesta fue autocumplimentada; la primera se aplicó el último día del periodo teórico (20 / 12 / 05) antes de iniciar el periodo práctico de dos meses. La segunda encuesta se aplicó el último día (17 / 03 / 06) del mencionado periodo.

La primera encuesta autocumplimentada se aplicó el día antes del periodo de prácticas (dos meses) y la segunda el último día.

El análisis de los datos mediante la información obtenida en los diferentes momentos de aplicación de la encuesta (variables cuantitativas) se presentó a través de la media aritmética acompañada por su intervalo de confianza del 95%. La comparación entre los dos periodos de aplicación se realizó a través de la comparación de medias para datos apareados (t de Student). Se compararon los diferentes aspectos entre unidades que utilizaban la metodología estudiada (planes de cuidados y lenguajes estandarizados) y las que no la usaban a través de la comparación de medias para datos independientes (t de Student). El programa utilizado fue el SPSS versión 12.0. El nivel de significación aceptado fue de $p=0,05$.

RESULTADOS

Participaron 89 alumnos con una media de edad de 21,4 años y desviación típica de 3,4 años de los que el 94,7% corresponde al género femenino. El 42,3% compaginaba los estudios con el trabajo, el 48,5% de los cuales lo desarrollaba en el ámbito sanitario.

Se pone de manifiesto en la siguiente tabla que el alumno valora positivamente la utilidad y aplicabilidad esta metodología antes de las prácticas pero después de éstas su valoración decae. En cambio el alumno percibe una mejora del dominio del método después del periodo práctico. El resto de aspectos se valoran positivamente sin cambios a partir del periodo de prácticas.

Aspecto valorado	Puntuación media		P
	Antes	Después	
Utilidad de la metodología para seleccionar cuidados	7,5	6,9	0,024
Aplicabilidad a la asistencia clínica	7,8	6,1	0,000
Grado de dominio en el método	5,7	7,0	0,000
Mejora la comunicación entre turnos	6,8	6,9	NS
Mejora la calidad de cuidados	7,4	7,6	NS
Adecuado para el trabajo enfermero	7,8	7,6	NS



La opinión de los profesionales enfermeros con los que habían estado realizando sus prácticas respecto a ser favorables hacia los planes de cuidados obtuvo una puntuación de 6,1 con un intervalo de confianza del 75% de 5,6 a 6,6.

La valoración de los alumnos que asistieron a prácticas en unidades en las que sí se aplicaban planes de cuidados en comparación con aquellos que estuvieron en unidades en las que no se aplicaban se detalla en la siguiente tabla. Los primeros valoran más positivamente prácticamente todos los aspectos. El aspecto en el que no se perciben diferencias sustanciales es en la mejora de la calidad de los cuidados

Aspecto valorado	Puntuación media		P
	Unidades con planes de cuidados	Unidades sin planes de cuidados	
Opinión de los profesionales sobre el plan de cuidados y los lenguajes	7,3	3,9	0,000
Utilidad de la metodología para seleccionar cuidados	7,3	6,0	0,001
Aplicabilidad a la asistencia clínica	6,9	4,6	0,000
Grado de dominio en el método	7,3	6,3	0,009
Mejora la comunicación entre turnos	7,3	6,0	0,005
Mejora la calidad de cuidados	8,0	7,1	0,040
Adecuado para el trabajo enfermero	8,0	6,8	0,050

* NS: No significativo

CONCLUSIONES

La opinión de los alumnos sobre los PdC y los lenguajes estandarizados está condicionada por la metodología utilizada en las unidades de hospitalización donde han realizado sus prácticas clínicas y por la opinión de las enfermeras de dichas unidades, por lo que aquellos alumnos que realicen sus prácticas en una unidad en la cual no se utilizan en lugar de reforzar el aprendizaje se puede dar la situación de crear un rechazo hacia esta metodología aún partiendo previamente de una postura de aceptación y valoración positiva. Los alumnos pueden encontrar contradicciones entre los modelos enseñados en la escuela y los modelos que siguen los profesionales hospitalarios, fuertemente influidos, aún hoy, por un modelo biomédico. Esta situación puede generar estrés en los alumnos durante su periodo clínico.

Es necesario realizar una tutorización muy directa de las prácticas clínicas por expertos en metodología para conseguir un profundo aprendizaje de los PdC así como una correcta utilización de los lenguajes estandarizados.

Hay que tener en cuenta donde ha desarrollado el alumno sus prácticas clínicas al realizar la evaluación ya que puede haber diferencias en los conocimientos impartidos y actitudes vividas durante sus prácticas lo cual podría convertir en injusto algún método de evaluación.



BIBLIOGRAFÍA

- Martínez M^ºP, Chas MC, Ortiz T, Fika M^ºL, Bravo J y García R. Enseñando diagnósticos enfermeros: experiencias en Lanzarote. Index Enferm Digital 2003; 42. Disponible en: http://www.index-f.com/index-enfermeria/42revista/42_articulo_69-70.php Consultado el 28 de abril de 2006.
- López IM, Sánchez V. Percepción del estrés en estudiantes de enfermería en las prácticas clínicas. Enferm Clin 2005; 15 (6): 307-14.
- Celma M, González P, de la Rosa A. Evaluación de los alumnos de Enfermería Quirúrgica I. Prácticas clínicas hospitalarias. Enferm Clin 2004; 14 (4): 210-22.





VALORACIÓN DE ACTITUDES Y CONOCIMIENTOS DE LAS ENFERMERAS DE ATENCIÓN PRIMARIA TRAS LA IMPLANTACIÓN DEL SIA (SISTEMA DE INFORMACIÓN AMBULATORIA) ABUCASIS. ELABORACIÓN DE UN CUESTIONARIO Y PRUEBA PILOTO

Antonia Herraiz Mallebrera

INTRODUCCIÓN

En el primer trimestre del 2006 el proyecto SIA (Sistema de Información Ambulatoria) de Abucasis II estará implantado en toda la Comunidad Valenciana (1). Con este proyecto la Generalitat Valenciana busca informatizar todos los centros de atención ambulatoria o lo que es lo mismo la extensión de la Historia Electrónica de Salud (HES) única para cada ciudadano. A la HES se podrá acceder desde los Centros Atención Primaria, las Consultas Externas Hospitalarias y los Centros de Especialidades.

El desarrollo de la Historia Electrónica de Salud ha supuesto la introducción en el sistema de registros de enfermería (2) de la Valoración por Patrones Funcionales de Gordon así como la Taxonomía Nanda, la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE)-NIC-y en un futuro cercano Clasificación de Resultados- NOC-(3).

La evaluación y seguimiento de la implantación de nuevas tecnologías en nuestro caso la HEE (Historia Electrónica de Enfermería) facilitará la consecución de los objetivos del proyecto.

Por esta razón nos hemos planteado analizar que ha supuesto la implantación de este sistema de registro informatizado.

METODOLOGÍA

Estudio analítico descriptivo. Elaboración de un Cuestionario y Prueba Piloto.

Con el fin de analizar que ha supuesto para las enfermeras en Atención Primaria el establecimiento de este Sistema de Información (SIA) y valorar las actitudes y conocimientos relacionados con la Historia Electrónica de Enfermería (HEE), se decidió elaborar un cuestionario estructurado autocumplimentado.

Para evaluar la fiabilidad (3) del cuestionario se realizó una Prueba Piloto en tres Centros de la Comunidad Valenciana, representativos de la población a estudiar:

- Centro Urbano: Centro de Salud San Blas (Alicante)
- Centro Semiurbano: Centro de Salud Paterna (Valencia)
- Centro Rural: Centro de Salud Carlet y Consultorios Rurales (Valencia)

Todos tienen características similares en cuanto a: número de enfermeras, tiempo de implantación de este sistema de registro electrónico, no participan en ningún programa especial de Abucasis II, ni son Centros piloto de seguimiento.



Muestra: Se paso el cuestionario a todas las enfermeras de los tres centros de salud.
Se recogieron un total de 37 cuestionarios que corresponden:

		<u>Género</u>	<u>Edades</u> entre 21 y 56 años de los que:
Centro de Salud Rural	11 Enfermeras	10 hombres	24,3 %. 21-38 años
Centro Urbano	14 Enfermeras	27 mujeres	43,2%. 40-50años
Centro Semiurbano	12 Enfermeras		32,5%. 51-56 años

Se siguieron todos los pasos para la elaboración de un cuestionario estructurado auto cumplimentado con preguntas 15 preguntas cerradas y 4 preguntas demográficas. Éstas recogen los ejes o contenidos centrales que queremos evaluar, relacionados con la HEE del SIA-Abucasis II y que desde nuestro punto de vista son Metodología enfermera, Nomenclatura enfermera y utilización tecnologías informáticas.

Se hizo una primera Prueba de legibilidad enviando las 20 primeras preguntas elaboradas y seleccionadas por correo postal / electrónico o se entregaron personalmente a un total de 10 enfermeras, todas trabajan en Centros Atención Primaria. Después nos pusimos en contacto personal con cada una de ellas y recogimos su opinión con relación a las preguntas del cuestionario, qué se preguntaba y cómo se preguntaba. Con esta información se completo el Cuestionario definitivo.

Este Cuestionario se paso en los tres Centros en la primera quincena de Marzo 2006. Mediante envió postal, con una carta dirigida al Coordinador de enfermería con el que previamente habíamos contactado. El sobre contenía otro sobre prefranqueado para la devolución de los cuestionarios cumplimentados. Posteriormente hablamos con los coordinadores.

Realizamos el estudio estadístico con SPSS 12.00

Análisis:

Se han usado los parámetros estadísticos siguientes:

Análisis de Frecuencias de los valores de respuesta para cada pregunta, con porcentajes validos y acumulados

La mediana. Se la considera como el mejor indicador aislado que define el valor central en nuestra distribución.

El 1er y 3er cuartil muestran el grado de dispersión en las respuestas y se ha calculado mediante la indicación del primer (25%), el segundo cuartil (50%) corresponde a la mediana y el tercer (75%) cuartil para cada pregunta.

Casos extremos (outsiders) son aquellas respuestas que se encuentran fuera de los pre-



percentiles 5 %y 95%.

Análisis descriptivo: Validos y Perdidos, Media, Moda, Amplitud intercuartil, Asimetría, Media recortada al 5%, Varianza, Desviación típica,

Curtosis. Análisis de Percentiles mediante la determinación de la media ponderada y la Bisagra de Tukey.

Prueba de Mann-Whitney y Prueba de Kruskal-Wallis

Se considero significativo una $p < 0,05$

RESULTADOS

Recogimos un total de 37 cuestionarios, validos en su totalidad.

El análisis estadístico se realizo agrupando a la población según edad con un corte a los 36 años, no observándose diferencias con respecto a la muestra sin agrupar.

También se analizo agrupando la muestra según el género no observándose tampoco diferencias, aunque por el número de hombres de nuestra muestra: 10 creemos que es necesario analizarlo con una muestra mayor.

No ocurrió lo mismo al analizar agrupando la muestra según si la enfermera utilizaba correo electrónico / e-mail o no. Ya que aparecieron diferencias significativas $p < 0,05$ para las enfermeras que utilizaban correo electrónico en las siguientes preguntas, asociadas al uso del e-mail:

- Para la pregunta 1ª. _ La Historia electrónica de salud de Abucasis II es útil para el registro de la mayoría de actividades que realiza la enfermera de Atención Primaria. con $p 0,019$

- Para la pregunta 7ª. _ El conocimiento que tiene la enfermera de Atención Primaria en la utilización de las nuevas tecnologías (ordenadores personales, impresora, teléfonos móviles, PDA, uso de Internet) está relacionado con una mayor disposición a la utilización de la historia electrónica de enfermería $p 0,042$

- Para la pregunta 15ª. _ Ahora que conoce un sistema de registro informatizado (historia electrónica de salud de Abucasis II) si no lo tuviera le gustaría disponer de una herramienta similar para su trabajo, con $p 0,004$

También analizamos por separado según el tipo de centro, urbano, rural y semiurbano. Encontrando los siguientes resultados significativos para el centro rural.

- Para la pregunta 1ª. _ La Historia electrónica de salud de Abucasis II es útil para el registro de la mayoría de actividades que realiza la enfermera de Atención Primaria. con $p 0,000$

- Para la pregunta 3ª. _ La utilización de la historia de salud electrónica por las enfermeras facilita la recogida de información para la toma de decisiones $p 0,003$

- Para la pregunta 6ª. _ Los registros que realiza la enfermera de Atención Primaria en la historia electrónica de salud pueden estar relacionados con la continuidad de los cuida-



dos entre los diferentes niveles de atención sanitaria, con $p < 0,011$

- Para la pregunta 7ª. _ Los conocimientos que tiene la enfermera de Atención Primaria en la utilización de las nuevas tecnologías (ordenadores personales, impresora, teléfonos móviles, PDA, uso de Internet) está relacionado con una mayor disposición a la utilización de la historia electrónica de enfermería $p < 0,14$
- Para la pregunta 15ª. _ Ahora que conoce un sistema de registro informatizado (historia electrónica de salud de Abucasis II) si no lo tuviera le gustaría disponer de una herramienta similar para su trabajo, con $p < 0,004$

Nuestro análisis de consistencia interna lo medimos con la Prueba Alfa de Cronbach, que se refiere a sí los ítems que miden un mismo atributo presentan homogeneidad entre ellos.

Y para las siguientes preguntas:

2. _ La valoración de los Patrones Funcionales en la práctica clínica de las enfermeras se asocia a la utilización de metodología enfermera.
3. _ La utilización de la historia electrónica por las enfermeras facilita la recogida de información para toma de decisiones.
6. _ Los registros que realiza la enfermera de Atención Primaria en la historia electrónica de salud pueden estar relacionados con la continuidad de los cuidados entre los diferentes niveles de atención sanitaria.
8. _ La utilización de los patrones Funcionales, Diagnósticos de Enfermería y los NIC de la Historia electrónica de salud por las enfermeras de Atención Primaria crea un valor añadido en comparación con las que no la utilizan.
11. _ La metodología enfermera y los lenguajes estandarizados (Diagnósticos, NIC) se relacionan con la calidad de atención que prestan las enfermeras en Atención Primaria.
12. _ Los registros que realiza la enfermera de Atención Primaria en la historia electrónica de salud mejoran la continuidad de cuidados entre los diferentes niveles asistenciales.

El resultado de consistencia interna es:

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,723	6

Y para las preguntas:

1. _ La historia electrónica de salud de Abucasis II es útil para el registro de la mayoría de las actividades que realiza la enfermera en Atención Primaria.
7. _ Los conocimientos que tiene la enfermera en la utilización de las nuevas tecnologías (ordenadores personales, teléfonos móviles, impresora, PDA, uso de Internet) están re-



lacionado con una mayor disposición a la utilización de la historia electrónica de enfermería.

15. _Ahora que conoce un sistema de registro informatizado (historia electrónica de salud Abucasis II) si no la tuviera le gustaría disponer de una herramienta similar para su trabajo.

El resultado de consistencia interna es:

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,771	3

Cuando el valor alfa de Cronbach igual o superior a 0,70 se considera que hay una buena consistencia interna.

Otras preguntas que han quedado fuera del análisis han sido:

4. _ El registro informatizado que realiza la enfermera que utiliza la historia electrónica de salud aumenta su carga de trabajo.

5. _Los NIC (Clasificación de Intervenciones de enfermería) que aparecen asociados a los Diagnósticos de Enfermería en la Historia electrónica de salud disminuyen la variabilidad en la practica clínica entre los profesionales.

13. _La utilización del ordenador para la realización de los registros en la historia electrónica de salud distorsiona la comunicación enfermera-cliente en Atención Primaria.

Consideramos que estas preguntas tienen una baja consistencia interna en cualquiera de las agrupaciones que realicemos, pero no queremos prescindir de ellas por su importancia en el cuestionario, por otro lado estás preguntas no tienen un componente común al resto de las preguntas.

También se realizo análisis factorial de los componentes principales del cuestionario y pudimos observar que éste se compone de preguntas que recogen aspectos relacionados con las TIC (registro útil, facilita la recogida de información, conocimientos previos en informática) . Otros aspectos relacionados con la metodología enfermera (metodología y calidad, continuidad de cuidados, calidad percibida, la utilización de terminología enfermera.

Todo ello nos hace concluir que nuestro Cuestionario es una herramienta útil para evaluar los conocimientos y actitudes de las enfermeras de Atención Primaria en relación al sistema informático SIA-Abucasis II.

CONCLUSIONES.

Las enfermeras que utilizan el correo electrónico obtienen puntuaciones mayores en todas las preguntas exceptuando para la pregunta -sobre carga de trabajo- donde la pun-



tuación es menor que el resto de las enfermeras, estas enfermeras puntúan con diferencias significativas que conocer las herramientas con tecnología informática previamente está relacionada con una mayor disposición a la utilización de la HEE, lo afirman en parte porque lo han experimentado, la HEE les parece una herramienta útil para los registros las actividades que realiza la enfermera, en parte porque ya tienen habilidades para el aprendizaje de la herramienta y aprecian las ventajas. Y otro aspecto importante es que si no tuvieran esta herramienta les gustaría disponer de otra similar lo que nos indica la aceptación de esta nueva herramienta de trabajo.

Por otro lado, en las respuestas de las enfermeras de los centros rurales se observa con diferencias significativas que tener conocimientos previos en las herramientas informáticas está relacionado con una mayor disposición a la utilización de la HEE, que la HEE es un instrumento útil de registro para las enfermeras, que facilita la toma de decisiones, que los registros de la HEE pueden estar relacionados con la continuidad de los cuidados y que si no tuviera la herramienta informática le gustaría disponer de ella. No nos puede sorprender que la HEE haya sido valorada con mas diferencias significativas positivas por las enfermeras que trabajan en los centros rurales (5) las tecnologías informáticas han reducido las distancias entre las zonas urbanas y rurales, y es posible que los beneficios de la aplicación de éstas sean mejor valorados en las zonas rurales aunque no lo podemos afirmar. Pensamos que es posible que las tecnologías disminuyan el aislamiento del profesional en el ámbito rural, facilitando su trabajo y especialmente la continuidad de los cuidados, pero pensamos que este apartado necesita una nueva valoración analizando otros factores.

Bibliografía:

- 1. Generalitat Valenciana. Actualidad del Consell (14-11-2005)
 - 2. Normalización de metodología de Cuidados en el entorno de la Comunidad Valenciana: Historia Enfermería Electrónica. Abucasis II Comunicación oral V Simposium Internacional de Diagnósticos de enfermería.
 - 3. Argimon Pallés, Josep M^a, Métodos de investigación. Harcourt. 2^a Ed.
 - 4. meneu, R. El impacto de información y comunicación en los profesionales y usuarios de la sanidad. Gestión clínica y sanitaria. Barcelona: Masson; 2003.
 - 5 Castells, M. La Galaxia Internet. Reflexiones sobre Internet empresa y sociedad. Barcelona: Arete 2001
- Se ha solicitado el Registro del Cuestionario nº V-606-06, 05-05-2006.



DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA Y FACTORES DE RELACIÓN PREVALENTES EN LAS UNIDADES DE MEDICINA INTERNA

Dulce Moscoso Otero, Cándido Sampedro Moreno, Rosa Pita Vizoso, Sonia Cid Armada, Irene Estrada Mosquera Irene

INTRODUCCIÓN

Una de las finalidades de nuestro Hospital es la utilización de las distintas taxonomías de enfermería (NANDA, NIC y NOC), para la planificación de cuidados. Desde la Comisión de Cuidados se vio la necesidad de buscar evidencias científicas que orientasen la elección de los distintos resultados e intervenciones; por ello se establecen como objetivos:

1.- Determinar la prevalencia de los diagnósticos de enfermería, en las unidades de Medicina Interna (MI). 2.- Determinar los factores de relación que han estado presentes con más frecuencia en el diagnóstico prevalente. 3.- Establecer las intervenciones de enfermería para cada diagnóstico, teniendo en cuenta los factores de relación más prevalentes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo, a través de las historias de enfermería, de los pacientes ingresados, durante el año 2005, en las unidades de MI del Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. Para el segundo objetivo se estudió una muestra aleatoria y estratificada por unidad. Se realizó el tratamiento estadístico de los datos con el programa informático SPSS 12.0.

RESULTADOS

Se estudiaron un total de 8491 historias de enfermería. Los diagnósticos más prevalentes fueron: Intolerancia a la actividad 19.9%, Riesgo de deterioro del patrón de sueño 18.5%, Déficit de autocuidados baño-higiene 17.4%.

Con Intolerancia a la actividad se estudió una muestra de 314 personas con una media de edad de 73.85 (Std. Dev. 13.38), el 60.2% fueron hombres y el 39.8% mujeres. Los planes de cuidados analizados eran individuales el 36.9% y estándares el 65.1%.

El factor de relación que apareció con más frecuencia fue Desequilibrio entre oferta y demanda de oxígeno 87.9%. Este factor no apareció nunca asociado a otro DdE.

Edades extremas apareció en el 19.1% (sólo asociado con Intolerancia a la actividad en el 3.2%), Cansancio en el 17.3% (sólo con Intolerancia 1.6%), Debilidad muscular 13.46% (sólo con Intolerancia 1.3%). En la mayoría de los casos estos factores aparecieron asociados a los diagnósticos de Déficit de autocuidados. La Ansiedad apareció en un 15%



(sólo con Intolerancia 0.3%), asociándose en el 53.2% de los casos, al diagnóstico de Deterioro del patrón de sueño.

Analizados los resultado, las intervenciones que debemos establecer de forma prioritaria son: Manejo de la energía, Ayuda al autocuidado y Mejorar el sueño.

CONCLUSIONES

El diagnóstico de enfermería más prevalente, en las unidades de MI es “Intolerancia a la actividad”. Existe una asociación importante, teniendo en cuenta los factores de relación, entre Intolerancia a la actividad, Déficit de autocuidados y Deterioro del patrón de sueño, que es necesario contemplar para establecer las intervenciones de enfermería.





UTILIDAD PRÁCTICA DEL MODELO AREA EN LA COMPLEJIDAD HUMANA

Silvia Antolinos Turpín, Mireia Juana Ladios Martín

SINOPSIS

Se presenta un proceso de cuidados en el que se ha aplicado el modelo AREA. Dicho proceso ha sido llevado a cabo con un lactante (María) incluido en el Programa del Niño Sano desde la consulta de enfermería de Atención Primaria. La información obtenida, es resultante de la interrelación paciente- familia- enfermera. Tras la valoración inicial de la niña, se detectó la necesidad de trabajar con la madre (Carmen), ya que ésta es la responsable directa de sus cuidados básicos y a su vez había pasado a ser cuidadora informal de su madre (Amparo- abuela María), la cual presenta un cuadro de demencia. Valoración: Realizada en ambos casos mediante la guía de valoración de M.Gordon. También se empleó la escala Goldberg para la monitorización de la ansiedad y las láminas Coop/ Wonca para conocer el estado funcional de la cuidadora principal. Diagnósticos: Como consecuencia del razonamiento clínico, se establecieron para Carmen dos diagnósticos principales: Cansancio del rol del cuidador y Disposición para mejorar el rol parental. En el caso de María, se obtuvo el diagnóstico de bienestar Lactancia Materna Eficaz. Resultados esperados: Se plantean los siguientes resultados a alcanzar con Carmen: Bienestar del Cuidador principal y Funcionamiento de la Familia. En el caso de María, se establecen resultados que permitan valorar su correcto desarrollo infantil a lo largo del tiempo. Intervenciones: Las intervenciones principales dirigidas a la consecución de los resultados esperados de Carmen son: Apoyo al cuidador principal y Educación paterna: crianza familiar de los hijos. En el caso de María las intervenciones derivan de la actuación estándar en la consulta de enfermería. Evaluación: Se realiza a través de los indicadores considerados oportunos derivados de los resultados principales propuestos en ambos casos y que nos permiten comparar la respuesta con los criterios de resultado para evaluar la evolución.

Palabras claves: Modelo AREA, proceso de cuidados, complejidad humana, enfermería comunitaria, Cansancio del Rol del Cuidador, Disposición para mejorar el rol parental.



APLICACIÓN DEL MODELO AREA EN LA PRÁCTICA PROFESIONAL

Ángel Martín García, Blanca Escobar Medina, Consuelo García Monllor

Presentamos un caso donde la planificación de los cuidados sigue el modelo AREA (Modelo de Análisis de Resultado del Estado Actual). Este modelo fue presentado por el profesor Pesut en las V JORNADAS DE TRABAJO de AENTDE que se celebraron en Toledo. Es especialmente útil en las situaciones de cuidados complejas en las que encontramos un elevado número de problemas.

La novedad del modelo estriba en que focaliza, no tanto en el descubrimiento de los problemas del usuario, como en la consecución de los resultados, por ello contextualiza la situación del cliente en el momento actual y propone un resultado esperado. La tensión entre el presente y el futuro orienta la toma de decisiones de las intervenciones.

Uno de los aspectos más importantes del modelo es la elaboración de redes de razonamiento clínico, éstas son representaciones gráficas que muestra la reflexión que la enfermera establece para: a) relacionar problemas detectados y establecer un diagnóstico clave (NANDA); b) elegir el resultado esperado (NOC) y c) las intervenciones (NIC) prioritarias que permitan pasar de la situación actual a la deseable.

El caso que se presenta refleja la actuación profesional sobre una familia, entendida ésta como unidad de cuidados. La valoración se ha realizado siguiendo los patrones funcionales de Gordon; se ha pasado el cuestionario de Zarit sobre carga del cuidador principal, así como otros de capacidad funcional (Kart, Barthel...) a los diferentes miembros de la unidad.

La aplicación del modelo ha permitido descubrir el foco del modelo en menos tiempo, escoger las intervenciones específicas sin demora e identificar dificultades en la aplicación de los lenguajes NNN.



NORMALIZACIÓN DE LA PRÁCTICA ENFERMERA EN EL CUIDADO AL DONANTE DE HEMOCOMPONENTES MEDIANTE EL USO DE TAXONOMÍAS NANDA- NOC.NIC

Marina Gómez Arcas, Enrique Terol Fenandez, Pilar de la Peña Zarzuelo, AlfredMingoSánchez, AnaRománRodríguez, ManuelaFernándezFilgueira

INTRODUCCIÓN

La inquietud de un grupo de enfermeras, en su área de trabajo, el campo de los donantes de hemocomponentes, ha llevado a “mover montañas”. Desde hace cuatro años, venimos trabajando dentro de una asociación multidisciplinar la Sociedad Española de Transfusión Sanguínea, bajo el nombre de Grupo de Cuidados Enfermeros, en la consolidación de los la metodología Nanda-Noc-Nic dentro del área de competencia de las enfermeras de donantes.

METODOLOGÍA

Se empezó, identificando las inquietudes y realidades del trabajo enfermero en el cuidado al donante altruista de hemocomponentes, a través de una encuesta de índole nacional. Participaron el 70% de los centros de transfusión y bancos de sangre de toda España, unas 600 enfermeras como resultados a resaltar; la variabilidad de la práctica enfermera, el desconocimiento en más de un 60 % de las taxonomías N.N.N y el deficiente sistema de resgistros enfermeros, así mismo constatamos una demanda común; formación específica. Tras analizar los datos, el grupo de cuidados, se marcó tres campos de trabajo:

- Planificación y realización de Cursos de metodología enfermera.
- La realización de una guía práctica de cuidados enfermeros incorporando taxonomías N.N.N.
- Potenciar campos de investigación.

RESULTADOS

En cuatro años, se han formado a más de 190 enfermeras de toda España, con 3 cursos nacionales y dos a demanda de los Centros de trabajo.

Se ha trabajado en la definición de un campo de debate de índole enfermero dentro de los congresos multidisciplinarios de la SETS,

A través de dos años de trabajo, se ha editado una “Guía Práctica de Cuidados Enfermeros En El Donante de Hemocomponentes de índole eminentemente práctica, con fichas diagnósticas de taxonomía N.N.N.

CONCLUSIONES

El trabajo que esta haciendo la enfermería que cuida a los donantes es hasta el momento casi desconocido debido a la escasez de publicaciones científicas y foros de debate. Esperamos estar contribuyendo al enriquecimiento de la profesión dentro de esta área de trabajo.



ESTUDIO DE OPINIÓN EN ENFERMERÍA

M^a Dolores Mirón Ortega, Luis Mendiola Cortina

INTRODUCCIÓN

La Enfermera necesita herramientas unificadas para comunicar, investigar y medir resultados.

El Servicio Asturiano de Salud ha informatizado las consultas. En la historia digital está incluida la metodología enfermera (OMI-Planes) con lenguajes estandarizados: NANDA-NIC- NOC y Valoraciones por Patrones Funcionales de Marjory Gordon. Esto puede hacer más operativo el método.

Objetivos

Conocer la situación actual en el uso de la metodología enfermera, grado de utilización, problemas, grado de formación, la motivación y el apoyo institucional de sus áreas. Todo ello para detectar posibilidades de mejora.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo transversal.

Cuestionario validado en una 1^a fase del trabajo. Está estructurado con tres tipos de preguntas: características del profesional, preguntas cerradas con respuesta múltiple y preguntas abiertas, 48 ítems.

Se realizó el estudio entre Enero y Septiembre 2004 (dos fases). La población a estudio es el total de las enfermeras comunitarias de Asturias de las que respondieron 253

El análisis estadístico se realiza con el programa SPSS 10.0.

RESULTADOS

La muestra presenta estas características: 86,3% son mujeres, con una edad media 41,7, media de años trabajados 18,8, plaza en propiedad 45,8.

Conocen Omi-Planes 86,9 de la muestra y lo utilizan en su trabajo diario 66,7. Usan la Valoración el 78,7 de ellas. Los más utilizados son los Patrones II III IV y los más dificultosos los P. IX, X, XI. Utilizan los Dx E. el 47,2 (los más señalados son deterioro de la integridad cutánea y desequilibrio nutricional por exceso). La NOC y la NIC las usan el 30,2 de las enfermeras que contestaron

Dicen haber recibido formación 70,9, pero 93% la considera insuficiente. El 84,2 estarían interesadas en la implantación de la M.E. en su área sanitaria, la motivación personal es de grado medio y el apoyo institucional medio-bajo.

CONCLUSIONES

A pesar de la herramienta informática, poco más de la mitad de los encuestados utilizan



la Metodología Enfermera. Lo más utilizado es la fase de valoración, seguido de los diagnósticos Nanda, bajando en las fases de Objetivos e intervenciones. Los diagnósticos señalados son biofísicos en ausencia de psicosociales

A pesar de los problemas existe un interés manifiesto por su implementación.

Se observa una gran variabilidad en las distintas áreas por lo que vemos necesaria una línea estratégica unificadora para la Comunidad Autónoma.



DE LA DOCENCIA A LA ASISTENCIA Y A LA GESTIÓN. CONTINUIDAD DE CONOCIMIENTOS Y CONTINUIDAD DE CUIDADOS

M^a Concepción Fernández Mérida, Lourdes Padilla Romero,
Juan Amat Mata, José Juan García Rodríguez

La armonización europea de los planes de estudios facilita, y obliga, a la resolución de los problemas de definición y delimitación de los conocimientos y las competencias laborales de nuestra profesión. Para su consecución son útiles instrumentos tales como el Modelo Conceptual, el Proceso de Enfermería y las clasificaciones enfermeras de diagnósticos, criterios de resultados e intervenciones, instrumentos que, por supuesto, tienen que ser contrastados en la práctica evaluando su grado de aplicabilidad en nuestro contexto.

En este sentido, y como docentes en la formación de pregrado, estamos obligados a analizar e interrelacionar ese mundo teórico con el asistencial y el de gestión, estando todos enmarcados por el de investigación. Esto se ha visto facilitado por el hecho de que en el Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga, en el que mayoritariamente hacen práctica los alumnos de la EUE de la Diputación, varios profesores de este centro docente participan en las diversas Comisiones Enfermeras de dicho hospital, como son las de Planes de Cuidados Estandarizados, Registros Enfermeros, Procedimientos y Protocolos, o la de Educación para la Salud. La conexión de las cuatro funciones enfermeras en el centro educativo y hospitalario genera, recíprocamente, modificaciones que enriquecen el proceso.

En esta comunicación, que presentamos Profesores del Área de Fundamentos y de Medicoquirúrgica de la EUE de la Diputación de Málaga y la Enfermera Hospitalaria de Enlace (EHE) del Hospital Virgen de la Victoria de Málaga, exponemos el proceso de enseñanza-aprendizaje de los problemas de salud desde ambas asignaturas y cómo esto se operativiza en el Plan de cuidados, los registros, informe al alta y el programa de Educación para la Salud generados por las Comisiones Enfermeras que son utilizados por los alumnos en las prácticas clínicas y por los profesionales y gestionados por la EHE.



PLAN DE CUIDADOS EN LA PRACTICA CLINICA DE UN CENTRO DE SALUD

Alberto Romero Moya, Rubén Romero Moya.

SINOPSIS

Paciente de 73 años, en tratamiento con Sintrom por problemas vasculares. Hace vida cama-sillón por isquemia crónica en MMII. Hipertenso y diabético, presentado un mal control de la glucemia, que es su mayor preocupación en estos momentos. Es cuidado en exclusiva por su mujer de 73 años, que padece artrosis y antecedentes de carcinoma papilar tiroideo.

VALORACIÓN

La valoración de enfermería se ha realizado utilizando el modelo de valoración de Virginia Henderson, y además ayudado de escalas a nivel geriátrico mentales y funcionales. Se puede destacar que duerme mal, anda con dificultad, tiene inestabilidad en la marcha, presenta edemas en MMII acompañado de pequeñas úlceras en los dedos de los pies, no se relaciona con sus semejantes y le preocupa su estado de salud, llegando a ser un poco aprensivo.

DIAGNÓSTICOS

1. Deterioro del patrón del sueño r/c ansiedad y pensamientos repetitivos m/p verbalización de no sentirse descansado.
2. Deterioro de la movilidad física r/c disminución de la fuerza m/p inestabilidad postural durante la ejecución de las actividades habituales de la vida diaria.
3. Deterioro de la integridad cutánea r/c alteración del estado metabólico m/p aparición de pequeñas heridas en los dedos de los pies.
4. Aislamiento social r/c negación a la relación con sus semejantes m/p no salir a la calle.
5. Temor r/c posibles consecuencias de la diabetes m/p verbalización de su preocupación.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Objetivo: Control de la ansiedad (1402)
2. Objetivos: Nivel de movilidad (0208); Deambulación: caminata (0200).



3. Objetivo: Perfusión tisular: periférica (0407).
4. Objetivo: Implicación social (1503).
5. Objetivo: Superación de problemas (1302).

INTERVENCIONES

1. Intervención: Disminución de la ansiedad (5820); Fomentar el sueño (1850)
2. Intervención: Terapia de ejercicios: equilibrio (0222); Terapia de ejercicios: deambulación (0221).
3. Intervención: Cuidados de las heridas (3660)
4. Intervención: Potenciación de la socialización (5100).
5. Intervención: Aumentar el afrontamiento (5230).

EVALUACIÓN

Durante evaluación continua a lo largo de siete semanas, el resultado obtenido es bastante positivo bajo mi punto de vista. Por lo general los diagnósticos no han empeorado, tan sólo cabe destacar el deterioro de la movilidad física y el aislamiento social que no se han modificado en nada.

De forma general, debido a que es un paciente crónico y pluripatológico, este periodo es ínfimo para que se cumplan unos objetivos que en un periodo más largo si se podrían cumplir o al menos que no fuesen a más.



RESULTADOS EN EL DETERIORO DEL PATRÓN DEL SUEÑO EN EL ÁREA 9 AP MADRID

Oscar Aguado Arroyo, Sonia Peláez Moya,
Manuela García Corraliza, Jesús Corrales González,
Pilar Contreras Ferrandiz, José Luís Aréjula Torres

INTRODUCCIÓN

El Deterioro del patrón del sueño es un problema que genera una gran cantidad de consultas en APS y con un alto grado de utilización de fármacos, las intervenciones enfermeras pueden solucionar y/o mejorar la mayoría de los factores de relación desencadenantes de este tipo de problemas.

MATERIAL Y MÉTODO

Todos los datos de este estudio por medio de una aplicación de explotación de datos propia sobre el aplicativo OMI-AP que genera el Sistema de Información de Procesos de Enfermería de la Gerencia de AP 9 de Madrid.

Se analizan las frecuencias de aparición de las características definitorias, factores de relación junto con los NOC y NIC utilizados. Se analizan las puntuaciones de los NOC seleccionados que contienen al menos dos valoraciones en la escala en fechas diferentes, el tiempo entre la medición basal y la última medición registrada, el cambio en la puntuación, las intervenciones seleccionadas en los cambios de puntuación positivos y negativos, los porcentajes de pacientes que mejoran, empeoran o mantienen la puntuación.

RESULTADOS

El número de Dx analizados fue de 528.

Las frecuencias de aparición fueron de: CD: Insomnio mantenido, Despertarse tres o más veces por la noche; FR: >5 FR con >10% de frecuencia de presentación.

NOC: Sueño, Control de la ansiedad, Descanso; NIC: Fomentar el sueño, Manejo ambiental, Manejo de la medicación.

Los datos referidos a la medición de puntuaciones fue de:

NOC	Días	DE Días	P.Basal	DE P.Basal	Punt. Ult.	DE P.Ult.	Cambio	DE Cambio
Sueño	123,96	102,02	2,85	0,73	2,96	0,82	0,12	0,95
Control de la ansiedad	97,27	106,41	2,18	0,75	2,45	0,93	0,27	0,65
Descanso	164,00	78,86	2,50	0,84	3,50	1,05	1,00	0,89



Los porcentajes de pacientes que mejoraron, empeoraron y mantuvieron la puntuación fue respectivamente de 36 - 10 - 54%

Conclusiones: Las CD son habituales en la anamnesis de este problema, los FR evidencian la multicausalidad que puede presentar este DX. Las selecciones de NOC y NIC son coherentes con los FR identificados.

En el análisis de la evolución de los pacientes evidencian cambios de puntuación muy dispares en los distintos resultados (De 0,12 – 1,00) y un porcentaje de pacientes que no cambian la puntuación elevado (54%). No obstante no existen diferencias significativas en las NIC seleccionadas en los casos con evolución positiva respecto a la negativa o al mantenimiento de la puntuación. Probablemente será necesario reproducir este estudio con una evolución de uso más prolongado de las escalas, déficit de valoraciones de escalas de resultados respecto a los indicadores, y desagregando la información por factores de relación debido a la generalidad conceptual del propio DX para establecer conclusiones clínicas más ajustadas.





RESULTADOS E INTERVENCIONES ENFERMERAS EN EL RIESGO DE CAÍDAS

Silvano Arranz, A., Fernández Lao, I.,
Olea Martínez, C., Martínez Lorenzo, A.,
Torres Alegre, P., López González, M.

INTRODUCCIÓN

Las caídas constituyen un problema muy frecuente en la edad avanzada, siendo una de las principales causas de lesión, de incapacidad e incluso de muerte de este grupo de población.

Se estima que un tercio de las personas mayores de 65 años sufren una caída al año aumentando esta incidencia a un 40% en los ancianos mayores de 75 años (Blake 1988; Campbell 1990; Downton 1991; Prudham 1981; Tinetti 1988).

Con frecuencia la etiología de las caídas es multifactorial produciéndose por la conjunción de múltiples causas: limitaciones orgánicas de todo tipo derivadas del proceso de envejecer, enfermedades crónicas que condicionan una limitación funcional y la presencia de una causa desencadenante.

Las caídas representan uno de los indicadores más importantes en geriatría a la hora de establecer criterios que nos permitan identificar al "anciano frágil".

Es importante destacar que las caídas en el anciano en ocasiones son un fenómeno inevitable produciéndose en mayor porcentaje en el propio domicilio y con una menor frecuencia en la calle y en lugares públicos interiores y exteriores.

Cuando se produce una caída en el anciano, van a aparecer unas consecuencias no sólo físicas sino también a nivel psicológico y social. A nivel físico las consecuencias más graves son las fracturas (la más comunes son la fractura de Colles y la fractura de la articulación coxo-femoral).

La principal consecuencia a nivel psico-social es el síndrome post-caída; este síndrome origina un cambio de comportamiento y actitudes tanto de la persona que ha sufrido la caída como en su familia. En un primer lugar el dolor causado por la contusión o la fractura va a provocar una disminución en la movilidad y con ello una pérdida de autonomía para realizar las actividades de la vida diaria, posteriormente ansiedad y miedo a presentar una nueva caída. Respecto a la familia, tras el primer episodio de caída suele actuar sobreprotegiendo al anciano, aumentando con ello la pérdida de movilidad, esto aumenta la dependencia para las AVD y esta mayor dependencia hace que en muchas ocasiones derive en una institucionalización del anciano por parte de la familia.

Por este motivo queremos conocer la eficacia de la intervención enfermera en el diagnóstico enfermero de Riesgo de caídas en la Z.B.S. Almería.



OBJETIVOS

1. Conocer la incidencia del diagnóstico enfermero Riesgo de caídas en el domicilio.
2. Conocer los factores relacionales más prevalentes de nuestra población en el riesgo de caídas.
3. Conocer las etiquetas NICs y NOCs e indicadores más utilizados.
4. Conocer la efectividad de las intervenciones enfermeras.

METODOLOGÍA

Estudio observacional retrospectivo multicéntrico. El estudio se realiza en los Centros de Salud Almería Centro, Alcazaba, Ciudad Jardín, Cruz de Caravaca, Plaza de Toros y Oliveros pertenecientes al Distrito Almería.

Muestra: Toda la población identificada con DdE riesgo de caídas (130 pacientes) desde el 01/01/2003 al 01/03/2004.

Se realiza un análisis de las historias clínicas de los pacientes identificados en los que se les ha realizado un seguimiento de un tiempo mínimo de un año.

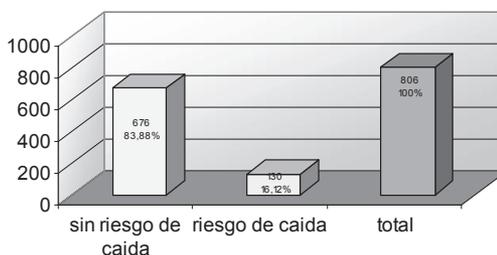
Las variables estudiadas son:

- Número de pacientes con DdE riesgo de caídas.
- Edad media y sexo.
- Existencia de cuidador (informal y/o formal).
- Caídas sufridas antes y después del periodo de estudio y consecuencias de las mismas.
- Factor relacional.
- Intervención y resultados enfermeros utilizados.
- Problemas colaborativos asociados más prevalentes.

RESULTADOS

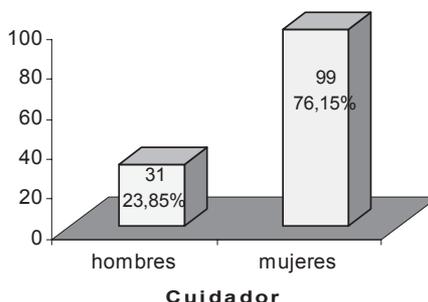
De una muestra total de 806 pacientes valorados en el periodo del 01/01/2003 al 01/03/2004 se han emitido 130 diagnósticos enfermeros de Riesgo de caídas lo que supone un 16.12% de la población estudiada.

Incidencia de riesgo de caída



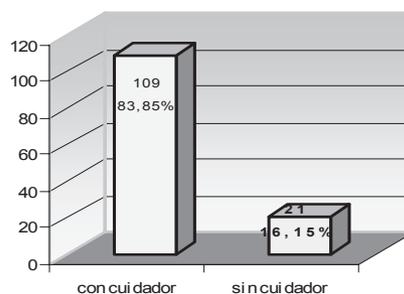


Distribución por sexo



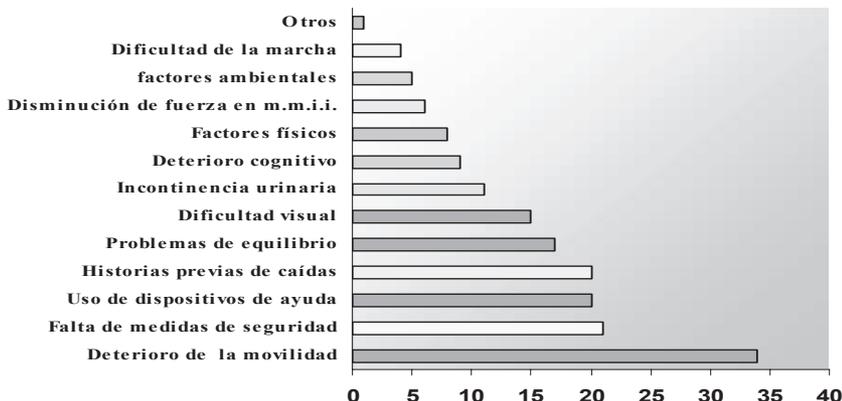
En cuanto a la distribución por sexos, el 23.85% son hombres y el 76.15% mujeres con una edad media de 82.36 años.

De los 130 pacientes en estudio, 109 lo que supone un 83.85% tienen cuidador bien informal o formal o ambos, contando con 21 ancianos que no tienen ningún tipo de cuidador.



Los factores relacionales más prevalentes de la población estudiada son: Deterioro de la movilidad en 34 casos, la falta de medidas de seguridad en 21 casos, uso de dispositivo de ayuda no adecuado e historias previas de caídas (20), problemas de equilibrio (17), dificultad visual (15), Incontinencia urinaria (11). Con menor prevalencia están entre otros factores relacionales el deterioro cognitivo, factores físicos, disminución de la fuerza en extremidades inferiores, factores ambientales y dificultad de la marcha

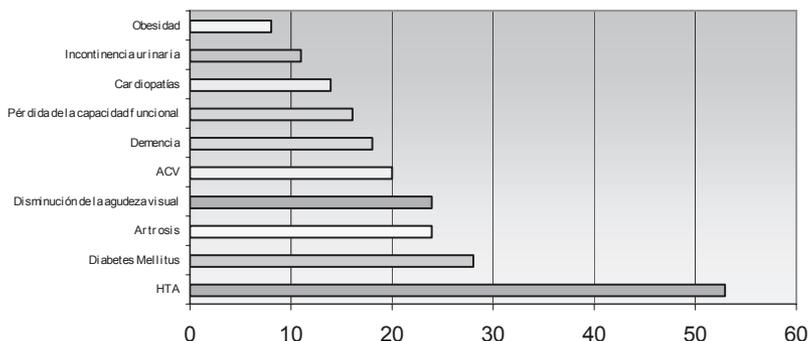
Factores relacionales





Los problemas colaborativos más prevalentes del grupo de población estudiada con DdE Riesgo de caídas es por orden de frecuencia: hipertensión arterial (53), diabetes mellitus (28), artrosis (24), disminución de la agudeza visual (24), accidente cerebro vascular (20), demencia (18), pérdida de la capacidad funcional (16). Otros problemas colaborativos menos frecuentes de nuestra población son las cardiopatías, incontinencia urinaria, obesidad, hipoacusia, EPOC,..

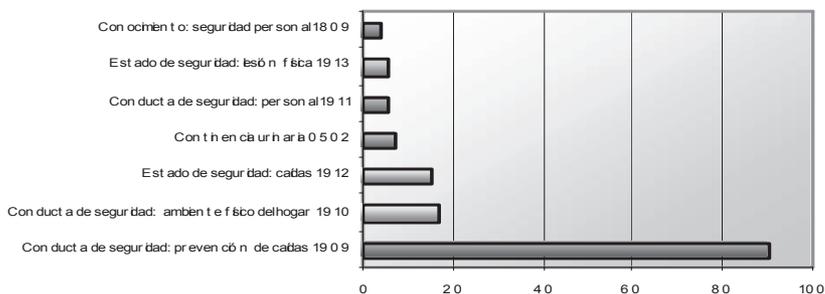
Problemas de colaboración



Los resultados enfermeros (NOC) más utilizados son:

1. Conducta de seguridad: prevención de caídas 1909 (90)
2. Conducta de seguridad: ambiente físico del hogar 1910 (17)
3. Estado de seguridad: caídas (12)
4. Continencia urinaria 0502 (7)
5. Conducta de seguridad: personal 1911 (6)
6. Estado de seguridad: lesión física 1913 (6)
7. Conocimiento: seguridad personal 1809 (4)

Resultados enfermeros NOC



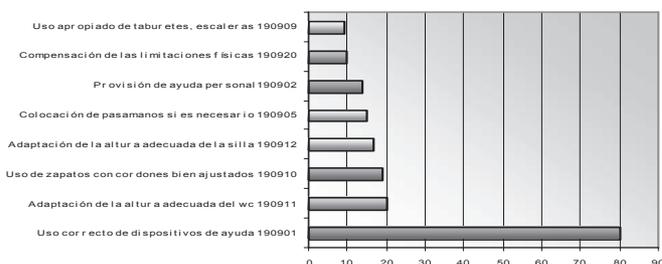


A continuación mostraremos los indicadores más utilizados para las etiquetas NOC más frecuentes:

Conducta de seguridad: prevención de caídas (1909) y los indicadores para este resultado son:

- 190901 Uso correcto de dispositivo de ayuda (80)
- 190911 Adaptación de la altura adecuada (20)
- 190910 Uso de zapatos con cordones bien ajustados (19)
- 190912 Adaptación de la altura adecuada de la silla (17)
- 190905 Colocación de pasamanos si es necesario (15)
- 190920 Compensación de las limitaciones físicas (10)
- 190909 Uso apropiado de taburetes, escaleras (9)

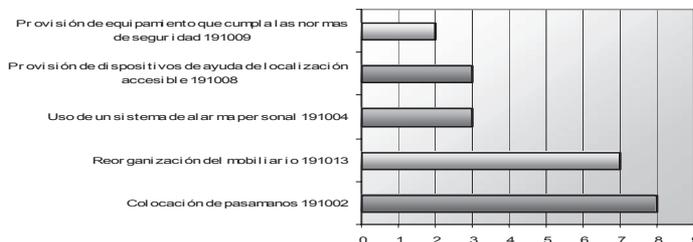
Conducta de seguridad: prevención de caídas 1909



Conducta de seguridad: ambiente físico del hogar (1910) siendo los indicadores más prevalentes para este resultado:

- 191002 Colocación de pasamanos (8)
- 191013 Reorganización del mobiliario (7)
- 191004 Uso de un sistema de alarma personal (3)
- 191008 Provisión de dispositivo de localización accesible (3)
- 191009 Provisión de equipamiento que cumpla las normas de seguridad (2)

Conducta de seguridad: ambiente físico del hogar 1910





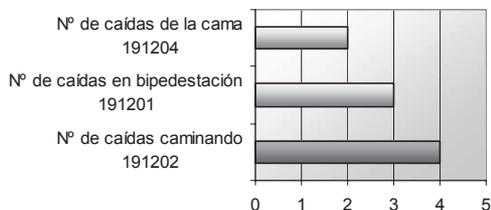
Estado de seguridad: caídas (1912), los indicadores más prevalentes para este indicador son:

191202 N° de caídas caminando (4)

191201 N° de caídas en bipedestación (3)

191204 N° de caídas de la cama (2)

Estado de seguridad: caídas 1912



Las intervenciones enfermeras más frecuentes han sido las siguientes:

6490 Prevención de caídas en 117 casos

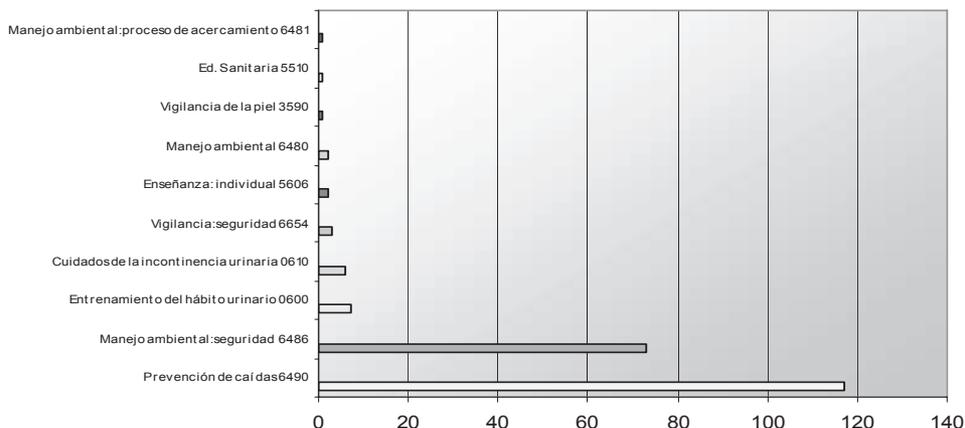
6486 Manejo ambiental: seguridad (73)

0600 Entrenamiento del hábito urinario (7)

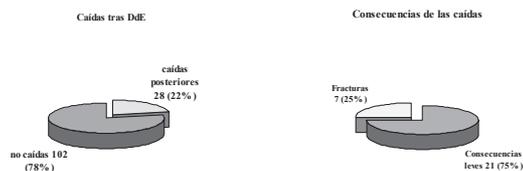
0610 Cuidados de la incontinencia urinaria (6)

Otras intervenciones utilizadas con una menor frecuencia son: Vigilancia: seguridad 6654; Enseñanza individual 5606; Manejo ambiental 6480; Vigilancia de la piel 3590; Educación sanitaria 5510,..

Intervenciones enfermeras NIC



Tras el periodo de estudio se vio que de los 130 pacientes con DdE de Riesgo de caídas, 28 (21.53%) habían sufrido alguna caídas y de ellos 7 (25%) habían tenido como consecuencia de la caída una fractura lo supone el 5.3 % de la población en estudio.



CONCLUSIONES

La valoración integral al paciente anciano, nos proporciona información relevante sobre los factores de riesgo que pueden causar una caída pudiendo así mismo trabajar de una forma precoz sobre ellos.

Las intervenciones enfermeras más utilizadas en nuestra población han sido la Prevención de caídas (6490) y la Gestión del entorno: seguridad (6486) acorde a los factores relacionales más prevalentes detectados en nuestra población como han sido el deterioro de la movilidad, la falta de medidas de seguridad y los dispositivos de ayuda.

La incidencia del DdE Riesgo de caídas sobre la población valorada en domicilio es del 16,12% y de ésta población el 21,53% han sufrido una caída. Si partimos de que el 40% de la población mayor de 75 años sufre una caída al año, la incidencia de caída es menor en nuestra población, pero la incidencia de fracturas tras caída es superior en nuestro ámbito de estudio 25% que en estudios consultados en los que menos de una caída cada diez causa una fractura.

Este resultado nos obliga a diseñar un próximo estudio que nos pueda proporcionar más datos sobre los factores multicausales que están influyendo aunque no podemos olvidar que la edad media de la población es muy elevada (82 años) y puede ser un factor causal importante de las fracturas originadas.

Aunque se ha conseguido una efectividad de la intervención en un 78,47%, es necesario seguir trabajando sobre estos factores de riesgo realizando planes de cuidados individualizados y seguimiento periódico tanto del paciente como del cuidador principal.

La falta de cuidador en la totalidad de nuestros mayores a los que se les ha diagnosticado un riesgo de caídas, supone un problema añadido a este tipo de población ya que aumenta su vulnerabilidad puesto que no existe nadie quien pueda supervisar o realizar las medidas preventivas indicadas o servir como apoyo al mayor.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Ribera Casado, J.M. ; Gil Gregorio P. Factores de riesgo en la patología geriátrica. Clínicas geriátricas. 1996. Edimsa. Madrid
2. Gillespie,L.D.; Gillespie, W.J.; Robertson MC; Lamb SE; cumming RG; Rowe BH. Intervenciones para la prevención de caídas en las personas ancianas. En: La Cochrane Libray plus en español. Oxford: Update Software.
3. Marínez Sabater,A.; Milvaques Faus,L. Caídas en el anciano. D.E. Clínica geriátrica El Castillo. 1999.
4. Vidan Astiz,M.T. Caídas en el anciano. Patología osteoarticular en geriatría. Clínicas Geriátricas. 1993.Edimsa. Madrid



APOYO ON-LINE EN LA SISTEMÁTICA DE ELABORACIÓN DEL DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Manuel Carlos Cid González, Cristina Vázquez Jiménez,
Castillo Alcón Jiménez

INTRODUCCIÓN

El diagnóstico de enfermería debe ser la herramienta fundamental para el trabajo enfermero, por permitir objetivar los problemas y unificar los criterios de actuación.

La falta de costumbre en la sistemática diagnóstica hace que a priori parezca difícil llegar a establecer un diagnóstico enfermero.

La necesidad de consultar tres libros y buscar atendiendo unas veces al concepto y otras veces a la primera palabra definitoria, llega a confundir a quienes se acercan por primera vez al uso del diagnóstico enfermero.

La influencia del diagnóstico clínico y la comodidad y menor responsabilidad relativa del trabajo delegado antepuesto al trabajo enfermero vienen a confundir un poco más.

METODOLOGÍA

Hemos esquematizado y simplificado, mediante informatización del proceso, la sistemática diagnóstica basándonos en los patrones funcionales de salud de M. Gordon, los dominios de la NANDA, marcación de objetivos de NOC y las intervenciones que realizaremos según NIC, así como las escalas de valoraciones (Zarit, Barthel...). La informatización permite su uso en ordenador o una PDA. Dicho esquema ha sido colgado en una página web (<http://es.geocities.com/carlosgerena2/diagnosticando>), por lo que desde cualquier ordenador conectado a internet se tiene acceso.

RESULTADOS

La página está recibiendo desde su creación una media de 6.42 consultas diarias (4.689 visitas en dos años)

DISCUSIÓN-CONCLUSIONES

La metodología se puede considerar novedosa y exitosa. La simplificación, marcando en cada paso las palabras que hay que buscar y las páginas de los libros en las que hay que consultar resultan un buen instrumento, rápido, claro y útil en su uso para un primer acercamiento a la metodología diagnóstica. Las palabras claves de búsqueda y la tecnología de los buscadores web inducen a pensar que las consultas realizadas son por recomendación de un visitante anterior. El recibo de correos con consultas y felicitaciones también animan a pensar en esa dirección.



DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS DE LA NANDA ASOCIADOS A NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON EN UNA UNIDAD DE LACTANTES

Ferrer Pardavila, M^a Angeles; Rodríguez Muriel, José Matías.

INTRODUCCIÓN

El Proceso de Atención de Enfermería y del Programa informático GACELA nos está permitiendo gestionar los cuidados realizados a los niños y sus familias.

En el año 2001 realizamos estudio para valoración de prevalencia de los Diagnósticos y Necesidades alteradas.

Transcurridos 9 años vemos la necesidad de un nuevo estudio.

OBJETIVOS

- Determinar la prevalencia de las 14 Necesidades de Virginia Henderson.
- Ver la prevalencia de los diagnósticos de enfermería vinculados a cada necesidad.
- Identificarlos en relación al sexo y edad.
- Comparar los resultados con el estudio anterior.

MATERIAL Y MÉTODO

Ámbito de estudio: Unidad de Lactantes del C.H.U. Juan Canalejo de A Coruña.

Estudio observacional de prevalencia descriptivo con seguimiento retrospectivo.

Periodo: 1 de enero a 31 de diciembre 2005.

Sujetos de estudio: todos los niños/as que ingresaron en la unidad durante este periodo, a los que se elaboró un Plan de Cuidados.

Población: 1397 niños (lactantes) en edades comprendidas entre 20 días y 30 meses.

RESULTADOS

Las necesidades y diagnósticos más prevalentes: la Necesidad de Evitar Peligros (98,3%), con 12 diagnósticos asociados como Riesgo de Traumatismo (97,42%), Riesgo de Infección (60,42%); la de Dormir y Descansar (86,3%) con el Riesgo de Perturbación del sueño (84,90%); Mantener la Temperatura corporal (59,6%), con Hipertermia (43,31%) y Riesgo de Hipertermia (21,98%); Respirar (44%) con Riesgo de Limpieza ineficaz de vía aérea (22,91%), Limpieza ineficaz de la vía aérea (19,76%).



DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La edad es determinante en la presencia de necesidades y diagnósticos enfermeros. Hemos pasado de utilizar 48 diagnósticos a 71 demostrando que el uso de los diagnósticos mejora su utilización y definición.

De 22 diagnósticos de riesgo, hemos pasado a utilizar 39 reconociendo la importancia de las actividades de prevención en los niños ingresados.

Bibliografía:

Rodríguez Bestilleiro A.M. Ferrer Pardavila M.A. Prevalencia de Diagnósticos Enfermeros de la NANDA y Necesidades alteradas de Henderson en una Unidad de Lactantes. *Enfermería Clínica* 2002; 12;(6): 255-61.

Gonzalez-Gutierrez Solana R. As Razons da Informatización no traballo de Enfermería. *Revista galega de Actualidade Sanitaria* Febreiro 2001; Vol 1 nº1: 36-39

Martinez Martinez C.; Cañadas Bustos A.; Rodríguez Paredes E.; Tornel García S. Dificultades en la valoración enfermera. *Enfermería Clínica* 2003;13 (4): 195-201

Pérez Rivas F. J., Carrera Manchado C., López Blasco M A, Auñón Muelas A, García López M y Beamud Lagos M. Nuevos Indicadores en la provisión de servicios: Diagnósticos enfermeros en atención primaria. *Enfermería Clínica* 2004;14(2): 70-6

Lopez De Dicastillo O, Cheung P. La Enfermería infantil y los cuidados centrados en la familia. *Enfermería Clínica* 2004; 14 (2) : 83-92.





DEFINICIÓN DEL VALOR TÉCNICO PARA EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Javier Pérez Rivas, Jose M. Santamaría García,
M^aSol Ochandorena Juanena, Marcial Caboblanco Muñoz,
Juan Ferrándiz Santos, Milagros Beamud Lagos

INTRODUCCIÓN

El Área 11 de Atención Primaria (AP) de Madrid ha trabajado en los últimos años una línea específica sobre indicadores de cuidados. En esta línea de desarrollo, la Comisión de Cuidados valoró la necesidad de elaborar indicadores que permitieran conocer la complejidad de los problemas de cuidados atendidos en AP. Para ello se considero necesario definir previamente el Valor Técnico (VT) asignado a cada Diagnóstico de Enfermería (DdE)

Objetivo: Asignar un VT para cada DdE en AP

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño: Estudio descriptivo transversal

Ambito y Periodo de estudio: Area Sanitaria 11 de AP de Madrid (Octubre/05 a Marzo/06)

Sujetos de estudio: Responsables de Enfermería, Responsables de cuidados y expertos en metodología de los 39 EAP. Tamaño de la muestra establecido n=140 (NC:95% y e=0.07).

Instrumentalización:

Fase I: Definición de los criterios de valoración por la Comisión de Cuidados del Area 11 a través de una técnica de consenso de grupo nominal. Para cada criterio se definió la escala de valoración a utilizar (tipo likert de 1 a 5).

Fase II: Asiganción de cada profesional de una puntuación, según escala definida, para cada diagnóstico en cada uno de los criterios establecidos

RESULTADOS

Se establecieron 5 criterios de valoración: Carga de Trabajo, Expectativa de Resolución (Pronóstico), Autopercepción del paciente, Respercusión social y Recursos Necesarios. El total de profesionales encuestados fue 143. Teniendo en cuenta el rango de puntuación se definieron 10 intervalos de asignación de VT (De 1 a 10).

Los DdE que mayor VT (10) han alcanzado han sido: Procesos familiares disfuncionales: alcoholismo, Desesperanza, Confusión crónica, Riesgo de suicidio, Deterioro de la comunicación verbal, Cansancio en el desempeño del rol de cuidador, Deterioro de la memoria y Trastorno de la imagen corporal

CONCLUSIONES

Disponer del VT de cada diagnóstico en AP permite elaborar indicadores sobre la complejidad de los cuidados y gestionar recursos de enfermería no solo atendiendo a criterios de cantidad y calidad, sino también en función de la complejidad de la atención.



PERFIL DE LAS COMUNICACIONES PRESENTADAS EN SIMPOSIUMS INTERNACIONALES DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA ORGANIZADOS POR AENTDE DESDE 1996

Sergio Alonso Fernández, María Teresa Ros Elvira

INTRODUCCIÓN

En Mayo de 1996 la Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería (AENTDE) celebra su I Simposium Internacional de Diagnósticos de Enfermería. Desde este primer simposium hasta la actualidad se han presentado más de 300 comunicaciones y pósters que describen diversos aspectos sobre el establecimiento de un lenguaje común en nuestra profesión. El contenido de las comunicaciones en estos 10 años ha sido muy variado y parte desde aspectos conceptuales que nos ayudan a sentar las bases del desarrollo del conocimiento y opiniones de los alumnos y profesionales hasta las experiencias y estrategias de aplicación en la práctica y la informatización de los registros de enfermería.

El objetivo de nuestro trabajo es describir las características de las comunicaciones presentadas en los Simposiums Internacionales de Diagnósticos de Enfermería organizados por AENTDE.

MATERIAL Y MÉTODOS

Análisis del contenido de todas las comunicaciones que constan en los libros de resúmenes de los 5 simposiums organizados por AENTDE. Las variables de estudio más relevantes son: centro de trabajo, especialidad relacionada, contenido del trabajo, instrumentos empleados, etiquetas diagnósticas empleadas.

Para la variable “etiquetas diagnósticas empleadas” se usa la taxonomía de la NANDA 2005-2006.

El contenido de las variables se analiza con el programa SPSS v. 11.01

DISEÑO: Observacional descriptivo transversal.

RESULTADOS: En desarrollo estadístico.

CONCLUSIONES

Vinculadas a los resultados y, a su vez, al análisis estadístico.



EVOLUCION DE LA METODOLOGÍA ENFERMERA EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACION. DESDE 2001 A 2005

Rosario Montero Vega, Ana M^a Sánchez Cubo, Inmaculada Vicente Peralta,
Isabel de la Torre Gálvez, Patricia Bujalance Carrasco,
Candela Bonil de las Nieves

Una metodología consensuada y fácilmente valorable consigue cuantificar la calidad del trabajo enfermero, siendo requisito imprescindible de gestión en el ámbito asistencial y de costes.

MATERIAL Y METODOS

En el servicio de Traumatología Médica, desde 2000 se realiza la valoración inicial (Virginia Henderson). En 2002 se elaboró un plan de cuidados standar para el GDR médico "Prótesis de rodilla". En 2003 se revisó, incorporando el lenguaje SELE, con Diagnósticos enfermeros (Dde), problemas de colaboración (PC) y problemas de autonomía (PA). En 2004 se modifica, implantando resultados NOC e intervenciones NIC. En 2005 el Hospital intenta integrar la Taxonomía enfermera de forma reglada.

RESULTADOS

Muestra de pacientes : 33.

Dde incluidos: 9.

Deterioro de la integridad cutánea (31%), Ansiedad (25%), Riesgo de lesión (24%), Déficit de conocimientos (20%). El 67% se resuelven al alta y el 33% continúan tras la hospitalización.

PC incluidos: 19.

Dolor (15%);, Riesgo de infección de herida quirúrgica y Riesgo de tromboembolismo. El 70% de los PC registrados se resuelven al alta y el 30% continúan.

Se observó un 26% de error en la cumplimentación y se registró un 7% de NOC's no incluidas.

CONCLUSIONES

El pilotaje del registro llevado a cabo nos sirvió para mejorarlo. El déficit de conocimientos y la variabilidad del personal de enfermería, son barreras para la óptima implantación de la metodología enfermera.

Los resultados globales de este estudio nos constatan que no hay suficiente conocimiento a cerca de la importancia de los NOC's. Mediante su revisión podremos asegurar la calidad de los cuidados y la responsabilidad profesional.



INCONTINENCIA URINARIA EN LA MUJER. DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS, NIC, NOC

M. Luz López Pinel, Meritxell Tomé López, Guadalupe Ortega Cuelva,
Carmen Bultó Serra, Susana Pérez Zamora, Laura Sebastián Montal

La incontinencia urinaria lleva asociados problemas higiénicos y sociales que contribuyen a un deterioro en la calidad de vida de la persona.

En nuestra empresa se ha implantado un servicio propio de rehabilitación del suelo pélvico integrado en la atención primaria.

Sólo después de una completa entrevista con la paciente para recoger toda la información posible y detectar patrones alterados, podemos definir algunos diagnósticos enfermeros reales o potenciales que puede presentar una paciente incontinente.

Los enfermeros deberían buscar de forma activa este problema de salud, ya que muchas veces no es el motivo de consulta pero sabemos que esta patología la padecen el 20% de mujeres a partir de los 40 años y va en aumento con la edad. Una sencilla pregunta como ¿Alguna vez se se le escapa la orina? debería estar incluida como una más en las actividades preventivas.

Sin querer acotar el trabajo de los enfermeros ni sustituir el juicio clínico de cada profesional, hemos querido dar una aproximación de cómo poder conectar tres lenguajes enfermeros y de cómo los podemos utilizar conjuntamente en la planificación de los cuidados de una persona (PAE).

Una vez identificados los problemas y para poder saber si nuestras intervenciones son útiles hemos propuesto algunos objetivos o resultados (NOC) que podemos acordar con la paciente y los indicadores de independencia que nos ayudaran a medir el grado de autonomía conseguido.

Por último, también hemos añadido algunas de las intervenciones (NIC) que nos puedes ayudar a conseguir los objetivos marcados.

Los posibles patrones alterados y los diagnósticos enfermeros relacionados son:

- 1) Sexualidad
 - Patrón sexual inefectivo
- 2) Auto percepción
 - Trastorno de la imagen corporal
 - Baja autoestima situacional
- 3) Cognitivo
 - Conocimientos deficientes
- 4) Eliminación
 - Incontinencia urinaria de esfuerzo
 - Incontinencia urinaria de urgencia



INDICE DE COMPLEJIDAD DE CUIDADOS: NUEVO INDICADOR EN LA GESTIÓN DE ENFERMERÍA

Jose M. Santamaría García, F. Javier Pérez Rivas,
M^aSol Ochandorena Juanena, Montserrat García López,
Vicente Solano Ramos, M^a José Gil de Pareja Palmero

INTRODUCCIÓN

El Área 11 de Atención Primaria (AP) de Madrid ha trabajado en los últimos años una línea específica sobre indicadores de cuidados. La Comisión de Cuidados del Área ha definido un nuevo indicador específico que permite evaluar la complejidad de los cuidados que se prestan en AP, teniendo en cuenta un Valor Técnico asignado previamente a cada Diagnóstico de Enfermería

Objetivo: Evaluar el Índice de Complejidad Medio de Cuidados (ICMC)

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño: Estudio Descriptivo Transversal

Ambito: 39 EAP del Área 11 de AP de Madrid

Periodo de estudio: Enero 2005/Diciembre 2005

Análisis Estadístico: Cálculo de la media y desviación estándar para variables cuantitativas, con intervalos de confianza.

Mediciones: Evaluación del Total de diagnósticos de enfermería realizados y del Valor Técnico (escala de 1 a 10) establecido para cada diagnóstico, a través del indicador definido:

Indicador de Complejidad Media de Cuidados (ICMC): $\frac{\sum ((DdE1 \times VT1) + (DdE2 \times VT2) + \dots + (DdEn \times VTn))}{N \text{ (Total DdE)}}$

Nivel de desagregación: Área, distrito, EAP y enfermera

RESULTADOS

El total de diagnósticos de enfermería realizados durante el año 2005 han sido 24183. El ICMC del Área ha sido de 5.48. En el análisis por EAP, el rango de la diferencia de ICMC entre EAP va desde 6.29 a 3.83. Al realizar el análisis desagregado a nivel de enfermera la amplitud del rango se amplía: La enfermera con mayor ICMC es de 7.75 y la de menor 2.36.

CONCLUSIONES

Disponer del Índice de Complejidad Media de Cuidados facilita en la práctica la gestión de los cuidados, ya que va a permitir la comparabilidad entre profesionales, Equipos o Areas de Salud y gestionar recursos en función de la cantidad de problemas atendidos, de la calidad con la que prestemos esa atención y de la complejidad de los mismos.



ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL: DE LO INVISIBLE A LO VISIBLE.

I. Membiela Jurado, C. Díaz Hatero, I. Isla Castillo
R. Aláez Carmona, Mj. Barrena Ortiz

Hasta hace poco la enfermería y sobre todo en Salud Mental, trabajaba sólo con funciones delegadas. Poco a poco se va produciendo un cambio y la enfermera/o comienza a trabajar con funciones propias, pero no bien definidas. Se trabaja dependiendo de criterios personales y de la voluntad y capacidad de cada enfermera/o. Hasta aquí éramos invisibles, habiendo trabajado mucho.

Además se han producido más cambios: modificación de los planes de estudios; cambio de nomenclatura; evolución del Rol profesional.; aumento de de las expectativas de los profesionales sobre el desempeño profesional.

Para la enfermería es fundamental conservar su identidad a medida que se reestructura el sistema sanitario para aumentar su eficacia, por lo que es prioritario avanzar en definir sus intervenciones y resultados.

Si deseamos participar en la reestructuración y en la investigación de los cuidados, es necesario utilizar un lenguaje estandarizado y desarrollar base de datos de enfermería. Los clínicos necesitamos información, pero la mayoría de nuestras necesidades no están cubiertas:

- Nuestros libros de texto se desfasan, por lo general los conocimientos clínicamente importantes de los profesionales sanitarios se deterioran rápidamente tras finalizar la carrera y/o período de su formación especializada.

- Nuestras revistas están desorganizadas.

Como resultado, tanto los conocimientos como la práctica clínica se deterioran.

Por suerte contamos con Internet.

Sistemas de información:

- En Salud Mental está el SISMA.

- PROYECTO DIRAYA: en el que se incluye:

- + Necesidades de V. Henderson.

- + Diagnósticos NANDA, resultados NOC, intervenciones NIC.

Ante todos estos cambios enfermería se da cuenta de la necesidad de trabajar con un lenguaje común y estandarizado al igual que disponer de protocolos de actuación validados.

NECESIDAD DE UN MODELO

V. Henderson:

“los cuidados básicos prodigados por la enfermera son los mismos se trate de pacientes



físicos o mentalmente enfermos En realidad ambos aspectos son inseparables; las emociones tienen un efecto físico y los cambios físicos afectan al estado de salud”.

En nuestro hospital (H. Reina Sofía) se eligió trabajar con el modelo de Virginia Henderson: “la función Propia de la enfermería es asistir al individuo, enfermo o no, en la realización de actividades que contribuyen a su salud o a su recuperación y que el llevaría a cabo sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario, y hacer esto de manera que le ayude a adquirir independencia lo más rápidamente posible”.

Problemas sobre los que actúa la enfermera/o según Virginia Henderson:

- Problema de independencia. Ayudando, dando apoyo, educando.
- Problema de autonomía. Supliendo(realizando los cuidados requeridos por el paciente)
- Problema de colaboración. Colaborando con otros profesionales.

VENTAJAS DE TRABAJAR CON UN MODELO UN MODELO:

- No es posible actuar sin tener una idea de qué hemos de hacer.
- Ayuda a precisar la naturaleza de los cuidados.
- Nos guía en la elección de intervenciones para la consecución de objetivos.
- Define nuestra responsabilidad profesional.
- Delimita nuestra área de competencia.
- Aclara el servicio que ofrecemos a la sociedad.

Rol profesional. Virginia Henderson parte de una asunción/ supuesto filosófico (no modificable): “ la enfermera tiene una función propia aunque comparte actividades con otros”

Rol de colaboración. Actividades de tratamiento y control prescritas por otro profesional que la enfermera hace por el paciente.

Rol propio. Actividades de tratamiento y control que la enfermera hace con/ por el paciente.

Concepto de persona según Virginia Henderson. Formada por aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que presenta 14 necesidades básicas:

1. Necesidad de oxigenación.
2. Necesidad de nutrición.
3. Necesidad de eliminación.
4. Necesidad de movilización.
5. Necesidad de reposo y sueño.
6. Necesidad de vestirse/ desvestirse.
7. Necesidad de termorregulación.
8. Necesidad de higiene.
9. Necesidad de seguridad.
10. Necesidad de comunicación.
11. Necesidad de creencias y valores.
12. Necesidad de ocio.



13. Necesidad de realización personal.
14. Necesidad de aprendizaje.

PROCESO ENFERMERO

- 1.- Valoración: recogida de datos.
- 2.- Diagnósticos: definición del problema.
- 3.- Planificación: selección de resultados, planificación de cuidados.
- 4.- Ejecución: puesta en práctica de los cuidados.
- 5.- Evaluación: eficacia de las actuaciones y logro de resultados.

1.-VALORACIÓN.

¿Qué es la valoración?

- Recogida y organización de datos que conciernen a la persona, familia y entorno.
- Análisis e interpretación de los mismos para llegar a una conclusión.

¿Qué hay que valorar?

- Clínica.
- Física
- Funcional. AVD.
- Mental. Afectiva. Cognitiva.
- Social.
- De la carga del cuidador.
- El estado de salud presente y pasado.
- Los patrones de adaptación presente y pasado (capacidades y limitaciones).
- La respuesta al tratamiento (de enfermería, médico, etc.)
- El riesgo de desarrollar alteraciones potenciales.

¿De donde obtener los datos?

- Fuente primaria:
 - < Paciente
- Fuentes secundarias. Son todas las demás:
 - < Familia, o seres queridos de la persona.
 - < Registros enfermeros
 - < Registros de otros profesionales
 - < Consultas
 - < Pruebas diagnósticas
 - < Bibliografía relevante

¿Como valoramos?

- Observación.
- Exploración física.



- Entrevista de valoración .Es una técnica que requiere además de los conocimientos, las habilidades técnicas y las cualidades como entrevistador. Durante la entrevista se utiliza fundamentalmente la comunicación verbal entre dos personas, cuya finalidad es obtener información; facilitar la relación enfermera/ paciente; dar información/ participación. . También nos aporta mucha información la comunicación no verbal (expresiones faciales, los gestos, el contacto físico, posición corporal...).

Una vez recogida la información, el segundo paso sería la validación (asegurarnos que la información es completa y verdadera).

El tercer paso es la organización y el análisis, que consiste en agrupar los datos en conjuntos que nos ayuden en la identificación de problemas y además concluir o hacer una inferencia sobre la existencia o no de un problema en los patrones de funcionamiento humano.

Valoración en salud mental:

- El tipo de valoración viene determinada por la naturaleza de la historia del paciente, el contexto donde se atiende, por los problemas actuales y por otras necesidades individuales.
- Hay distintos tipos de valoraciones, pero siempre es necesaria una valoración para la práctica terapéutica.

2.- DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS.

El diagnostico enfermero es un juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, familia o comunidad frente a procesos vitales, problemas de salud reales o potenciales que proporcionan la base de la terapia para el logro de objetivos de los que la enfermera es responsable.

El diagnostico enfermero determina el proceso de salud del cliente, evalúa los factores etiológicos que están influyendo en el problema.

Diagnosticar es distinguir o discriminar.

La recogida de información, interpretación y agrupamiento suceden una y otra vez a lo largo del proceso diagnóstico.

Hay que hacer una interpretación de los datos que nos lleve a la organización de los datos en grupos, después crear una lista con los problemas sospechados, elegir las etiquetas más específicas entre los diagnósticos similares.

GLOSARIO NANDA

- Etiqueta: proporciona un nombre al diagnostico. Es un término o frase concisa que representa un patrón de claves relacionadas.
- Definición: proporciona una descripción clara y precisa de la etiqueta.



- Características definitorias: claves observables que se agrupan como manifestaciones de un diagnóstico enfermero real de la salud.

3.-PLANIFICACIÓN.

Los objetivos fijados durante la planificación derivan directamente de los problemas que hemos identificado.

- Si el diagnóstico es inespecífico, inexacto, vago o incompleto, la planificación resultará imposible o ineficaz.
- Las intervenciones planificadas deben estar diseñadas para prevenir, resolver o minimizar los problemas identificados.

Los objetivos son los resultados que la persona y la enfermera acuerdan conseguir como consecuencia de los cuidados e indican si la respuesta humana identificada en el diagnóstico es / será prevenida, modificada o corregida.

Plan de cuidados: resultados (objetivos)

- Han de estar centrados en el paciente.
- Deben derivar de los diagnósticos identificados.
- La mayoría de los resultados enfermeros representan la resolución de los diagnósticos.
- El requisito mínimo para la medición del resultado es cuando se inician los cuidados (basal) y cuando se finalizan (al alta).
- Han de estar temporalizados.
- Deben ser claros, precisos, evaluables y medibles.
- Se deben identificar los resultados que razonablemente puedan esperarse y conseguirse.
- los resultados se especifican antes de elegir las intervenciones

RESULTADOS.

La determinación de los resultados a alcanzar tiene tres propósitos:

- Son los instrumentos de medición del plan de cuidados: identifican los resultados esperados.
- Dirigen las intervenciones.
- Son factores de motivación.

NOC

NURSING OUTCOMES CLASSIFICATION

Lenguaje estandarizado y comprensible que describe resultados asistenciales sensibles a la intervención enfermera.

- Proporciona etiquetas para medir los resultados de las intervenciones enfermeras.
- Define resultados centrados en el paciente y pueden ser empleados por otras disciplinas.
- Proporciona una información sobre los resultados asistenciales más específica que las



medidas globales de estados de salud.

- Proporciona resultados intermedios y finales.
- Utiliza una escala para medir los resultados.
- Ayuda a la toma de decisiones.
- Definir resultados en el paciente que dependan de los cuidados enfermeros.
- Optimizar la información para la evaluación de la efectividad.
- Evaluación de la calidad de los cuidados enfermeros.
- Relacionar diagnósticos-intervenciones-resultados.

NIC

Tratamiento Enfermero.

Intervenciones y actividades en los diagnósticos:

Las intervenciones son actuaciones específicas para ayudar al paciente a conseguir los resultados esperados y que son comunes en todos los casos.

Las actividades son el conjunto de tareas necesarias para realizar una intervención y que cambian en función del usuario, de su entorno, de sus recursos...

Las intervenciones prescritas estarán encaminadas al logro de los objetivos que habíamos establecido y, al igual que estos, han de plantearse implicando al paciente/familia y consensuarlas con él.

Intervenciones en los problemas de colaboración

Estos se centran en:

- La aplicación del Tratamiento prescrito por el médico.
- La planificación de los cuidados que se derivan de la ejecución de tales prescripciones.
- La programación de medidas de control y vigilancia del estado del enfermo.

Por su repetitividad deben estar protocolizados.

4.-EJECUCIÓN.

Puesta en marcha el plan de cuidados

5.-EVALUACIÓN.

¿Qué aspectos de la enfermería influyen en el estado de salud de los usuarios?

¿Se benefician de los cuidados enfermeros?

¿Cómo?

¿Cuáles son los efectos de las intervenciones y protocolos usados?

¿Afrontan mejor su situación?

¿Comprenden mis pacientes y sus familiares sus problemas de salud y cómo cuidar se para mantener o mejorar su salud?

¿Qué intervenciones producen los mejores resultados en los pacientes?





Todos los cambios crean resistencias, porqué nos resistimos al cambio:

- Inseguridad. Miedo a las consecuencias imprevisibles y a las criticas.
- Perdidas de ingresos económicos.
- Posibilidad de desorganizar grupos de trabajo.
- Perder el puesto de trabajo.
- Tener que aprender nuevas materias.
- Amenazas de tipo social.
- Adaptarse a nuevas personas.
- No cumplir con las expectativas ante el cambio.
- Desconfianza hacia las personas que protagonizan el cambio.
- Miedo a modificar el rol profesional.

¿Por qué debemos cambiar?

Debido a los cambios sociodemográficos, nuevas demandas de salud, cambios en las políticas sanitarias, mayor demanda de participación de los usuarios en la toma de decisiones, aumento en las expectativas de los usuarios, mayor autonomía profesional.

Se están produciendo muchos cambios y es una gran oportunidad que las enfermeras/os debemos aprovechar para avanzar y se nos reconozca nuestro trabajo. El cambio es una señal de vitalidad.

¿Qué queremos cambiar?

La implantación de nuevas estrategias que incidan sobre la práctica asistencial de las enfermeras pasa por desarrollar un proceso de cambio donde se reconozca a los verdaderos protagonistas de los mismos, los usuarios.

Mejoras sobre la personalización y la humanización del servicio, definiendo mejoras de los contenidos enfermeros, mejorando la accesibilidad, favoreciendo el acto único, aumentando la confianza y la credibilidad. En definitiva ofreciendo mejores respuestas a nuestros usuarios.

CONCLUSIONES

- 1.- Necesidad de trabajar con un modelo de enfermería (VIRGINIA HENDERSON).
2. Necesidad de trabajar con el proceso enfermero, NOC, NIC.
- 3.-Importancia de la continuidad de cuidados, informe de enfermería al alta y la comunicación y coordinación de los profesionales de todos los dispositivos (atención primaria y atención especializada).



APLICACIÓN DEL MODELO AREA EN AL ÁMBITO CLÍNICO A LACTANTES/NIÑOS CON FISURA LABIO PALATINA

Imma Oliveras Giralt, Marta Fernández Corcuera

INTRODUCCIÓN

En los últimos años el colectivo enfermero ha querido y ha realizado un esfuerzo importante para hacer visible la aportación de los profesionales de enfermería en los procesos en los que participa. Gracias al desarrollo de los paradigmas enfermeros - modelos, del método de trabajo – PAE, de las taxonomías y del conocimiento clínico de los enfermeros, se han podido evidenciar las características del desempeño profesional vislumbradas en, múltiples estándares enfermeros de aplicación clínica (planes de cuidados estándar, trayectorias clínica, guías de práctica clínica) o simplemente en la utilización de modelos y taxonomías en el ámbito de trabajo.

Esta normalización, motivo de interés de grandes instituciones i organizaciones del ámbito profesional i de la gestión como la OMS y los Colegios Profesionales (Proyecto CIPE, Proyecto NIPE), fundamental e inevitable en el ejercicio de la profesión, aparte de producir un enriquecimiento para la profesión, de mejorar la calidad de la atención al garantizar la continuidad, de comportarse como instrumentos docentes y de convertirse en una fuente de datos para poder generar la evidencia científica, ha venido acompañada, de una sobrecarga de trabajo en el día a día al tener que documentar todo lo que antes no se registraba, que no se ha visto compensada con la mejora de distribución de recursos en la gestión de los procesos.

Los estándares del nuestro hospital¹ (Sant Joan de Déu, Barcelona) se están actualizando en base a la metodología enfermera de resolución de problemas, están constituidos por diferentes apartados y organizados de manera secuencial en el tiempo:

1. Valoración específica al ingreso.
2. Diagnósticos más prevalentes con sus resultados esperados y sus intervenciones específicas.
3. Complicaciones potenciales prevalentes con una orientación sobre la indicación médica y sus actividades de vigilancia y control para cada una de ellas.

Como enfermeras clínicas y de metodología, y entendiendo que los estándares son guías que tienen que llevarse a cabo y que nos ayudan a garantizar, por lo menos y de manera homogénea, los cuidados del proceso, nos surgieron diferentes dificultades y cuestiones:

1. Como debíamos documentar todo el estándar en la historia clínica del paciente (extensos y con información dispersa, por ejemplo una intervención sirve para más de un problemas, todos los problemas tienen resultados).



2. Qué debíamos documentar.
3. Cómo podríamos diferenciar, nos daba la impresión que quedaban diluidos, los problemas, resultados e intervenciones críticos de los que son complementarios.
4. Es necesario medir todos los resultados de cada problema.

El Modelo de Análisis del Resultado del Estado Actual (AREA)² procura una estructura para el razonamiento clínico que incluye los problemas y también los resultados esperados en la práctica enfermera. AREA pone un énfasis especial en la detección de patrones y el reconocimiento de las relaciones que se establecen entre un número elevado de diagnósticos. A través de la creación de una red de relaciones, a menudo se puede descubrir un foco que es más importante en el contexto del patrón dinámico de las mismas. El modelo utiliza los hechos asociados a la historia del cliente para dotar de significado los problemas (encuadrar).

Por este motivo nos planteamos si el modelo de razonamiento clínico AREA nos podría ayudar a gestionar los procesos de una manera igualmente rigurosa, con la ventaja de poder orientar los registros de los procesos de forma más simplificada, completa, concreta y ágil.

Uno de los estándares que tenemos y que nos planteaba todas estas dificultades anteriores es el de "Paciente intervenido de fisura labiopalatina"¹.

La fisura labio palatina es una malformación congénita que requiere una planificación terapéutica transdisciplinar que se prolonga hasta los 15 años, y que requiere la implicación completa de la familia durante los primeros años (dadas las variaciones en la forma de satisfacer las AVD del hijo) y posteriormente la del propio paciente.

Su tratamiento está encaminado a la reparación de las malformaciones ya establecidas, tratando de evitar que éstas progresen, mediante procedimientos médicos quirúrgicos y de rehabilitación, tanta física como psicológica, con el fin de lograr la participación activa en la vida y la adaptación social del niño y de su familia.

El marco teórico que orienta el enfoque y posterior discusión del estudio que presentamos lo constituye el paradigma de la Dra. Virginia Henderson³, el proceso de atención de enfermería (PAE), las taxonomías NANDA⁴, NIC⁵, NOC⁶, el modelo de razonamiento clínico AREA, y el Protocolo de tratamiento precoz preconizado por Malek y Psaume.

Con este estudio pretendemos facilitar la gestión del proceso "Lactante con fisura labio palatina" a partir del uso del modelo de razonamiento clínico AREA como instrumento para la aplicación clínica en unidades de hospitalización.

Objetivos específicos:

- Identificar las áreas de dependencia de estos pacientes.



- Describir los problemas de dependencia que presentan.
- Identificar el diagnóstico principal.
- Describir el/los resultado/s esperados para ese proceso.
- Describir las intervenciones.
- Elaborar documento para la aplicación clínica (registro enfermería).

METODOLOGÍA

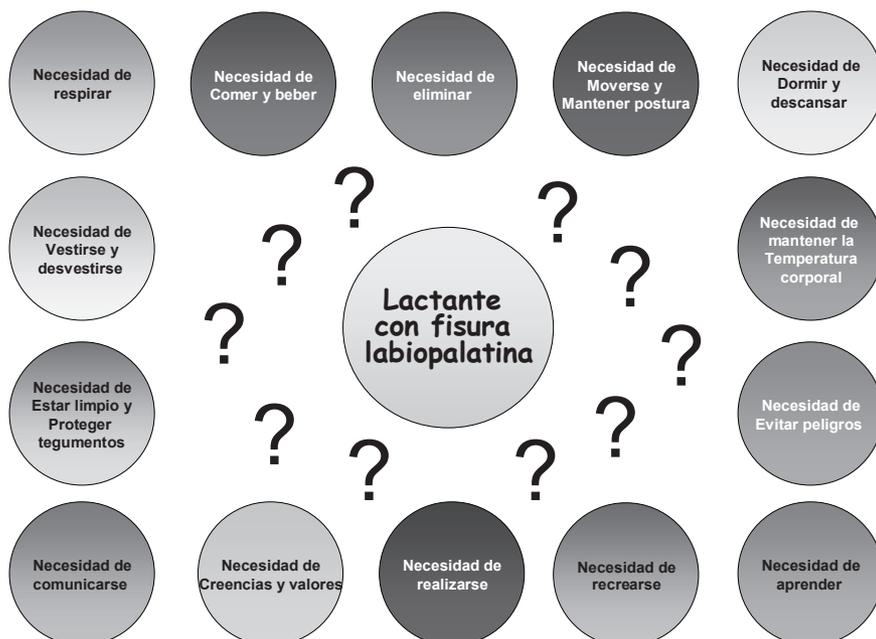
Este estudio descriptivo longitudinal se ha realizado en el Hospital Sant Joan de Déu siendo el centro de interés los lactantes con fisura labio palatina, ingresados en el hospital entre enero de 2005 y diciembre de 2005, que se han sometido a reparación quirúrgica según Protocolo de Malek.

Variables del estudio:

1) Áreas de dependencia:

Para poder identificarlas, debíamos encuadrar (Fig.1) la situación. Primero realizamos una revisión a partir de nuestra experiencia, reforzándonos en la bibliografía, y en la filosofía terapéutica que se sigue en nuestro centro (protocolo de Malek); así nos podríamos dar cuenta de los condicionantes del tratamiento quirúrgico que iban a generar áreas de dependencia reales o potenciales de forma directa en el lactante y su familia.

Figura 1. Encuadre de la situación en base a la Dra. Henderson





Por otro lado contrastamos los hallazgos anteriores con la valoración al ingreso del estándar¹ elaborado en el hospital y se elaboró un registro de valoración específica al ingreso según paradigma de la Dra. Henderson, donde pretendíamos validar las áreas de dependencia, reales o potenciales, identificadas durante el proceso. Los datos que se incluyeron fueron:

a) Datos generales:

- Nombre y Apellidos
- Número de Historia
- Diagnóstico médico
- Patología asociada
- Fecha de valoración
- Edad
- Habitación
- Intervención
- Valoración prequirúrgica

b) Datos específicos

i) Necesidad de respirar:

- (1) Presencia de mucosidad
- (2) Realizan lavados nasales con suero

ii) Necesidad de comer y beber:

- (1) Características de la alimentación habitual
- (2) Placa en paladar
- (3) Problemas con el paladar
- (4) Como realiza las tomas
- (5) Descansa habitualmente durante las tomas
- (6) Problemas de deglución, respiración, reflujo nasal durante las tomas

iii) Necesidad de dormir:

- (1) Hábitos para dormir
- (2) Horas de sueño seguidas por la noche
- (3) Mantiene un horario de sueño/vigilia habitual

iv) Necesidad de estar limpio y aseado y proteger los tegumentos:

- (1) Hábitos de higiene bucal y placa paladar si lleva
- (2) Hábitos de higiene corporal

v) Necesidad de evitar peligros y realizarse:

- (1) Uso chupete
- (2) Conducta habitual del lactante
- (3) Técnica de contención ante irritabilidad del hijo
- (4) Actitud de la madre para asumir los cuidados
- (5) Estado emocional de la madre
- (6) Conducta social del hijo
- (7) Alternativas para mantener una conducta social normalizada

vi) Necesidad de aprender:

- (1) Capacidad de concentración

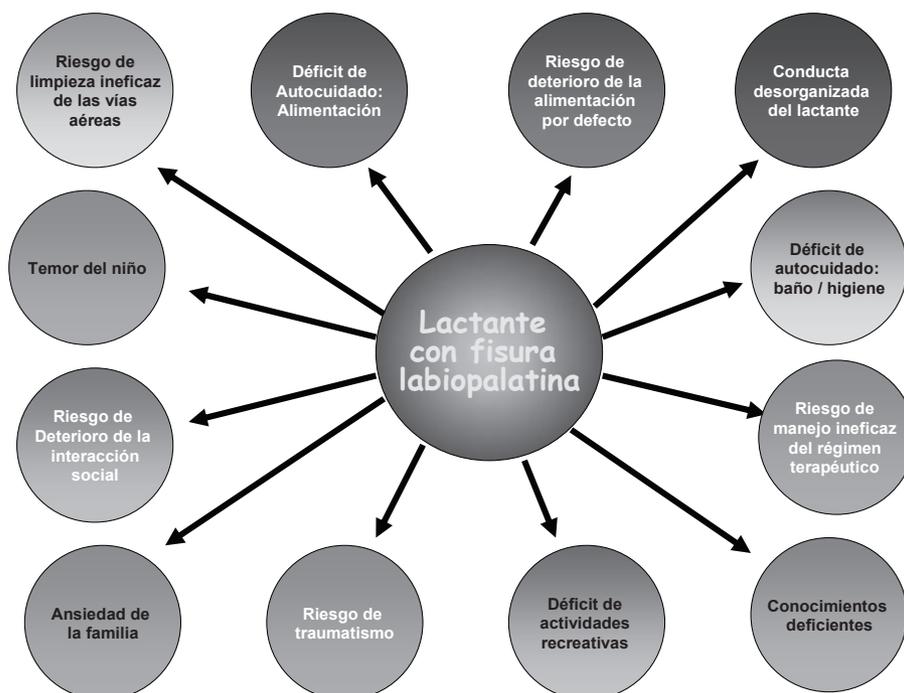


- (2) Capacidad de atención
vii) Otras manifestaciones:

2) Problemas de dependencia: a partir de la propuesta de valoración y el estándar del hospital, creamos una serie de hipótesis diagnósticas comunes para estos pacientes, contrastando las manifestaciones de dependencia reales o potenciales con las características definitorias o factores de riesgo de la taxonomía NANDA (Figura 2):

- a) Riesgo de limpieza ineficaz de las vías aéreas
- b) Déficit de autocuidado: alimentación
- c) Riesgo de desequilibrio nutricional por defecto
- d) Déficit de autocuidado: baño / higiene
- e) Temor del niño
- f) Ansiedad de la familia
- g) Riesgo de traumatismo
- h) Conducta desorganizada del lactante
- i) Riesgo de deterioro de la interacción social
- j) Déficit de actividades recreativas
- k) Riesgo de manejo ineficaz del régimen terapéutico
- l) Conocimientos deficientes

Fig. 2. Representación de los diagnósticos que presenta un lactante con fisura labiopalatina





siguiendo una de nuestras inquietudes que generó este estudio, consideramos que de esta manera quedaban evidentes las áreas críticas de atención a estos pacientes en estos procesos, por lo que nuestra propuesta como diagnóstico principal quedaba de la siguiente manera:

Riesgo de traumatismo relacionado con conocimientos deficientes sobre como realizar las actividades habituales y la conducta desorganizada del lactante.

4) Resultado/s esperado/s: como propone el Dr. Pesut, una vez que la “cuestión clave” ha sido determinada, el proceso debe centrarse en la determinación del resultado esperado así como en cuál será la evidencia de la consecución de dicho resultado. Para ello utilizamos el encuadre de la taxonomía NOC, ya que nos permitía identificar el resultado esperado, su indicador y la escala de medida.

Nuestra propuesta como resultado clave, orientada a la minimización de los factores de riesgo del problema y a la mejora y/o resolución de los motivos que lo producen, nos llevó a la selección de dos criterios de medida para establecer la relación entre el resultado y el estado actual del paciente al alta:

a. NOC 1: Conocimiento: seguridad personal (1809).

- Indicador (180903): Descripción de las medidas para reducir el riesgo de lesiones accidentales

- Medida (5): Extenso

b. NOC 2: Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos (1008)

- Indicador (100801): Ingestión alimentaria oral (100801)

- Medida (4): sustancialmente adecuada

5) Intervenciones: la selección de las intervenciones que nos ayudarán e influirán en la transición desde el estado actual al resultado esperado no generó ningún tipo de controversia y se utilizaron como marco la NIC y el Manual de Procedimientos propio del hospital:

a) *Intervenciones NIC:

i) Potenciación de la seguridad:

(1) Consignas específicas:

(a) Postura decúbito supino

(b) Manguitos / inmovilizador de brazos

(c) Evitar introducir objetos en cavidad bucal (chupete, cucharas...)

(d) Alimentación con jeringa y protector de látex.

ii) Enseñanza: individual

(1) Consignas específicas:

(a) Medidas de seguridad



- (b) Alimentación con jeringa y protector
- (c) Ayuda al autocuidado
- iii) Fomentar el acercamiento
- iv) Distracción
- b) *Procedimientos propios:
 - a. Ingreso / Acogida
 - b. Preoperatorio: cuidados generales
 - c. Postoperatorio: cuidados generales
 - d. Alimentación con jeringa y protector de látex
 - e. Higiene bucal

6) Documento para la aplicación clínica (registro enfermería): la elaboración del registro enfermero se ideó con la finalidad de que en una hoja se pudiera obtener, de manera rápida, ágil y certera, todo el proceso de cuidados que tenía que recibir y había recibido el paciente. En ella contemplamos diferentes elementos:

- a. Datos generales.
- b. Datos específicos por necesidades.
- c. Diagnóstico principal.
- d. Resultados clave.
- e. Intervenciones / Procedimientos propios
- f. Resultado/s y medida.
- g. Actividades de vigilancia y control generadas por las complicaciones potenciales (la medicación queda excluida dado que tenemos la gestión del medicamento informatizada).
- h. Pruebas complementarias.
- i. Identificación del profesional que realiza la actividad correspondiente.

ANÁLISIS DE DATOS

1. Respecto a la muestra:

En el año 2005 hubo 87 pacientes ingresados en el Hospital Sant Joan de Déu con diagnóstico principal fisura labio palatina, para someterse a algún procedimiento quirúrgico según protocolo de Malek. Quedaron excluidos 30 pacientes por no cumplir, con la edad de nuestra población de estudio (20 casos), porque no fueron sometidos a ningún procedimiento de reparación quirúrgica según protocolo de Malek (10 casos, dados de alta por complicaciones previas al procedimiento quirúrgico).

Por tanto nuestra muestra la constituyen 57 pacientes (paciente – cuidadores habituales). El 63% son varones y el 37% mujeres.

La estancia media ha sido de 4.08 días.



2. Respecto a las variables:

a) **Área de dependencia:** se han podido validar en el 100% de los casos que los criterios/items del registro de valoración realizado, se confirmaban como aquellos que generaban las áreas de dependencia reales o potenciales comunes a todos ellos. Todos los pacientes-familia presentaban mayor o menor nivel de dependencia en estas manifestaciones durante el proceso.

b) **Problemas de dependencia:** el 83% de los problemas comunes identificados se han validado en el 100% de los casos y el 17% ha sido variable. Estos problemas variables han sido:

Riesgo de limpieza ineficaz de las vías aéreas.

Riesgo de deterioro de la interacción social.

c) **Diagnóstico principal:** a pesar de existir cierta variabilidad en la totalidad de los problemas de dependencia comunes, en el 100% de los casos, al realizar la red de relaciones diagnósticas, se ha identificado como diagnóstico principal "Riesgo de traumatismo relacionado con conocimientos deficientes de como realizar las AVD y la conducta desorganizada del lactante.

d) **Resultado esperado:**

Todos los pacientes han sido dados de alta con los resultados esperados para el proceso, incluso del resultado Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos (1008), Indicador (100801): Ingestión alimentaria oral (100801), Medida (4): sustancialmente adecuada, el 37% de los pacientes ha mejorado el resultado al alta, consiguiendo una ingesta alimentaria extensamente adecuada (5).

e) **Intervenciones:**

El uso de la taxonomía NIC ha sido muy útil para englobar parte de la actividad enfermera, pero consideramos que, por un lado, para aspectos específicos queda corto y debe complementarse con la elaboración de procedimientos específicos para poder llevar al detalle el cuidado requerido por el paciente, y por otro lado seguimos con la recomendación general de AENTDE y NIC de contextualizarlos y adaptarlos a nuestro medio, cosa que hemos realizado y por tanto generado las intervenciones adaptadas que regirán en nuestro hospital.

f) **Registro:**

El registro se ha diseñado según las consignas establecidas, pero estamos en fase de oficializar el documento para que tenga curso legal en la historia clínica y poder probar su utilidad real en la práctica clínica, si bien es cierto que la mejora conceptual y visual es aparente y pronostica buena aceptación ya que se ha conservado la estructura y el flujo



de uso de los documentos habituales que utilizan los profesionales de enfermería en las unidades de hospitalización.

CONCLUSIONES

Si bien es cierto que el modelo AREA se plantea como modelo útil para el aprendizaje y la reflexión cuando las situaciones clínicas son complejas y hasta ahora son pocas las experiencias de su aplicación en el entorno clínico, la elaboración de este trabajo nos ha permitido concretar y aportar una experiencia pequeña de su uso en la práctica clínica a partir de la elaboración del estándar en base al modelo AREA.

Nos queremos reafirmar en la idea de que la metodología propuesta por AREA a partir de la selección de un diagnóstico principal con su resultado/s permite que lo relevante del proceso no quede diluido en un sinfín de problemas con múltiples resultados a contrastar y documentar. Si bien también es cierto que, como siempre, los cuidados de enfermería no sufren cambios significativos en sí mismos, sino en la orientación que les das a los mismos al contextualizarlos en un proceso de razonamiento clínico.

Estos resultados nos han hecho plantear la necesidad de determinar (estudio analítico en marcha) si la participación de la enfermera en el programa terapéutico, a través de la educación para la salud realizada a los padres de lactantes con fisura palatina antes de los procesos quirúrgicos, haría que el problema Conocimientos deficientes mejorar o desapareciera antes del ingreso, la conducta desorganizada del lactante se convertía en riesgo de conducta desorganizada y por tanto minimizaría en gran medida el riesgo de traumatismo.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1) Muizelaar Feenstra A, Cuerva A, Martín C. Área de Metodología. Nen sotmès a correcció de fenedura palatina. Pla de cures d'infermeria. Hospital Sant Joan de Déu (2004).
- 2) Daniel J. Pesut. Clinical Reasoning: The Art and Science of Critical and Creative Thinking (1999).
- 3) Riopelle, L. et al. Cuidados de enfermería: un modelo centrado en las necesidades de la persona. Madrid: Interamericana (1993).
- 4) NANDA. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2004-2006. Madrid: Elsevier, 2005.
- 5) Johnson, M. (etal). Clasificación de resultados de enfermería (CRE). Madrid: Elsevier, 2005.
- 6) McCloskey, JC., Bulechek, GM, Clasificación de intervenciones de enfermería (CIE). Madrid: Elsevier. 2005.
- 7) Fundación Gantz. <http://www.gantz.cl/padres.html#>; <http://www.gantz.cl/enfermeria.html>
- 8) Resultado de la encuesta sobre el tratamiento del fisurado labio-palatino en España. G. González Landa, I. Sánchez-Ruiz, V. Pérez González, J.L. López Cedrún. Servicio de Cirugía Infantil. Hospital de Cruces, Baracaldo, Vizcay. Cir Pediatr 1999; 12: 122-126



NIC, UNA HERRAMIENTA ÚTIL EN LA PROTOCOLIZACIÓN DEL TRABAJO DE LA AUXILIAR DE ENFERMERÍA

M^a José Gómez Martínez, Pilar Bienvenido Saucedo,
Concepción Ruiz Heredia, Carmen Vila Requejo, M^a José Márquez

La introducción del lenguaje normalizado facilita la normalización de la práctica. Con el objetivo de fomentar el uso de este lenguaje y crear una guía/manual de trabajo para el colectivo de Auxiliares de Enfermería, se propuso el siguiente estudio. Se trata de un estudio inductivo, revisión de la NIC y selección de intervenciones que recojan cuidados realizados en su mayoría por ADE. Formación de grupo de trabajo con cuatro profesionales de éste colectivo y dos enfermeras, aplicación de técnica de consenso y selección de actividades a realizar. Se excluyen actividades que no corresponden a las competencias de estas profesionales o no son aplicables a nuestro ámbito cultural. El resultado que se obtuvo es un manual de trabajo para los profesionales de nueva incorporación, donde se recogen las siguientes intervenciones: 1050 Alimentación, 0840 Cambio de posición; 0420 Irrigación intestinal; 0430 Manejo intestinal; 1100 Manejo de la nutrición; 0460 Manejo de la diarrea; 1056 Alimentación enteral por sonda; 1803 Ayuda con los autocuidados: eliminación; 1804 Ayuda con los autocuidados: aseo; 0740 Cuidados del paciente encamado; 1874 Cuidados de la sonda gastrointestinal; 0410 Cuidados de la incontinencia intestinal; 0610 Cuidados de la incontinencia urinaria; 0450 Manejo del estreñimiento/impactación. Conclusiones: Las intervenciones que realizan estos profesionales pueden ser protocolizadas utilizando como referencia la NIC. Las profesionales que participaron en la elaboración de este manual refieren una mayor satisfacción profesional relacionada con el reconocimiento del valor de su trabajo. Asimismo opinan que el trabajar con un manual garantiza la normalización de la práctica evitando errores y desigualdad en el cuidado de los pacientes.



IMPLANTACIÓN DE LAS TAXONOMÍAS NANDA-NIC EN LA LESIÓN MEDULAR

Rosa Domínguez Gaona, Matilde Castillo Hermoso, Brígida Molina Gallego

INTRODUCCIÓN

Describir interrelación entre taxonomías validadas científica e internacionalmente garantizando cobertura de tres necesidades fundamentales a la vez: RESPIRACIÓN, COMUNICACIÓN Y NUTRICIÓN relacionadas con la disfunción neurológica del tracto orofacial en la lesión medular.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo de corte transversal. Variables: sexo, edad, nivel de lesión, alteraciones respiratorias, dependencia de ventilación mecánica (VM). Plan de cuidados específico basado en taxonomías Nanda-Nic correlacionando diagnósticos e intervenciones comunes para las tres necesidades.

RESULTADOS

Dx: Patrón respiratorio ineficaz r/c la disfunción neuromuscular asociada a lesión medular y manifestado por disnea, aleteo nasal, uso de músculos accesorios y alteración de parámetros respiratorios (Fc, alteración presiones de Vm). NIC: Manejo de las vías aéreas, Ayuda a la ventilación, Relajación muscular progresiva, Disminución de la ansiedad, Vigilancia. Dx: Riesgo de aspiración r/c presencia de tubo traqueostomía y depresión de reflejos tusígeno-nauseoso en relación con disfunción neurológica. NIC: Aspiración vías aéreas, Manejo vías aéreas artificiales (cánula con pneumo), Monitorización neurológica y respiratoria, Cambio posición, Alimentación por sonda, Destete VM, Vigilancia, Precauciones para evitar aspiración. Dx: Deterioro de deglución r/c disfunción neuromuscular, trastornos respiratorios u obstrucción mecánica (cánula de traqueostomía) m/p atragantamiento, tos o náuseas, infecciones pulmonares recurrentes. NIC: Aspiración vías aéreas, precauciones para evitar aspiración, Terapia de deglución, Relajación muscular progresiva, vigilancia, disminución de ansiedad. Dx: Deterioro de comunicación verbal r/c las barreras psicopsíquicas. NIC: Contacto, Disminución de ansiedad, Fomento de comunicación, Manejo ambiental, Aumentar sistemas de apoyo, Facilitar el aprendizaje. Dx: Baja autoestima situacional r/c incapacidad para comunicación, temor de asfixia y de atragantamiento m/p ansiedad, nerviosismo e impotencia.

CONCLUSIONES

La actuación de mejora sobre una de las necesidades, utilizando las taxonomías es directamente proporcional a cobertura del resto de necesidades.

Registro de actividad enfermera garantizando continuidad de cuidados y mejora calidad asistencial. Se genera potente línea investigadora.



INFORMATIZACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA. PROYECTO IRATI DEL SERVICIO NAVARRO DE SALUD-OSASUNBIDEA (SNS-O)

Berta Vicuña Urtasun, Paola Villalgordo Ortín,
Asunción Muruzabal Martínez, Yolanda Montes García,
Blanca Marín Fernández, Natxo Loyola Eraso

INTRODUCCIÓN

El proyecto IRATI tiene por objeto poner a disposición de los profesionales de Enfermería de Asistencia Especializada del SNS-O, una herramienta informática que establezca una organización metodológica del trabajo enfermero y se integre adecuadamente con el resto de aplicaciones sanitarias. Actualmente se dispone de la Historia Clínica Informatizada, utilizada principalmente por médicos, a la que accede el personal de enfermería para consultar información.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha constituido un grupo de trabajo formado por cuatro personas del SNS-O (tres Enfermeras y un Técnico de Sistemas de Información) y se cuenta con la colaboración de dos profesoras de Enfermería para asesoramiento metodológico. Se ha contratado a una empresa externa para desarrollar el aplicativo informático. La informatización de los cuidados de enfermería comienza por el desarrollo funcional del aplicativo para Unidades de Hospitalización. Se han interrelacionado los datos de valoración por necesidades con los Diagnósticos de Enfermería según la Taxonomía NANDA, integrando para ello las características definitorias y factores de riesgo más frecuentes en nuestro medio. Para cada etiqueta diagnóstica se seleccionan los factores relacionados/de riesgo más prevalentes, eligiendo los resultados NOC e indicadores específicos. Atendiendo a la estructura definida se asocian las intervenciones NIC y actividades adecuadas. Para los Problemas Interdependientes se identifican también NOC y NIC.

RESULTADOS

- Desarrollo de la estructura básica del programa en 7 niveles: 1-Necesidad/Sistema, 2- Signo/Síntoma o Factor de Riesgo, 3-Diagnóstico de Enfermería o Problema Interdependiente, 4-Factor relacionado, 5-Resultados NOC, 6-Intervenciones NIC y 7-Actividades.
- Integración de los datos de valoración con la formulación de problemas del paciente e interrelación de las tres Taxonomías.



- La Agenda de trabajo de la enfermera contempla los cuidados del ámbito in dependiente, la prescripción farmacológica y los cuidados relacionados con el área de colaboración.

CONCLUSIONES

1. El desarrollo del lenguaje estandarizado NANDA-NOC-NIC en el aplicativo IRATI unificará criterios de actuación utilizando un lenguaje común y favoreciendo el registro sistemático, conllevará la posibilidad de aumentar el conocimiento enfermero y contribuirá a la obtención de los datos para el CMBDE, permitiendo con todo ello la mejora continua de los cuidados enfermeros.
2. El desarrollo de un aplicativo informático para organizar metodológicamente el trabajo enfermero requiere constituir equipos de trabajo con personas formadas en metodología enfermera, con amplia experiencia asistencial y con expertos en diseño y desarrollo de Sistemas de Información.





PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA A UN PACIENTE INTERVENIDO DE CIRUGÍA CARDIACA (sustitución valvular)

Raquel Contreras Fariñas, M^a Ángeles Velasco Sánchez,
Francisca León Gea, Rocío Gallardo Ordóñez,
Antonia Romero Hidalgo, Sonia Barbancho Molina

SINOPSIS

Paciente de 73 años, diagnosticada de Doble lesión Mitral. Ingreso programado para Sustitución Valvular.

VALORACIÓN

A su llegada la enfermera referente asignada realiza Valoración según Patrones Funcionales de Gordon, para orientar sobre problemas reales o potenciales.

Escalas de Valoración utilizadas: Norton, Katz, Goldberg.

DIAGNÓSTICOS:

- 00146 Ansiedad
- 00092 Intolerancia a la actividad
- 00031 Limpieza ineficaz de las vías aéreas
- 00126 Conocimientos deficientes (régimen terapéutico al alta)
- 00015 Riesgo de estreñimiento

RESULTADOS ESPERADOS

- 1402 Control de la ansiedad
- 0005 Tolerancia a la actividad
- 0002 Conservación de la energía
- 0410 Estado respiratorio: permeabilidad de las vías aéreas
- 0403 Estado respiratorio: ventilación
- 1813 Conocimiento régimen terapéutico
- 0501 Eliminación intestinal

INTERVENCIONES

Se desarrollan intervenciones de enfermería encaminadas a la consecución de resultados pactados con paciente.



EVALUACIÓN

Durante la hospitalización, se evalúa el plan de cuidados cada 48h. por su enfermera referente.

Al alta, se alcanza mejora de los indicadores de cada resultado previamente pactado, siendo ésta más significativa en control de la ansiedad y tolerancia a la actividad

Se entrega informe de continuidad de cuidados para su enfermera de Primaria consiguiendo al fin del proceso la prestación de unos cuidados enfermeros de calidad





ADECUACION INFORMÁTICA DE LAS TAXONOMIAS NANDA, NIC Y NOC A LA HOJA DE PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS Y AL INFORME DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS

Jesús Bujalance Hoyos, Susana Padín López,
Francisco Orozco Saénz, Francisco Fernandez Camino,
Joaquina Soto Sánchez, A. Belén Leiva Alcoholado.

INTRODUCCION

Los Planes de Cuidados Estandarizados de Enfermería suponen una herramienta muy útil para nuestra profesión, aportando una mejor comunicación con los pacientes y entre los propios profesionales, favoreciendo la continuidad de los cuidados y fomentando la formación para el desarrollo profesional, llevándonos a la adaptación de un modelo conceptual para su sistematización. La informática, como herramienta de trabajo, debe ser incorporada por nuestra profesión para su utilización como mecanismo de soporte a la labor asistencial, lo que facilitará nuestro trabajo diario y mejorará la calidad de cuidados de nuestros pacientes.

OBJETIVOS

1. Diseño de un registro informático útil y sencillo, que nos facilite la implementación de la hoja de planificación de cuidados y del Informe de Continuidad de Cuidados (ICC), usando las Taxonomías NANDA, NIC y NOC.
2. Garantizar el uso de la metodología enfermera en nuestra práctica asistencial.

MATERIAL Y METODOS

El trabajo se desarrolla en varias fases: 1.- A partir de la publicación en enero 2006 del libro de Planes de Cuidados Estandarizados en Enfermería del Hospital Regional Carlos Haya, hemos creado una base de datos donde se refleja las relaciones NANDA, NIC y NOC en nuestro ámbito hospitalario. Hemos diseñado dos archivos Word "estándares": uno para la planificación de cuidados y otro para el ICC, permitiendo insertar en estas hojas, toda la información de forma individualizada. Este registro permite al enfermero modificar cualquier intervención (NIC) o resultado (NOC) según considere oportuno. 2.-Se han realizado talleres de formación del personal para presentar dicho programa, dando lugar a disertaciones sobre metodología enfermera y su adecuación a los servicios donde se va a pilotar. La aplicación se encuentra en fase de implantación.

RESULTADOS

Se presentará el programa informático y su funcionamiento, así como la valoración inicial realizada por el personal de enfermería hasta ese momento.



CONCLUSIONES

1. Destacar la necesidad que tiene enfermería de incorporar todos los mecanismos que tenga a su alcance y que suponga un avance técnico que contribuya a mejorar su que-hacer profesional.
2. Trabajar con metodología enfermera y contar con una mejora del entorno profesional debe traducirse en la consecución de resultados óptimos globales en salud para los pacientes.
3. Un registro informatizado se caracteriza por ser más completo, por permitir recoger mejor el trabajo y por ajustarse más fielmente a las actividades que realiza enfermería.
4. Esperamos que la incorporación de este nuevo programa informático nos permita poder trabajar con Planes de Cuidados Individualizados, mejorar los registros y facilitar la investigación en enfermería.

BIBLIOGRAFIA:

- 1.- Chorén Freire, M Jesús Campo Vázquez, Felicitas Díaz Ortiz, M Angeles Campo Vázquez, Concepción y Cascón García, Miguel. Nuestra herramienta de trabajo. Evidentia. 2005 enero-abril. 2(4).
- 2.-González Sánchez, José Ángel Cosgaya García, Onofre Simón García, María Jesús y Blesa Malpica, Antonio L. Registros de enfermería: convencional frente a informatizado. Unidad de cuidados críticos. Enferm Intensiva. 2004 abr-jun. 15(2):53-62. Original, artículo.
- 3.- Planes de cuidados Estandarizados de enfermería MA-1757-2005.





MEDEA, SISTEMA PARA LA INFORMATIZACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA.

Javier Medina Quero, María Dolores Ruiz Lozano.

INTRODUCCIÓN

Las nuevas tecnologías han abierto una nueva forma de expresión en muchos sectores laborales, y poseen una connotación, si cabe, más importante en el campo de la salud. Esta transformación, coincide con la necesidad de implantar un soporte informático para el sistema sanitario. Por ello, la enfermería, uno de los principales pilares de la evolución hospitalaria, será y esta siendo, foco de atención para la informática. Las taxonomías juegan un papel muy importante en el proceso de informatización, ya que de ellas depende la calidad y universalidad de los sistemas y que estos puedan ser entendidos por cualquier profesional de enfermería.

Movidos por el interés del tema, hemos realizado nuestro proyecto fin de carrera sobre la informatización del proceso de enfermería en base a las taxonomías enfermeras. El proyecto se ubica en el departamento de Ciencias de la Computación e Inteligencia Artificial de la Escuela Técnica Superior de Ingeniería Informática de la Universidad de Granada. Los tutores son Amparo Vila Miranda y Miguel Delgado Calvo-Flores.

OBJETIVOS

El principal objetivo es construir un sistema que permita al personal de enfermería reflejar los cuidados realizados a los pacientes desde un ámbito teórico correcto. En concreto, se permitirá la posibilidad de manejar: valoraciones, diagnósticos, intervenciones, resultados, actividades e indicadores, pudiendo así:

- Almacenar e interrelacionar dichos conceptos.
- Visualizar a su vez la labor del resto enfermeras.
- Cooperar en tiempo real con el personal sanitario (enfermeras y médicos).
- Consultar un sistema de ayuda al soporte de decisiones.

El sistema, también, constará de un apartado para almacenar las constantes clínicas del paciente que la enfermera vaya recopilando, y de un sistema de mensajes para que permita la comunicación entre el personal sanitario.

Debido a la dinámica del proceso de enfermería y para que esta información pueda ser suministrada y accedida cómodamente, la aplicación se sustentará bajo dispo-





sitivos móviles tales como PDAs, PALMs o móviles de última generación.

DISEÑO

El sistema se ha diseñado en su totalidad empleando herramientas de Software Libre, y se encuentra bajo la licencia GNU GPL. A continuación se de talla cada uno de los elementos del sistema:

- Los dispositivos móviles se han programado mediante SuperWaba, un lenguaje add hoc para los mismos y que además combina la programación de alto nivel. Esta plataforma crea programas ejecutables que pueden ser portados a PDAs, ordenadores de mesa, móviles u otros dispositivos.
- La Base de Datos construida bajo mySQL 5.0, se encuadra bajo el modelo relacional. Además se ha diseñado un servidor de BD para consultar o modificar la BD a partir de procedimientos en Java.
- La ayuda a la toma de decisiones se realiza a través de un Sistema Experto, basado en árboles de decisión e implementado también mediante un servidor Java.
- La comunicación de los terminales se realiza mediante el lenguaje estandarizado XML, existiendo un intérprete XML y RMI que media entre los Servidores y los dispositivos móviles. La arquitectura permite que existan varios intérpretes de XML, por ejemplo uno por planta del hospital, pero que accedan todos a la misma BD.

La comunicación de todos los elementos se realiza mediante una subred, siendo independiente la naturaleza de la misma y pudiendo combinarse, de forma transparente al sistema, elementos como bluetooth, wifi...

En el marco teórico enfermero, se han tomado las siguientes referencias:

- Para la Valoración el modelo propuesto por Virginia Hendersson.
- Los planes se han desarrollados según las taxonomías NANDA, NIC, NOC.
- Se registran las Actividades asociadas a los NIC.
- Pueden evaluarse los Indicadores referentes a los NOC.

DESCRIPCIÓN FUNCIONAL

Medea, es un programa informático constituido por dos aplicaciones, una para el médico y otra para la enfermera. Nosotros nos centraremos más en esta última porque



es el eje del problema a tratar y constituye el centro de nuestro proyecto: realizar un programa que sirva de soporte para el desarrollo del proceso de Enfermería.

La enfermera, el usuario principal de nuestro sistema, accede al sistema identificándose a partir de un login y una contraseña, restringiendo así, el acceso solo al personal de enfermería.

Una vez dentro de la aplicación, la enfermera puede optar por consultar la agenda, donde se le informa de los pacientes que tiene asignados a día de hoy. Además, encontrará un resumen que contenga los datos más relevantes referentes a cada enfermo (nombre, fecha de ingreso, habitación, medico asignado y diagnóstico médico). Ayudándose de un calendario puede consultar la agenda de cualquier otro día. Tras ver la lista de pacientes asignados, la enfermera puede seleccionar a uno de ellos y acceder a la evolución de ese determinado paciente durante su ingreso en el hospital. Este conjunto de datos se dividen en pestañas según su contexto:

- En la primera pestaña, la enfermera puede visualizar los datos personales del paciente (nombre, dni, fecha de nacimiento, domicilio, teléfono) junto con otros datos referentes al ingreso (código de historial, número de habitación, fecha de inicio del ingreso, médico asignado, diagnóstico médico, observaciones del paciente).
- La segunda pestaña contiene la valoración del enfermo. El modelo seguido es el propuesto por Virginia Hendersson y divide dicha valoración en catorce necesidades. La enfermera podrá insertar y modificar cada una de las necesidades, y a su vez, ver las distintas valoraciones realizadas al enfermo durante su ingreso en el hospital.
- En la tercera pestaña, se podrá establecer el plan a seguir del enfermo. Para ello, la enfermera puede anotar los diagnósticos que ella haya obtenido a raíz de la valoración de paciente. A cada diagnóstico le asociará un conjunto de resultados que ella espere mejorar del enfermo, y un conjunto de intervenciones que estime necesarias de llevar a cabo dicha mejora de resultados.

Para insertar los distintos diagnósticos, intervenciones y resultados, la enfermera dispone de un asistente que le facilita la elaboración del plan. En el asistente, la enfermera puede usar los buscadores de diagnósticos, intervenciones y resultados. Cada buscador le permite buscar bien por nombre (orden alfabético), bien por código (orden numérico), bien por dominio, bien por clase, o bien por clase y dominio.

- En la cuarta pestaña se dispone de la lista de intervenciones diferentes que existen en el plan. Para cada una de ellas, la enfermera puede ir anotando distintas actividades que le vaya realizando al enfermo y que asociará a una intervención determinada. Dispondrá de la ayuda de un asistente que muestre las actividades estandarizadas a cada intervención en los NIC. Cuando la enfermera anota una nueva actividad, puede optar por establecerla



como problema de colaboración en el caso que lo considere necesario.

Además, pueden consultarse las actividades que se le han realizado al enfermo, y ver para cada una de ellas la evolución que han tenido (cuantas veces se ha realizado, en que momento se realizó y por quién, si ha sido problema de colaboración o no...).

- En la quinta pestaña se dispone de la lista de resultados diferentes que existen en el plan. Para cada una de ellos, la enfermera puede ir anotando los distintos indicadores que ella espera mejorar y que asociará a un resultado determinado. A su vez, para facilitar la inserción de los mismos, se dispone de un asistente que muestra, para un resultado determinado, sus indicadores asociados en los estándares NOC.

Además, podrá tanto como observar la evolución de cada indicador en forma de gráfica, como volver a valorar los que la enfermera determine.

- En la sexta y última pestaña, la enfermera puede anotar la evolución de las constantes clínicas del enfermo (Temperatura, Frecuencia Respiratoria, Frecuencia Cardíaca, Presión Arterial, Presión Venosa, Deposiciones, Diuresis, Drenajes, Glucemia, Ingesta, Insulina, Sudoración, Vómitos, Catéter Central, Cat. Per. MI, Cat. Per. MD, Sonda Vesical, Sonda Nasogástrica). Los datos se mostrarán tanto en forma gráfica como en forma de tabla.

Para todas las anotaciones que se hacen a un enfermo, ya sea una valoración, un diagnóstico, un resultado, una intervención, un conjunto de actividades, valoración de las constantes clínicas... el sistema guarda tanto la identificación de la enfermera, como el momento en que se realizó.

Externo al servicio de agenda, la enfermera también dispone de un servicio de mensajería, con el que puede comunicarse con el personal médico y de enfermería para fomentar la comunicación y colaboración entre ellos.

Este servicio permite llevar a cabo los problemas de colaboración de forma eficiente, minimizando el tiempo de respuesta. Cuando la enfermera anote una actividad como problema de colaboración, el sistema internamente enviará un mensaje de aviso sobre ese problema de colaboración al médico que en ese momento esté a cargo del enfermo. Este podrá contestarle tan rápido como lea el mensaje, dándole su aprobación o su rechazo. Para ello, la aplicación médica podrá visualizar la historia enfermera del paciente. Además, el médico podrá consultar, en todo momento, la evolución de los pacientes de los que sea responsable.

CONCLUSIONES

Es un gran avance para nuestra sociedad poder aplicar la Informática en el campo de la Salud como proceso innovador, ya que las nuevas tecnologías de la información



y de la comunicación optan por mejorar la calidad y productividad de los servicios de salud. La construcción de programas como éste que permiten dejar constancia de la evolución de un enfermo en el hospital y poder consultar los datos en tiempo real, enriquecen el trabajo de médicos, enfermeros... haciéndolo más eficiente y comunicativo para todo el personal.

La misión del sistema de informatización realizado es facilitar la labor de la enfermera y aumentar los recursos de que dispone para ejercer sus cuidados. Todo ello, bajo las taxonomías de enfermería que establecen un marco de trabajo entendible por cualquier enfermera.

Hay que destacar que el uso de la aplicación fomenta la comunicación y colaboración entre el personal médico y de enfermería, minimizando el tiempo de respuesta en los problemas que puedan derivarse de los cuidados del paciente.

Dejar constancia del proceso enfermero tiene una especial relevancia ya que se mejora la visión de la labor de la enfermera, por parte del propio enfermo, de la familia, y del resto de personal del hospital, aumentando así la perspectiva de valoración de la Enfermería en el campo sanitario.

BIBLIOGRAFÍA

- LUIS, M.T., FERNÁNDEZ, C. Y NAVARRO M.T.: De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. 3ª edición. Masson. Barcelona. 2005.
- Diagnósticos Enfermeros. Definiciones Y Clasificación 2005-2006. Elsevier. Madrid. 2005.
- McCLOSKEY, J. C., BULECHEK.G.M. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE). Nursing Interventions Classification (NIC). 4ª edición. Eisevier. Madrid. 2004
- SUE MOORHEAD, MARION JHONSON, MERIDEAN MAAS. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 3ª edición. Eisevier. Madrid. 2005.



CONOCIMIENTO DEL REGIMEN TERAPÉUTICO, ¿PUEDE EXPLICAR LA MEJORA DE LA FUNCIONALIDAD EN LAS ALTAS?

Jose Miguel Morales Asencio, Miriam Celdrán Mañas,
Francisco Javier Martín Santos, Anabel Durán Domínguez,
Jose Luis Sánchez del Campo, Juan Jose García Arrabal.

INTRODUCCIÓN

La NOC 1813 (conocimiento del régimen terapéutico) abarca la descripción del paciente de las responsabilidades de los propios cuidados en el tratamiento, de los efectos del mismo, de la actividad prescrita, del proceso de enfermedad o la ejecución de técnicas de automonitorización. En el caso de las altas hospitalarias parecía evidente que a los dos meses de haber abandonado el hospital, si la persona tenía un adecuado conocimiento de su tratamiento, su funcionalidad debería mejorar a mayor velocidad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Sub estudio realizado en el seno del estudio ENMAD (FIS PI031161), de diseño quasi-experimental, controlado, multicéntrico, realizado desde 2003 hasta finales del 2005 en los Servicios de Atención Domiciliaria (AD) de los Distritos de Málaga, Almería, Granada y Costa del Sol, con una muestra de 460 sujetos (211 del grupo control y 249 del grupo intervención) con necesidades de cuidados domiciliarios e incluidos en los programas de inmovilizados, terminales, altas y cuidadoras. Se construyó un modelo de regresión lineal múltiple en el subgrupo de las altas hospitalarias, con el valor del Barthel (funcionalidad) a los 2 meses como variable dependiente y la NOC 1813 Conocimiento: régimen terapéutico, como posible variable predictora, a lo largo del período post-hospitalización.

RESULTADOS

El modelo explica aproximadamente el 50% de las cifras de funcionalidad a los 2 meses ($p=0,004$). Ecuación del modelo:
Barthel a 2 meses = $36,24 + 3,035 \text{NOC1813 a los 2 meses} + 9,860 \text{NOC1813 basal}$. Tuvo mayor capacidad explicativa que otros factores aparentemente muy relacionados, como por ejemplo, el número de sesiones de fisioterapia recibidas.

EN CONCLUSIONES

Este modelo ratifica la hipótesis, amparada en el modelo de Henderson de que una persona, conforme va adquiriendo capacidades y potenciando sus recursos de fuerza, conocimiento y voluntad, va ganando en independencia para satisfacer sus necesidades y convierte a la NOC 1813 en un marcador de riesgo importante para precedir la evolución funcional de pacientes dados de alta del hospital con necesidad de cuidados domiciliarios.



EVOLUCIÓN DE RESPUESTAS HUMANAS EN CUIDADORAS DE PACIENTES DE ATENCIÓN DOMICILIARIA (Proyecto FIS PI031161)

Jose Miguel Morales Asencio, Candela Bonill de las Nieves,
Juan Carlos Morilla Herrera, Isabel Fernández Lao,
AntonioMarfil Henares, Eugenio Contreras Guzmán.

INTRODUCCIÓN

El carácter dinámico de las respuestas humanas hace que determinados diagnósticos tengan una presentación secuencial y evolutiva sobre todo en situaciones donde los factores relacionados se prolongan en el tiempo o aumentan su intensidad. El propósito de este estudio fue determinar este curso evolutivo en cuidadoras de pacientes muy dependientes en el domicilio.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, longitudinal, de una cohorte prospectiva de 203 cuidadoras realizado desde 2003 hasta finales del 2005 en los Servicios de Atención Domiciliaria (AD) de los Distritos de Málaga, Almería, Granada y Costa del Sol en el seno del estudio ENMAD (FIS PI031161). La medida que se utilizó fue la incidencia acumulada para evaluar las respuestas humanas y problemas de salud en los casos que iniciaban AD. Los datos fueron recogidos con un cuestionario normalizado.

RESULTADOS

En cuidadoras, la casuística de problemas de salud estaba gobernada por los procesos osteoarticulares crónicos seguido de procesos cardiovasculares, mientras que los problemas psíquicos empezaban a aparecer, aunque no eran prioritarios para las cuidadoras en el momento de debutar en ese rol. En cuanto a las respuestas humanas, la mayor incidencia recayó sobre la ansiedad y el riesgo de cansancio en el rol de cuidador.

CONCLUSIONES

En total coherencia con el rol debutante como cuidadoras, las respuestas más frecuentes son la ansiedad y el riesgo de cansancio en el rol de cuidador, más que el cansancio en sí mismo. Este último diagnóstico es más propio de cuidadoras que ya llevan varios años realizando esa tarea y se acompaña de cuadros depresivos importantes (esto explicaría también la baja incidencia de procesos patológicos de carácter psíquico detectado). La detección precoz de la ansiedad y el riesgo de cansancio en el rol de cuidadora pueden actuar como marcadores de riesgo en este tipo de población y promover una intervención preventiva de las enfermeras de familia.



RESULTADOS E INTERVENCIONES ENFERMERAS DIRIGIDAS A MEJORAR EL MANEJO DEL RÉGIMEN TERAPÉUTICO EN PERSONAS INCLUIDAS EN UN PROGRAMA DE ATENCIÓN TELEFÓNICA TRAS CIRUJÍA TRAUMATOLÓGICA.

Carmen Herrera Espiñeira, Javier Gómez Rodríguez,
Aurora Quero Ruffian, Berta Gorlat Sánchez,
Mercedes Rodríguez de Castillo.

VALORACIÓN

En el desarrollo de la segunda fase (recogida de pacientes y atención telefónica) del proyecto SAS nº 216/04 que mide la eficiencia de un programa de atención telefónica tras el alta hospitalaria en el servicio de Cirugía Traumatológica del Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada, etiquetamos con diagnósticos enfermeros aquellas demandas susceptibles de serlo.

De 244 pacientes que disponen del servicio telefónico, se reciben 82 de las cuales 45 fueron etiquetadas con el diagnóstico:

- Manejo inefectivo del régimen terapéutico.
 - R/C Déficit de conocimientos
 - M/P Manifestaciones verbales como: "En el informe de alta dice; analgésicos si dolor. ¿Qué puedo tomarme?"

Los resultados seleccionados, con sus correspondientes indicadores, fueron:

- Conocimiento: Régimen terapéutico.
 - Descripción de la medicación prescrita.
 - Descripción de la actividad prescrita.
- Conocimiento: Proceso de la enfermedad.
 - Descripción del curso habitual de la enfermedad.
 - Descripción de signos y síntomas de las complicaciones.
 - Descripción de precauciones para prevenir las complicaciones.

Los indicadores fueron elegidos en función de las diferentes necesidades expresadas por el paciente y la evaluación de éstos se realizó durante la llamada una vez verificada la comprensión de la información recibida.

Las intervenciones elegidas fueron:

- > Asesoramiento.



- > Consulta por teléfono.
- > Protección contra las infecciones.
- > Enseñanza: proceso enfermedad.

Todas ellas con el objetivo de mejorar el régimen terapéutico mediante la formación e información del paciente.

El resultado de la aplicación del diagnóstico enfermero manifiesta que el 55% de las llamadas recibidas son fruto de la cantidad y/o calidad de la información recibida por el paciente el día del alta hospitalaria.

Observando estos resultados llegamos a la conclusión de que una actuación enfermera que contemple los objetivos y las intervenciones especificadas anteriormente evitaría este riesgo de Manejo ineficaz del régimen terapéutico.

Sería de interés para un futuro estudio relacionar el perfil sociodemográfico y clínico, así como la presencia o no de cuidadora, de las personas que llaman respecto de las que no lo hacen y de las que son etiquetadas con este diagnóstico.



CASO DE CUIDADOS DE TRASTORNO DE CONDUCTA ALIMENTARIA (Anorexia).

C. Díaz Hatero; I. Membiela Jurado; I. Isla Castillo;
R. Aláez Carmona; MJ. Barrena Ortiz.

DESCRIPCION DEL CASO O SIPNASIS

Milagros, chica de 28 años, casada. Tras permanecer durante 2 años con una vida sedentaria, por preparación del MIR, gana peso, se ve “gorda” y asquerosa”, “no le gusta su cuerpo”. Comienza dieta/ejercicio consiguiendo adelgazar 15 Kg. en varios meses. Su marido, familia y amigos dicen que está muy delgada, pero ella no lo ve así. Decide tener hijos, para lo cual tiene que recurrir a Fecundación in vitro; consigue un embarazo gemelar; “contenta”, pero a medida que va que va avanzando su estado gestacional, va ganando peso. Continúa viéndose “gorda” sin entender su estado y decide restricción de alimentos. A las 26 semanas de gestación se le practica cesárea por malnutrición y sufrimiento fetal; un bebe fallece y el otro se ingresa en UCI. Ella se ingresa en Endocrino con IMC inferior al 15 %. Durante su ingreso, dado sus conocimientos manipula continuamente bomba de alimentación; su marido enferma, se le diagnostica leucemia. Tras el alta es derivada al Hospital de día de S. Mental. Al mes fallece su marido.

VALORACIÓN

Modelo de cuidados de Virginia Henderson. Valoramos su clínica en la que se confirma una disminución de peso, negación de enfermedad, deseo voluntario de restricción de ingesta de alimentos; en la exploración física se confirma peso-talla con un IMC de un 15%, Hipotensión arterial (90-60). Bradicardia 65 x”, e Hipotermia, con una T^a de 35°C, piel seca, palidez de piel y mucosas, lanugo. En cuanto a la entrevista nos comenta milagros “ me veo gorda, estoy asquerosamente rellena, necesito adelgazar de piernas y barriga unos 15 Kg.”; en cuanto a la valoración afectiva-cognitiva, nos comenta que tiene mucho miedo a ganar peso, controla la cantidad, calidad y contenido calórico de los alimentos; se detecta:

- Alteración de la necesidad de nutrición por alteración de peso por defecto.
- Alteración de la necesidad de termorregulación (hipotermia).
- Alteración de la seguridad psicológica por pensamientos erróneos acerca de su cuerpo.

Para la identificación de esos problemas se han usado distintas escalas EDI-1 (inventario de trastornos de la ingesta, con una subescala DT de obsesión por la delgadez con una puntuación de 20); EAT-40 (Cuestionario de actitudes ante la alimen-



tación, con una puntuación de 74); ACTA(cuestionario que nos indica en que fase se encuentra la paciente, encontrándose en fase contemplativa); GADNER(escala de evaluación de la imagen corporal, con un elevado índice de distorsión de la imagen corporal); cuestionario SCOFF(cuestionario de cribado de anorexia y bulimia con 4 puntos).

DIAGNOSTICOS NANDA

1- Desequilibrio nutricional por defecto. r/c
(incapacidad para digerir o absorber nutrientes debido a factores psicológicos)

m/p :

- Peso corporal menor al 20 %.
- Ingesta inferior a las cantidades diarias recomendables.
- Palidez de las mucosas.
- Concepto erróneo.

2- Trastorno de la imagen corporal
(Confusión de la imagen corporal del yo físico)

r/c

Aspectos cognitivos o perceptuales y psicosociales

M/p

- Expresión de sentimientos y percepciones que reflejan una alteración de la visión del propio cuerpo en cuanto a su aspecto, estructura y funcionamiento.
- Preocupación con el cambio.
- Miedo al rechazo o a la reacción de otros

3- Aflicción crónica

(La persona presenta un patrón cíclico recurrente y potencialmente progresivo de tristeza en respuesta a una pérdida continua, en el curso de una enfermedad)

r/c

pérdidas de seres queridos

m/p

- Expresión de sentimientos de cólera, confusión, depresión, desencanto, vacío culpa o autoinculpación, desesperanza, soledad y baja autoestima.

NOC

1-Control del peso

Indicadores:

- Mantener un patrón alimentario correcto.



- Equilibrio entre la ingesta/ejercicio.
- Controla la preocupación por la comida y peso.
- Expresar imagen corporal realista.

2- Estado nutricional: ingestión de nutrientes.

Indicadores:

- Peso adecuado según IMC.

3- Autoestima

Indicadores:

- Verbalización de autoaceptación.
- Aceptación de críticas.
- Descripción de éxitos y orgullos.

4- Imagen corporal

Indicadores:

- Satisfacción con aspecto personal.
- Congruencia entre realidad corporal, ideal corporal e imagen corporal.

5- Resolución de la aflicción

Indicadores:

- Expresa sentimientos sobre las pérdidas.

6- Control de la depresión

Indicadores:

- Refiere mejoría del estado de ánimo.

7- Esperanza

Indicadores:

- Expresión del significado de la vida, ganas y razones para vivir.

NIC

-Escucha activa. -Establecer objetivos comunes. -Manejo de los trastornos de la alimentación. -Ayuda con los autocuidados/alimentos. -Ayuda para ganar peso. -Aumentar afrontamiento. -Potenciación de la imagen corporal. -Reestructuración cognitiva. -Entrenamiento para controlar impulsos. -Manejo de peso. -Dar esperanza.

RESULTADOS OBTENIDOS

-Comunicación abierta. -Expresión de sentimientos. -Retiene comidas ingeridas.- Man-



tiene un patrón alimentario correcto. IMC de un 16,45 %. Algo de esperanza.

REFLEXION

Ha sido y es difícil el tto enfermero con Milagros, pero os aseguro que apasionante, gratificante y enriquecedor. Hemos conseguido “algo”, aunque nos queda mucho aún (proceso crónico, recaídas). Pero algo muy importante hemos conseguido que milagros sonría, no baje de peso, exprese sentimientos que le preocupan, hemos disminuido el sentimiento de culpa hacia la muerte de su bebe, y marido, que cuide sola a su otra hija en casa aún teniendo oxígeno y que su familia comprenda mejor la enfermedad con el Programa de Psicoeducación de familias. Es más fácil caer en la anorexia que salir, pero con tto ENFERMERO podemos conseguirlo.



UTILIZACIÓN DE LAS TAXONOMÍAS ENFERMERAS EN EL INFORME DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS

José Miguel Álvarez Moya, Juan Carlos Rubio Sevilla,
Isabel Rubio Gómez

INTRODUCCIÓN

El lenguaje enfermero unificado, según las taxonomías NANDA, NIC, NOC, optimiza la información y, por ende, la continuidad asistencial. Este trabajo tiene como objetivo determinar su utilización en España, como parte del contenido de los Informes de Continuidad de Cuidados Enfermeros (ICCE).

METODOLOGÍA

Se diseñó un estudio descriptivo, observacional y de corte transversal con la aplicación de una encuesta anónima, mediante un cuestionario autoadministrado. La población a estudio fueron las Direcciones de Enfermería (D.Enfermería) de todos los Centros del SNS. Para el análisis estadístico se utilizó la aplicación SPSS 10.0.

RESULTADOS

Se envió el cuestionario a cada una de las D.Enfermería de los 447 Centros resultantes, recibiendo un total de 182 (40,7%), de éstos se rechazaron 5 por incompletos, quedando incluidos en el estudio un total de 177 cuestionarios (tasa de respuesta válida: 40,0%). Las D.Enfermería que han manifestado realizar el ICCE han sido 149 (84% de los cuestionarios recibidos válidos). Han afirmado que incluyen la taxonomía NANDA el 72,1%, la NIC el 24,3% y la NOC el 17,1%. Se encontró relación estadísticamente significativa entre las variables:

- Aplicación de planes de cuidados, con la presencia de la NANDA en el ICCE (nivel de significación de $p = 0,000$) y con la taxonomía NIC ($p = 0,034$).
- Redacción del ICCE, según 1 o 2 lenguas oficiales, con la adaptación del ICCE a la lengua de la CCAA del Centro receptor ($p = 0,001$) y con la utilización de códigos NANDA-NIC-NOC ($p = 0,003$).

CONCLUSIONES

La utilización internacional de las taxonomías enfermeras está contrastada, pero en nuestro contexto, supone todavía una dificultad; si a ello añadimos las barreras idiomáticas existentes no podemos garantizar que la información que se transmite sea eficaz.



OPORTUNIDADES DE MEJORA DE LA HISTORIA CLÍNICA DIGITAL. ADAPTACIÓN DEL MÓDULO DE PLANES DE CUIDADOS

Dolores Mirón Ortega, Marta González Pisano,
M^a Amor Muñiz Fernandez.

INTRODUCCIÓN

Situación de Partida

La aplicación de la informática ha supuesto un gran desarrollo a la práctica clínica, ya que facilita la realización de tareas, economiza el tiempo y organiza y registra nuestros cuidados.

En el año 2001, se inicia la informatización de la Historia Clínica a través del programa informático OMI-AP en Asturias.

La primera versión de la historia informática OMI-AP, tenía un módulo de Planes de Cuidados diseñado por un grupo de trabajo de Madrid. En aquel momento, respondió a las necesidades del inicio del proceso. Contemplaba las valoraciones de Marjory Gordon, y se podían hacer Planes de Cuidados básicos, con Diagnósticos Nanda pero sin las taxonomías NIC y NOC. Fue un gran avance, supuso el pilar y el cimiento de la introducción de la metodología enfermera en nuestro sistema informático.

Ésta versión, duró poco en el tiempo y fue muy irregularmente instalada en los terminales de las enfermeras asturianas.

Posteriormente, por la creciente demanda de las necesidades de registro enfermero, la empresa creadora y distribuidora del OMI (STAKS) amplió el módulo de Planes de enfermería; lo que como ventaja supuso un aumento del registro, una mayor adaptación a nuestra práctica y una mayor implementación de la metodología enfermera, y como desventaja la pérdida de constancia, rigurosidad y una ampliación del mismo en una línea más técnica en detrimento de la metodología enfermera. Se adaptaba demasiado a los requerimientos de nuestra empresa, el antiguo INSALUD (cartera de servicios, protocolos de crónicos etc....)

También dicho módulo, respondió a aquel momento del camino, del crecimiento y adaptación del programa informático a nuestros cuidados. Posibilitó, en todos los terminales de las enfermeras Asturianas, conciliar sus registros con prácticas profesionales más o menos metodológicas. Pero éste trasfondo estuvo sin duda siempre presente.

Situación Actual

La informatización de las consultas de Atención Primaria de Asturias, alcanza el 100%. Pero la implementación y desarrollo de la metodología es variable en la Comunidad.



En el 2005 la Subdirección de Atención Primaria del SESPA, partiendo de ésta realidad, inicia, como una de sus líneas estratégicas el desarrollo uniforme y consensuado La línea a seguir y el apoyo es clara: se retoma el grupo de Metodología enfermera, se crean comisiones de cuidados en cada una de las 8 áreas sanitarias, cursos de formación de diversos niveles, sensibilización de directivos y responsables, motivación, tutelaje... Durante este proceso se produce un cambio de versión informática a OMI-Planes 06. La nueva carga enfermera (enfermer.zip), intenta y procura una mayor integración de los cuidados enfermeros en la historia electrónica del usuario Las dificultades que se le han adjudicado a la aplicación (algunas reales y muchas otras motivadas por el desconocimiento e instalación del producto), unida a una mala formación de la nueva herramienta, irregular instalación y a un incorrecto pilotaje, crea una situación de malestar y protestas por parte de las enfermeras asturianas. En este nuevo marco laboral, las actitudes de los profesionales se convierten en una línea de análisis y preocupación.

JUSTIFICACIÓN

La preocupación de las enfermeras asturianas, es recogida por el grupo de Metodología del SESPA. Es el momento en el que se decide afrontar un módulo enfermero a la Comunidad Autónoma, que encarne sus necesidades, de forma práctica y rigurosa.

Un módulo consensuado y aprobado por todas las necesidades de atención al usuario, y justificado con rigor.

El desarrollo y análisis del mismo, se recogen en un documento escrito, que es el objeto de ésta comunicación.

En el documento, se ha revisado el Módulo enfermero incluido en la versión 6 del OMI-AP, para homogeneizar las actuaciones; así como pedirle al proveedor que se faciliten la realización de las modificaciones propuestas en nuestra Comunidad Autónoma.

OBJETIVOS:

Este trabajo pretende dar una solución a las necesidades específicas de las enfermeras comunitarias asturianas

Disponer de una herramienta informática consensuada por todas las Comisiones de Cuidados de Asturias, que permitan la operatividad de la metodología a través de OMI y que estén adaptados a nuestra realidad y necesidades.

Una de las aspiraciones del colectivo enfermero, es disponer de una herramienta eficaz y precisa que, en la asistencia diaria permita registrar y documentar su labor. Al mismo tiempo que permita realizar sus tareas integrados en el equipo de los Centros de Atención Primaria.

El Grupo de trabajo de Metodología del SENPA, se propone como objetivos de



actuación:

1. Analizar en profundidad la actual versión de Planes de Cuidados
2. Proponer modificaciones en la misma que faciliten su utilización en la práctica diaria, y que permitan posibles ampliaciones de la información con cuestionarios y/o acceso directo a clasificaciones de intervenciones.
3. Adaptar la carga enfermera a las necesidades reales de nuestra Comunidad.
4. Justificar y documentar según evidencia científica los cambios propuestos
5. Unificar los registros, homogeneizar el lenguaje y asegurar un enfoque centrado en las necesidades del usuario.
6. Evaluar la explotación de los datos registrados
7. Ajuste a la cartera de Servicios.
8. Diseñar sistemas de indicadores, que midan trabajo enfermero
9. Proponer líneas de comunicación fluidas con: la Conserjería de Sanidad, el CGSI (Centro de Gestión de Sistemas de Información) y STACKS.
10. Plantear una buena estructura de organización y formación para los profesionales del Módulo, una vez realizados todos los cambios.

METODOLOGÍA

Este trabajo forma parte de una serie de estrategias de la Implantación de la Metodología Enfermera en Asturias.

Varias fases o etapas

I. Estrategia de transición del OMI 5.0 al OMI 6.0:

- Se carga la versión oficial de STAKS (diseñada en su mayor parte por Antonio Arribas).
- Se dejan activos protocolos realizados con Patrones Funcionales de Valoración (Seguimiento de Crónicos, Inmovilizados y Terminales, Úlceras –Heridas...)
- Se envía una carta informativa a todas las enfermeras, explicándoles la situación actual, pero generando esperanzas para un cambio.
- Se analiza el cambio: se registran los errores y se está en constante contacto con el CGSI que recoge las graves incidencias acontecidas (pérdida de todos los Planes de Cuidados realizados con la anterior versión etc....)
- Se unifica la formación básica en todas las Áreas Sanitarias de Asturias, y se profundiza en los niveles medio y avanzado
- Se presenta la metodología en foros de Gestión y Dirección

Durante los aproximadamente 3 meses de transición el trabajo se realiza a dos niveles:

- De campo: con los formadores o con las áreas
- Técnico: con el grupo de Metodología y con los informáticos



II. Fase del desarrollo del nuevo Módulo:

En ésta fase, se realiza un Documento escrito y justificado de las modificaciones que se proponen, para así presentarlo a la Consejería de Salud y a la empresa proveedora. La sistemática de trabajo que se ha seguido es

a) Análisis basado en:

- La valoración de los patrones funcionales existentes en la versión OMI-AP (6.0/05J-00)
- La valoración de los patrones funcionales existentes en la versión OMI-AP (5.0/01D-05)
- La referencia a la fuente primaria. Marjory Gordon "Diagnóstico Enfermero". 3ª Edición. Ed. Mosby 2000. 1996.
- Cartera de Servicios de Atención Primaria. Insalud. 4ª Edición. 2001"
- Manual del usuario de Planes de Cuidados. 2004-2005. STACKS.
- Protocolos Informáticos de los planes de cuidados" (pendiente de envío)
- Morales Montalvá M., Ramos López M.R., Arribas Cachá A., et col. Informatización de los Patrones Funcionales de salud para Atención Primaria. Metas de enfermería. 2003. 59: 25-30.

b) Propuestas de mejora según las necesidades detectadas y acorde con los recursos disponibles.

c) Justificación científica de las propuestas.

Para asegurar la fiabilidad interna del presente escrito, se sometió a la lectura crítica y revisión del Documento por todos los miembros de las Comisiones de Cuidados de las Ocho Áreas Sanitarias Asturianas. Se realizó una reunión con representación de las Comisiones de Cuidados, en la que aportaron mejoras, y se aprobó el documento.

III. Fase de negociación nuevo Módulo:

En éstos momentos, el documento se negocia con los agentes implicados, para comenzar las modificaciones sugeridas y continuar con el pilotaje, la implantación y la formación sobre el mismo.

IV. Líneas de futuro próximo:

Los futuros documentos (que no se van a adjuntar en el presente, por su densidad y cometido), desarrollarán planes estandarizados de inclusión en guías de práctica Clínica y dentro de Servicios Prioritarias del SESPA: Visita Domiciliaria, Inmovilizados, Terminales



y Ancianos.

Otra línea de futuro, es la definición de indicadores que miden el proceso enfermero.

RESULTADOS

Si bien han sido muchos los logros conseguidos con la estrategia planteada, que se recoge en una memoria de la que es depositarias nuestro Servicio de Salud, explicaremos muy brevemente los puntos más novedosos del Documento de análisis y propuestas de mejora:

- La asunción del paradigma integral de cuidados enfermeros supone valorar el estado de salud de la persona, identificar problemas y pautar cuidados. Este es la principal razón, por el que la actual valoración de la carga del OMI, se propone desprovista de ítems, carpetas, y protocolos de registro de programas específicos de salud, que estaban incluidas en la anterior carga. Se dejarán las Valoraciones con los ítems que exclusivamente contemple la autora Marjory Gordon en sus Patrones Funcionales.

- Se deciden retirar todos los “consejos” que aparecen en las valoraciones de los patrones, por ser una acción específica comprendida dentro de la educación sanitaria (que es una intervención). Consideramos más adecuado, el registro de los consejos, como intervenciones enfermeras, cuyo registro y codificación está contemplado en NIC. (Clasificación de Intervenciones Enfermeras)

- Se propone añadir un nuevo término en el desplegable de “Juicio clínico”: “NO VALORABLE”, en cada uno de los once patrones funcionales, para reflejar la imposibilidad de valorar ese patrón. Sugerimos que en el apartado de comentarios se explicita el motivo de la misma.

- El análisis y valoración exhaustiva del Módulo Enfermero Pediátrico, se ha iniciado, pero dada la demanda de tiempo y la complejidad que la revisión conlleva, se ha visto la necesidad de crear un grupo específico de enfermeras pediátricas que trabajen sobre ello, con el objetivo de elaborar un anexo al presente documento.

- Se opta por no incluir las Pruebas complementarias de ayuda a la valoración en los Patrones Funcionales, porque además de ser metodológicamente incorrecto, no responde a la filosofía de OMI, en los que las pruebas diagnósticas son herramientas de uso común para todos los profesionales sanitarios. Por ello se propone elaborar un protocolo de Pruebas complementarias, al que se acceda desde el Tapiz de Historia Clínica, e incluyan las siguientes: Mantoux, Vacuna de la alergia, Combur-Test, Prick-Test y Doppler.

- Otro protocolo que se propone incluir externo desde el tapiz de apuntes es el protocolo: “Datos Clínicos del Paciente”, en el que se incluyen (en su mayoría) en sus seis carpetas



datos básicos de valoración y seguimiento de los actuales programas de crónicos.

- Y, un tercer protocolo de acceso externo desde el tapiz de "ULCERAS-HERIDAS".
- Se retirarán los actuales protocolos externos "SEGUIMIENTO TERMINALES E INMOVILIZADOS P.C.", pues las carpetas están ya recogidas en la valoración por patrones funcionales.
- En aras de aumentar el valor científico (validez, fiabilidad y sensibilidad) del módulo enfermero, y para homogeneizar el registro de los datos, se han incluido cuestionarios, test y escalas de valoración en todos los patrones de valoración. Ello, conlleva a la necesidad de traducción del resultado numérico de cada test en un significado en texto, que interprete ese valor. En cada test se incluirá su interpretación en texto. Y, también conlleva la creación de dicho resultado como DGP si no está ya contemplado en el programa OMI.
- Se destaca la necesidad que se tiene en la actualidad de que funcionen los Test en Campo acción (que se puedan visualizar, y rescatar sus resultados). Para ello es preciso que la Consejería de Sanidad consiga la licencia Excell para los terminales informáticos de los puestos de Atención Primaria de Salud en la Comunidad. Por ello, y en ausencia de la misma, se han propuesto soluciones intermedias (lenguaje JAVA, HTML, protocolos en carpetas añadidas...) en espera de la obtención de la misma.
- Se considera la visualización de los datos valorados por la enfermera, son necesarios para el resto del equipo, y por ello, y con independencia del protocolo por el que se introduzca el mismo, existe en el OMI un espacio (Consulta Plana DGPs) en el que se ven todos los DGPs del paciente. Se cree que lo más oportuno es que sea éste el sitio al que los profesionales acudan para ver de forma ordenada y secuencial los datos del usuario, al mismo tiempo que todos los protocolos de OMI sigan la misma dinámica que unifique la visualización de datos en ésta pantalla y no en el tapiz del paciente. Mención aparte, tiene todos aquellos datos recogidos que no son DGPs, para cuya visualización se ha de entrar en el protocolo en el que se haya registrado.
- Se determina, que se debe incluir un protocolo al que se acceda desde el Tapiz de Historia Clínica, que incluya las intervenciones enfermeras codificadas y contempladas en la taxonomía NIC. De éste modo toda actividad que se realiza independientemente de un plan de cuidados, podrá registrarse. Y, como última consideración general, toda aquella valoración que no genere necesariamente un plan enfermero, pero que sí detecte algún problema o alteración que ha de ser derivado a otro profesional, ha de considerarse como una intervención que se llama "Derivación". Está como tal contemplada en la NIC, con código 8100.

- Se necesita realizar la explotación de los datos. En el documento de la Comisión Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (SNS), se habla sobre la necesidad de la



Evaluación de las Tecnologías en enfermería. Sobre la necesidad de elaborar informes públicos de evaluación.

Medir el producto enfermero, significa medir el “conjunto de actividades cuidadoras decididas por la enfermera y ejecutadas por ella u otros miembros del personal cuidador para promover la salud, recuperar de la enfermedad y reintegrar al individuo en su medio”

Las actuales herramientas de explotación de datos nuestro Sistema de Información no funcionan correctamente. Se propone el análisis de los datos externamente al OMI a través de tablas de Access.

Para medir el cuidado, es necesario identificar el concepto que se ha de medir. La definición operativa asigna significado a un concepto mediante la especificación de sus actividades y procedimientos necesarios para su medición. Como ejemplo, se pueden hacer converger los cuestionarios presentes en la valoración con los resultados (validez convergente), de éste modo se harían mediciones retrospectivas de indicadores. También se pueden hacer converger con las etiquetas de la NOC.

Se propone en el presente documento la elaboración de indicadores fiables, sensibles y válidos que midan qué, cómo y con qué calidad realiza su trabajo el enfermero en nuestra Comunidad Autónoma, en cada una de las fases. Es decir, definir indicadores desde la fase de implantación del proceso, lo que conlleva un análisis previo a la implantación y a un año del inicio de la misma.

- Una vez consensuadas las modificaciones, se realizará un Manual de Procedimientos sobre registro de DGPs, OMI-Planes de Cuidados, Vacunas...para recoger la carga del OMI que se implanta en la Comunidad Asturiana, a diferencia de otras cargas.

Y, para que las modificaciones de éste documento se lleven a cabo de forma rápida y eficaz, consideramos oportuno la dedicación exclusiva de técnicos informáticos especializados en OMI, que desarrollen los cambios tutelados por un enfermero del grupo de metodología.

CONCLUSIONES

El entorno informático, en constante evolución, precisa que cualquier recomendación efectuada en este nivel sea sometida a procesos de evaluación continua, teniendo los profesionales de base, auténticos usuarios del sistema de información, participación activa en la definición, elección, mantenimiento, evolución y proceso de implantación de las soluciones tecnológicas que se incorporen en su entorno.

La informatización de nuestros Planes de Cuidados exige la necesidad de ajustar los estándares para adaptarlos a las necesidades de nuestros pacientes para ofrecer unos cuidados de calidad

Hemos conseguido que el proceso enfermero se lleve a cabo de una forma completa con el nuevo Módulo informático de Cuidados, con un aumento en habilidades y capacidades



para elaborar diagnósticos de enfermería y planificación de cuidados individualizados, aplicando criterios de calidad, con una visión continuada e integral del proceso.

EL problema de los constantes cambios, radica en adaptarse a este, pues para poder usar el nuevo paradigma se debe borrar de la mente el anterior, de no ser así, las ideas del viejo contaminarán las del nuevo limitando por ende el desarrollo y el avance de la profesión..

Este trabajo evidencia que para mejorar la calidad asistencial es necesario unificar la metodología a través de la definición de criterios homogéneos, que permitan la correcta planificación, desarrollo y evaluación de planes de cuidados, no sólo para los servicios priorizados en este proyecto, sino para crear una cultura de trabajo respecto a todos los procesos asistenciales relacionados con la promoción, prevención, curación y/o rehabilitación, estén o no contemplados en la Cartera de Servicios.

Del mismo modo, la unificación de los criterios metodológicos para la planificación de los planes de cuidados ha sido requisito imprescindible para su implementación en la Historia Clínica Informatizada integrada.

A través de las distintas fases de este trabajo, se ha constatado que la técnica de consenso es un método adecuado y válido para abordar la elaboración de planes de cuidados e identificar criterios para su evaluación, lo que ha permitido mejorar la definición de las normas y subnormas en los servicios seleccionados de Cartera y, consecuentemente, los criterios de evaluación.

En definitiva el paso que se ha dado con la elaboración de planes de cuidados es importante para mejorar la calidad de la atención prestada al usuario. La disponibilidad de esta "herramienta" para su aplicación en la práctica asistencial, fundamentalmente por parte de los profesionales de Enfermería, facilita el abordaje de los procesos relacionados con la promoción, prevención, curación y rehabilitación, de una forma integrada e interdisciplinar entre los diferentes profesionales de los Equipos de Atención Primaria.

La informática ha generado grandes cambios a nivel asistencial, por eso es importante comprender la herramienta para potenciar su uso diario. Lo que buscamos es que la aplicación informática dé soporte al método enfermero.

Las tecnologías del cuidado, han de ser consideradas como un instrumento para garantizar la calidad de los procedimientos del cuidado, que es el fin

La informatización del proceso enfermero es necesaria para generalizarse utilización en la práctica diaria y contribuirá de forma decisiva en su desarrollo.

Y, para finalizar, trataremos de incorporar la "mirada enfermera" a la hora de formular estrategias de las organizaciones sanitarias, ha de estar presente en la cartera de servicios, PCAIS, en los objetivos, en los términos e indicadores que aparecen en los sistemas de información de las instituciones, en las valoraciones y en la atención a los ciudadanos.



BIBLIOGRAFÍA

1. Montesinos Alonso A. Los profesionales de Atención Primaria frente a las nuevas tecnologías. Centro de Salud. Junio 2001. Available: <http://www.medynet.com/elmedico/publicaciones/centrosalud6/353-356.pdf>
2. Morales Moltalvá M^a S., Ramos López M^a del R., Arribas Cachá A. et Col. Informatización de los patrones funcionales de salud para Atención Primaria. Metas 2003 Octub. (59):25-30.
3. Jonson M. et Col. Clasificación de Resultados de Enfermería. Edit. Harcourt 2001.
4. Jonson M., Bulechek G., McCloskey Dochterman J. et Col. Diagnósticos Enfermeros, Resultados e intervenciones. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. Edit. Harcourt 2002
5. Martín Robledo E., García López F., Arribas Cachá A. et Col. Aplicación Informática de la Metodología Enfermera. Metas 2001 Nov. (40):48-52.
6. Bulechek G.M., et Col. Clasificación de Intervenciones de Enfermería Edit. Harcourt 2001
7. Stacks Consulting e ingeniería en Software S.L. OMI-AP. Atención Primaria. Manual del Usuario. Barcelona 2005.
8. Igea Moreno M., Lozano García Y., González Gascón R. Implantación de la Metodología Enfermera en los Sistemas Informáticos de Atención Primaria. Enfermería Global n^o 6. Mayo 2005. Available: <http://www.um.es/eglobal>
9. Alonso López F., José Cristos C., Burgos Larumbe A., et Col. Informatización en Atención Primaria. Documento SemFyC n^o 13. 2000. Available: <http://www.semfy.com/es/actividades/publicaciones/documentos-semfycom/docum013.html>
10. Gordon M. Diagnóstico Enfermero: Proceso y Aplicación. Volumen V Edit. Harcourt Mosby 2000.
11. Hernández Ruipérez M^a M., Sáez Soto A. R., Arellano Morata C. Influencia de un Grupo de Mejora en la Implementación del Lenguaje NANDA. Enfermería Global n^o 6. Mayo 2005. Available: <http://www.um.es/eglobal>
12. Craft-Rosenberg et Col. M. NANDA Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación. Edit. Elsevier 2005-2006.
13. Turrado M.A., Sánchez de Puerta P., Sánchez M., et Col. Informatización en los Cuidados: una herramienta para la calidad. Comunicación oral 09. Barcelona 2004.
14. Mazón Ramos P., Carnicero Jiménez de Azcárate J. La informatización de la Clínica: Oportunidades de mejora de la práctica Clínica y riesgos para la confidencialidad. III Informe SEIS 2001. Available: <http://www.conganat.org/seis/informes/2001/PDF/1MazonCarnicero.pdf>
15. Eslava Albarracín D.G. Enfermería, Informática e Internet. Rompiendo Paradigmas, Abriendo Caminos. Memorias del I Congreso de Profesionales de Enfermería Clínica y VII Simposio: Actualizaciones en Enfermería. Available: <http://www.encombolandia.com/medicina/enfermeria/enfermeria7204-enfermeria.htm>
16. Ministerio de Sanidad y Consumo. INSALUD. Desarrollo de planes de cuidados en la cartera de servicios de Atención Primaria. Madrid: Instituto Nacional de la Salud. 2001



PROYECTO DE DESARROLLO DE LAS ENFERMERAS DEL ÁREA 5 ATENCIÓN PRIMARIA DE MADRID: ENFERMERAS GESTORAS DE CUIDADOS

Juana Mateos Rodilla, Carmen Jiménez Gómez,
Gema Martínez González, Mercedes Martínez Piédrola,
Ana Zaballos Ruano.

La gestión de los cuidados viene determinada por la estructura, el proceso y la medición de los resultados de la atención de enfermería.

La Dirección Enfermera del Área 5 de Atención Primaria de Madrid tiene como objetivo estratégico la formación y desarrollo de las enfermeras, teniendo como visión, enfermeras altamente cualificadas y comprometidas, líderes de los cuidados. Nuestro proyecto tiene como objetivos:

1. Determinar el marco teórico referencial de los cuidados enfermeros en nuestra Área de salud (elección de un modelo de cuidados enfermeros y explicitación de los valores en el cuidado de la salud)
2. Liderar el desarrollo de la metodología científica de cuidados en nuestra Área de salud
3. Identificar los resultados clave, dependientes de la intervención enfermera, que garanticen la misión y visión de la organización

MATERIAL

Recursos humanos: enfermeras asistenciales y responsables de enfermería, técnico de OMI, Dirección de Enfermería.

Recursos materiales: Programa informático: excel, OMI- AP, encuestas, ordenadores, cañón.

MÉTODO

Elaboración y desarrollo del proyecto con las siguientes fases:

Constitución de la Comisión de Cuidados del Área, en junio de 2004

Determinación del marco teórico referencial de los cuidados, mediante encuesta facilitada a todas las enfermeras del área en octubre de 2004 (N= 345)

Identificación de los valores del cuidado que se desean hagan efectivos en el área, mediante técnica Delphi modificada, con las responsables de enfermería

Formación de todas las enfermeras del área en el proceso de cuidados (inicio: abril de 2006)

Determinación de resultados clave: a través de grupo focal con las responsables de



enfermería.

RESULTADOS

- Implicación y corresponsabilidad de los profesionales de la Comisión de Cuidados en el desarrollo de la estrategia de la Dirección Enfermera
- Elección mayoritaria del modelo de autocuidado de Orem
- Valores deseados como efectivos:
- Creación de la figura de técnico de OMI, enfermera experta en metodología de cuidados
- Elaboración de una guía para realizar planes de cuidados en OMI - AP(diciembre 2005) y su distribución a todas las enfermeras
- Talleres formativos en los centros de salud impartidos por los miembros de la comisión
- Definición del marco conceptual, publicación y distribución entre las enfermeras del área

CONCLUSIONES

- Buena acogida e implicación por parte de los profesionales, del objetivo estratégico de la Dirección enfermera
- La facilitación de herramientas para la realización de planes de cuidados, incluidas dentro de un proyecto de desarrollo enfermero, en el que se cuente con las enfermeras asistenciales en su planificación, aporta resultados positivos tanto para el usuario, los profesionales, y para el avance de la Enfermería



RESULTADOS EN EL MANEJO INFECTIVO DEL RÉGIMEN TERAPÉUTICO EN EL ÁREA 9 AP MADRID

Belén Paris Medina, Susana Herrero Parra,
 Pilar Fernández Estebanez, Begoña Chanorro Mayo,
 Sonsoles García Grande, José Luis Aréjula Torres.

RESUMEN

Introducción: El Manejo inefectivo del régimen terapéutico es un diagnóstico de alta prevalencia en APS una gran cantidad de pacientes deben integrar un régimen de tratamiento en su vida diaria, evaluar la consecución de los resultados contribuirá a mejorar la orientación y las prácticas más efectivas.

Material y métodos: Todos los datos de este estudio por medio de una aplicación de explotación de datos propia sobre el aplicativo OMI-AP que genera el Sistema de Información de Procesos de Enfermería de la Gerencia de AP 9 de Madrid.

Se analizan las frecuencias de aparición de las características definitorias, factores de relación junto con los NOC y NIC utilizados. Se analizan las puntuaciones de los NOC seleccionados que contienen al menos dos valoraciones en la escala en fechas diferentes, las visitas necesarias, el tiempo entre la medición basal y la última medición registrada, el cambio en la puntuación, las intervenciones seleccionadas en los cambios de puntuación positivos y negativos, los porcentajes de pacientes que mejoran, empeoran la puntuación.

Resultados: El número de Dx analizados fue de 528. Las frecuencias de aparición fueron de: CD: Dificultad para integración de alguna parte del tto. y Deseo de manejar el tto. Y la prevención secuelas.; FR: Déficit de conocimientos y Percepción subjetiva de gravedad. NOC: Conducta de cumplimiento, Conducta de obediencia y Conocimiento: régimen de tratamiento; NIC: Acuerdo con el paciente, Enseñanza: proceso de enfermedad, Asesoramiento y Modificación de la conducta

Los datos referidos a la medición de puntuaciones fue de:

NOC	Días	DE Días	P. Basal	DE P. Basal	Punt. Ult.	DE P. Ult.	Cambio	DE Cambio
Conducta de cumplimiento	77,38	77,63	2,63	1,09	3,63	0,89	1,00	1,10
Conocimiento: rég. de tto.	47,13	48,87	1,75	0,89	3,38	0,74	1,63	0,74

Los porcentajes de pacientes que mejoraron o empeoraron la puntuación fue respectivamente de 92% -8%.

Conclusiones: El análisis de CD y FR evidencia un patrón habitual de presentación de este problema en APS, Tanto los NOC como las NIC seleccionados muestran un trabajo tanto de aspectos relacionados con los conocimientos y habilidades como sobre los aspectos actitudinales. La gran mayoría de los pacientes evolucionan favorablemente, si bien actualmente tenemos limitaciones para dimensionar el % de pacientes que no



modifican su puntuación por el déficit de puntuaciones de resultados en seguimientos ya que habitualmente se utilizan los indicadores en mediciones intermedias y se reproduce la puntuación del NOC en periodos más prolongados, para este estudio se han analizado aquellos que evidenciaban cambios positivos o negativos. Con estas limitaciones, las puntuaciones de cambio en los casos analizados son de media muy positivas aun cuando los periodos de días analizados son pequeños para este tipo de problemas (Max:249 d). Es preciso que continuemos evidenciando los resultados para generalizar su uso continuado y la consistencia de las conclusiones.



DEJAR ALGO SEMBRADO, RELATO DE UNA CUIDADORA PRINCIPAL

Clara Silván Vime, Reyes Asencio Pérez.

INTRODUCCIÓN

La protagonista de este relato es una mujer que ha dedicado gran parte de su vida a prestar cuidados sin haber recibido formación por ello. Gracias a su fortaleza de carácter, su intuición y su capacidad de observación consiguió superar su déficit de conocimientos y adaptarse a un cambio radical en su vida.

Vemos un ejemplo mas de cómo los cuidados familiares son asumidos mayoritariamente por las mujeres quienes relegan a un segundo plano sus necesidades en pro del bienestar del receptor de los cuidados, esta situación supone un desgaste físico y psíquico de la cuidadora que una vez instaurado es difícil de resolver.

Se evidencia la necesidad de que los profesionales de enfermería en atención especializada incluyan a las cuidadoras dentro de su cartera de clientes, identificando esta figura durante el ingreso hospitalario, velando por su bienestar mientras permanece en el hospital y proporcionando asesoramiento sobre los cuidados que van a prestar al paciente en domicilio.

METODOLOGÍA

Para la entrevista a la cuidadora se ha utilizado un tipo de investigación cualitativa de carácter descriptivo denominada relato biográfico, en el que el relato del informante adquiere la mayor importancia.

RESULTADOS

Del análisis cualitativo del relato se identificaron los siguientes problemas enfermeros.

- § Procesos familiares disfuncionales: alcoholismo.
- § Negación ineficaz
- § Ansiedad
- § Cansancio del rol de cuidador

CONCLUSIONES

- § La investigación cualitativa es la principal fuente de evidencia del rol propio de enfermería.
- § El tipo de evidencias que se ofrecen desde la investigación cualitativa proporcio na el nexo de unión entre la teoría y la práctica enfermeras.
- § Estudiar los significados de las respuestas humanas en los escenarios en los cuales ocurre ayuda a conceptualizar los problemas que tratan las enfermeras en su rol propio.





APROXIMACIÓN A LA EPIDEMIOLOGÍA DE LOS DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS. ESTUDIO PRELIMINAR.

M^a Magdalena de Tovar Fernández, Juan Pedro Oliva Contero,
Manuel Torres Martín, Efrén Ramos Calero,
Fco Javier Vargas Montes, M^a Luisa Quintero Solis

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La metodología enfermera y su materialización en Planes de Cuidados poco a poco está siendo adoptada por los sistemas sanitarios. Éste es el caso del Sistema Sanitario Público de Andalucía entre cuyos objetivos cuenta la elaboración de planes de cuidados con nomenclatura estandarizada desde principios de la presente década. El hospital de San Juan de Dios del Aljarafe, perteneciente al Consorcio Sanitario Público del Aljarafe, participa dentro del Sistema Sanitario Público de Andalucía de estos mismos objetivos.

Desde su inauguración en 2003, dicho centro cuenta con un módulo de enfermería dentro de su sistema digital de gestión de la información clínica Actix®.

La bibliografía encontrada (bases de datos CUIDEN, MEDLINE y CUIDATGE) referida a nuestro entorno (España) hace referencia a estudios con un volumen de pacientes muy inferior al nuestro, y con un alcance limitado a unidades concretas (UCI o unidades neonatales, por ejemplo).

El objetivo de este estudio es conocer los diagnósticos más frecuentes emitidos en el centro, y su comportamiento en torno a otras variables básicas. Un objetivo secundario lo constituye asimismo el servir de pilotaje para un estudio posterior más complejo y completo.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo observacional retrospectivo del total de episodios atendidos en el Hospital San Juan de Dios del Aljarafe (Consorcio Sanitario Público del Aljarafe). Se analizaron todos los episodios asistenciales con alta hospitalaria entre los días 1 de enero y 31 de diciembre de 2005 que afectaran a las unidades de Hospitalización, Hospital de Día Quirúrgico, Unidad de Cuidados Intensivos y Urgencias (Observación). Se trabajó con números totales, no realizándose muestreo. No se tuvieron en cuenta los episodios asistenciales acontecidos en unidades donde aún no está implantado el registro de planes de cuidados, como son Hospital de Día Médico, Quirófanos, Urgencias (excepto aquellos que requirieran ingreso en observación), o unidades de soporte (laboratorios, radiodiagnóstico, etc),

Se realizó un análisis estadístico en el que se registraron las variables edad, sexo, fecha de ingreso/alta, días de estancia, diagnostico enfermero, procedencia de la formulación del diagnóstico (plan estandarizado o no) y número de historia.



Los datos fueron extraídos de la base de datos del programa de gestión documental del hospital (ACTIX®) mediante consulta ex profeso. Se contabilizaron los diagnósticos emitidos para cada episodio atendido entre las fechas señaladas y que, lógicamente, dispusieran de plan de cuidados. Se solicitó asimismo el número total de episodios (con y sin plan de cuidados) y pacientes distintos atendidos en las mismas fechas en las unidades de estudio.

Se llevó a cabo un análisis descriptivo de las variables, con estadísticos de tendencia central y dispersión.

RESULTADOS

Durante las fechas del estudio, en las unidades afectadas por éste se atendieron un total de 14476 episodios asistenciales, protagonizados por 10402 pacientes distintos, (media de 1,39 episodios por paciente). Al 100% de estos pacientes se les elaboró un plan de cuidados.

El 50,91% de los episodios fue protagonizado por mujeres, siendo el intervalo entre 70 y 79 años el que más episodios asistenciales propició.

En las 14476 asistencias, los diagnósticos de enfermería más frecuentes fueron:

DIAGNOSTICOS	TIPO	NUMERO	FRECUENCIA (%)	facumulada (%)
Riesgo de infección	Potencial	25640	16,15	16,15
Riesgo de lesión	Potencial	14601	9,20	25,35
Protección inefectiva	Real	12561	7,91	33,26
Dolor	Problema C.	9919	6,25	39,51
Riesgo de caídas	Potencial	8451	5,32	44,83
Temor	Real	7475	4,71	49,54
Déficit autocuidado: baño/higiene	Real	7277	4,58	54,13

Es de reseñar que los 14 diagnósticos más frecuentes se hallaban en el 75% de los episodios. La media de diagnóstico por episodio (d/e) fue de 10,53, con una mediana de 10 d/e y una moda de 8 d/e.

El grupo de edad con mayor número medio de diagnóstico por paciente fue el de mayores de 90 años (22,68), seguidos por el de 80-89 años (20,76). El grupo que presentó menos media de diagnósticos por paciente fue el de 0 a 9 años, con 8,98 diagnósticos. Los hombres acapararon el 49,08% de los diagnósticos.

La forma más frecuente de llegar al diagnóstico fue a través de un plan de cuidados estandarizado, con el 51,75% y el resto provenían de una valoración general.

CONCLUSIONES

Es importante reseñar que estos son los resultados del pilotaje del estudio que está en



fase avanzada de diseño. En él se hará un análisis estadístico en profundidad de las asociaciones entre variables con niveles de confianza prefijados, incluyendo otras nuevas que hemos detectado pueden ser de gran utilidad.

Creemos que es un dato importante el hecho de que el 100% de los pacientes de las áreas estudiadas lleven un plan de cuidados implantado. Si bien es cierto que hay grupos de trabajo elaborando nuevos planes estándares, los que tenemos en la actualidad (26) están siendo de gran ayuda para el personal, esto se pone de manifiesto en que algo más de la mitad de los diagnósticos que se implantaron en el 2005 provenían de un plan estandarizado de cuidados.

Entre los 7 diagnósticos más frecuentes en nuestro hospital (suponen el 54,13 % del total), tres son diagnósticos reales, otros tres potenciales y uno es un problema de colaboración.

No se ha encontrado diferencias significativas en cuanto al sexo, destacando dos grupos de edad en el que la media de diagnósticos por paciente era mayor.



TESAURO DE DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Jesús Calle Romero, Mercedes Rodríguez del Castillo,
Sara Calle Herrera, Justa Lafuente Lorca, M^a Nieves Caño Labarga

INTRODUCCIÓN

Con esta herramienta, se pretende que el profesional de enfermería pueda llegar al diagnóstico más adecuado a través de términos usuales y frecuentes relacionados con signos, síntomas, evidencias o características de sus pacientes. Se trata entonces de un tesoro con sus consiguientes relaciones jerárquicas, asociativas y de equivalencia, que elimina ambigüedades y facilita la visión de la afinidad semántica entre diversos términos, lo que permite llegar sin dificultad y de forma certera al diagnóstico más adecuado. Además, se ha tratado de crear un lenguaje documental controlado que permita una indicación homogénea de la producción científica en el campo de la enfermería de tal forma que se haga posible su recuperación de una forma fácil y exhaustiva.

MATERIAL Y MÉTODOS

En la realización del tesoro, se ha seguido la norma:

- UNE 50-106-90 equivalente a: ISO 2788-1986. Directrices para el establecimiento y desarrollo de tesauros monolingües. AENOR 1990.

La aplicación informática utilizada para la gestión de los términos, ha sido BEATS. Una vez introducidos los términos y sus relaciones, los listados se exportaron al procesador de textos Word para adecuar la presentación y el informe definitivo. Para todos los descriptores, se ha utilizado la clasificación de la NANDA. Para los no descriptores o términos no preferentes, se ha utilizado por una parte la "opinión de expertos" utilizando la técnica Brainstorming y por otro, los tratados y manuales y textos mejor evaluados por profesores de distintas universidades de esta disciplina.

RESULTADOS.

El Tesoro consta de las siguientes partes: Alfabética, Temática o sistemática e Índice permutado KWIC. , el tesoro está constituido por :702 términos, de los cuales 260 (37%) son descriptores y 442 (63%) no descriptores, 13 términos superiores, 165 términos inferiores.

Además de los términos, el tesoro contiene:

205 notas explicativas, 156 códigos de clasificación, 226 notas de fuente, 535 relaciones de equivalencia, 240 relaciones jerárquicas, 131 relaciones asociativas



“LA VIDA SECRETA DE LAS PALABRAS: ANALIZANDO RESPUESTAS HUMANAS EN LOS PERSONAJES”

Fco. Javier Bernet Toledano, M^a Nieves Sánchez Medina,
Marigros Prieto Guerrero, Juan Carlos Palomo Lara,
Carmen Barroso Gutierrez, Manuela Soriano Blanco.

1º INTRODUCCIÓN

“La vida secreta de las palabras” es el título de una de las mejores películas del pasado año 2005; además de ser una película premiada en la última edición de los Goya, es también una creación con sentimiento, emoción y absoluta verosimilitud en los personajes, los cuales parecen extraídos de la realidad más dura que nos rodea.

Utilizar las imágenes filmadas como instrument para el aprendizaje, supone una de las líneas esenciales de lo denominado como “cine formativo”

Extraer ciertos contenidos para la formación de enfermeras en el pre y postgrado, posibilita que podamos estar analizando, ciertas “realidades” que si están bien documentadas para su realización, podrían servirnos de apoyo para ver y comprender ciertas respuestas humanas, difíciles de comprobar en la realidad clínica.

Entre los objetivos más importantes de este estudio están:

- a) Analizar e identificar las características definitorias y factores relacionados de la respuesta humana ante la situación que están viviendo, los personajes de la película: Hanna y Josef
- b) Inferir posibles criterios de resultados ante estas respuestas humanas y posibles intervenciones que aparecen en las imágenes

2º MATERIAL Y MÉTODO

- Uso del Método de análisis audiovisual ORA: observación - análisis - reflexión
- Análisis de la película “La vida secreta de las palabras”

3º RESULTADOS

- Secuencias claves de la película en las cuales se muestran claramente las características definitorias y los factores relacionados de ambos personajes, que demuestran la respuesta humana esencial que están viviendo: SINDROME POSTRAUMÁTICO
 - Secuencias claves en las que Hanna, la enfermera, realiza actividades relacionadas con intervenciones de cuidados concretas
 - Secuencias claves en las que se muestra una forma de cuidar relacionada con una



forma de sentir por la enfermera

- Secuencias claves para valorar posibles criterios de resultados en la enfermera y el paciente.

4º CONCLUSIONES

El análisis de imágenes cinematográficas a través del método ORA, es una herramienta de amplio valor pedagógico, que permite mostrar realidades humanas, muy relacionadas con la práctica enfermera, así como para analizar formas del cuidado

La enfermera que se nos muestra en la película, cuidadora y con necesidad de que la cuiden, sufre una transformación en el mismo proceso, pues mientras ella cuida, y gracias a la comunicación con el paciente, mejora de sus “heridas”, así como también mejora su paciente, herido por “fuera y por dentro”

Mirarnos en este “espejo” de los cuidados y analizando como tienen que sentirse las personas que sufren el síndrome postraumático, podemos comprobar cuan difícil es el prestar cuidados en estas situaciones.





PROYECTO DE MANUAL DE CASOS PRÁCTICOS TAXONOMÍA NNN

María Aurora Fernández Roibás, Manuel Eladio Atrio Padrón, Daniel Fernández García, Manuel Mañá Gonzalez, María Rosa Prol Cid

EXPOSICIÓN DEL PLAN DE CUIDADOS

Manuela tiene 52 años, peluquera, está ingresada en una unidad de cuidados paliativos. Su marido es el cuidador principal ya que su hija no vive en casa y su hijo no afronta la enfermedad de la madre.

Manuela sufrió una mastectomía radical hace dos años; en el momento de la valoración presenta metástasis generalizadas, empeoramiento del estado general, cansancio generalizado, refiere que ya no puede con los útiles del jardín que era su actividad preferida, dolor intenso en las caderas que le impide caminar, pérdida de 10 kg de peso “todo me sabe mal, y aunque no vomito, cuando trago el primer bocado, ya no puedo con más”. Expresión de sentimientos de soledad y tristeza. Refiere que pasa casi todo el día en la cama. Manuela está muy inquieta mueve las manos sin parar y verbaliza miedo a la noche.

A la exploración física presenta: signos de delgadez, prominencias óseas, la cavidad oral sin signos de lesión La dieta que seguía en su domicilio era sobre todo a base de purés, gelatinas, yogures. Presenta dificultad para girarse en la cama y para colocarse el camisón. Está apática y no muestra interés por la planificación de sus cuidados, delega la elección del menú en su marido.

Registro de constantes y medidas antropométricas:

- T.A. (tensión arterial) 100/50
- F.C. (frecuencia cardiaca) 100
- Peso 45 Kg. (kilogramos)
- Talla: 160 cm (centímetros)
- Saturación de oxígeno: 95%

Registro de puntuación para las siguientes escalas de valoración al ingreso:

- Barthel: Dependencia moderada (40)
- E.V.A (Escala visual analógica) :7
- Escala de Braden: 13 puntos. Riesgo moderado.

Se observan datos de cansancio en el cuidador principal “yo estoy agotado”, “lo estamos pasando muy mal”. “No quiero verla sufrir”. “Mis hijos ayudan todo lo que pueden, son buenos chicos”. “Pero Mateo apenas habla, parece que huye de su madre. No se



que decirle”.

Manuela no puede satisfacer las necesidades de: respirar con normalidad, comer y beber adecuadamente, eliminar los desechos del organismo, movimiento y mantenimiento de una postura adecuada, descansar y dormir, seleccionar la vestimenta adecuada, mantener la higiene corporal, comunicarse con otros.

Con Manuela priorizamos los siguientes diagnósticos: Dolor crónico, Fatiga, Temor, Desequilibrio nutricional por defecto, Riesgo de deterioro de la integridad cutánea, Déficit de autocuidado para la alimentación, uso WC, baño/higiene y vestido/acicalamiento. Deterioro del patrón del sueño, Aflicción crónica, Cansancio del rol del cuidador, Afrontamiento familiar incapacitante.

Se consensuaron los siguientes criterios de resultados: Control del dolor; Conservación de la energía; Control del miedo; Estado nutricional: ingestión de nutrientes; Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas; Autocuidados: actividades de la vida diaria, Descanso; Aceptación: estado de salud; Alteración del estilo de vida del cuidador principal; Normalización de la familia.

Los NOC seleccionados están dirigidos hacia la comodidad y confort de Manuela. Recordando a Kübler-Ross son los momentos de la terapia del silencio con el paciente y de la disponibilidad con la familia.

NECESIDAD DE DESCANSAR Y DORMIR

“Los enfermos sufren tanto de dolor mental como de corporal “ (*)

Datos relevantes: dolor intenso en las caderas que le impide caminar.

NANDA 00133 DOLOR CRÓNICO R/C INCAPACIDAD FÍSICA M/P INCAPACIDAD PARA ANDAR

NOC (1605) Control del dolor

Escala: De nunca demostrado a siempre demostrado

160502 Reconoce el comiendo del dolor

160511 Refiere dolor controlado

NIC 2380 Manejo de la medicación

- 1.- Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente.
- 2.- Observar si se producen efectos adversos derivados de los fármacos.
- 3.- Explicar al paciente y/o familia la acción y los efectos secundarios esperados de la medicación.



NECESIDAD DE MOVIMIENTO Y MANTENIMIENTO DE UNA POSTURA ADECUADA

“Es más importante ahorrar al paciente esfuerzo mental que físico.” (*)

Datos relevantes: cansancio para desarrollar actividades habituales

NANDA 00093 FATIGA R/C ESTADO DE ENFERMEDAD M/P NO PUEDE CON LOS ÚTILES DE JARDÍN

NOC (0002) Conservación de la energía

Escala: De nunca demostrado a siempre demostrado.

000201 Equilibrio entre actividad y descanso.

000205 Adapta el estilo de vida al nivel de energía.

NIC 0180 Manejo de la energía

- 1.- Determinar las limitaciones físicas del paciente.
- 2.- Favorecer la expresión verbal de los sentimientos acerca de las limitaciones.
- 3.- Controlar la ingesta nutricional para asegurar recursos energéticos adecuados.

NIC 5612 Enseñanza: actividad /ejercicio prescrito

- 1.- Enseñar al paciente como controlar la tolerancia a la actividad.
- 2.- Ayudar al paciente a alternar correctamente los períodos de descanso y actividad.

NIC 1120 Terapia nutricional

- 1.- Controlar los alimentos líquidos ingeridos y calcular la ingesta calórica diaria.
- 2.- Elegir suplementos nutricionales.

NECESIDAD DE DESCANSAR Y DORMIR “Hay que ayudar al enfermo a variar su pensamiento” (*)

Datos relevantes: verbaliza miedo a la noche, está muy inquieta.

NANDA 00148 TEMOR R/C SEPARACIÓN DEL SISTEMA DE SOPORTE EN UNA SITUACIÓN POTENCIALMENTE ESTRESANTE M/P AUMENTO DEL ESTADO DE ALERTA, INFORME DE INQUIETUD

NOC (1404) Autocontrol del miedo

Escala: de nunca demostrado a siempre demostrado.

140417 Controla la respuesta de miedo

NIC 4920 Escucha activa

- 1.- Mostrar interés en el paciente.
- 2.- Mostrar conciencia y sensibilidad a las emociones.
- 3.- Utilizar la comunicación no verbal para facilitar la comunicación.
- 4.- Identificar los temas predominantes.
- 5.- Evitar barreras a la escucha activa.





6.- Utilizar el silencio / escucha para animar a expresar sentimientos, pensamientos y preocupaciones.

NECESIDAD DE COMER Y BEBER ADECUADAMENTE “ La vida a veces depende por unos minutos de la alimentación.” (*)

Datos relevantes: pérdida de 10 kilos de peso.

NANDA 0002 DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL POR DEFECTO R/C INCAPACIDAD PARA DIGERIR O ABSORBER LOS NUTRIENTES DEBIDO A FACTORES BIOLÓGICOS M/P SACIEDAD INMEDIATA.

NOC (1009) Estado nutricional: ingestión de nutrientes

Escala: De nada adecuado a completamente adecuado

100901 Ingestión calórica

100910 Ingestión de fibra

100902 Ingestión proteica

NIC 1100 Manejo de la nutrición

1.- Determinar las preferencias de comidas del paciente.

2.- Ofrecer tentempiés.

3.- Dar comidas ligeras en puré y blandas siempre

NECESIDAD DE MANTENER LA HIGIENE CORPORAL “Comodidad y limpieza son dos camas.” (*)

Datos relevantes: cansancio, falta de fuerza.

NANDA 00047 RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA R/C INMOVILIZACIÓN

NOC (0204) Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas

Escala: de grave a ninguno

020401 Úlceras por presión

NIC 3540 Prevención de úlceras por presión

1.- Registrar el estado de la piel durante el ingreso y a diario

2.- Vigilar estrechamente cualquier zona enrojecida.

3.- Mantener la ropa de la cama limpia seca y sin arrugas.

4.- Vigilar las fuentes de presión y fricción.

NIC 3590 Vigilancia de la piel

1.- Observar si hay enrojecimiento y pérdida de continuidad de la piel.

2.- Observar si hay zonas de presión y fricción.



NECESIDAD DE BAÑO/HIGIENE “ La ventilación y la limpieza de la piel son igualmente esenciales” (*)

Datos relevantes: cansancio, falta de fuerza.

NANDA 00108 DÉFICIT DE AUTO CUIDADO: BAÑO/HIGIENE R/C DEBILIDAD Y CANSANCIO M/P SE SIENTE CANSADA

NOC (0300) Auto cuidados: actividades de la vida diaria (AVD)

Escala: de gravemente comprometido a no comprometido.

030001 Come

030002 Se viste

030003 Uso del inodoro

030004 Se baña

NIC (1610) Baño

- 1.- Ayudar con la ducha.
- 2.- Lavar el cabello si lo desea.
- 3.- Ayudar con el cuidado perianal.
- 4.- Ayudar con las medidas de higiene.
- 5.- Inspeccionar el estado de la piel durante el baño.

NECESIDAD DE ELIMINAR LOS DESHECHOS DEL ORGANISMO “La prisa es especialmente dañina para el enfermo” (*)

Datos relevantes: cansancio, falta de fuerza.

NANDA 00110 DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: USO DEL WC R/C DEBILIDAD Y CANSANCIO M/P SE SIENTE CANSADA

NOC (0300) Auto cuidados: actividades de la vida diaria (AVD)

Escala: de gravemente comprometido a no comprometido.

030001 Come

030002 Se viste

030003 Uso del inodoro

030004 Se baña

NIC1804 Ayuda con los autocuidados: aseo

- 1.- Ayudar a la paciente en el aseo /cuña a intervalos especificados
- 2.- Disponer intimidad durante la eliminación
- 3.-Facilitar la higiene de aseo después de terminar con la eliminación.



NECESIDAD DE COMER Y BEBER ADECUADAMENTE “Es preferible que el paciente vea más comida que la suya” (*)

Datos relevantes: cansancio, falta de fuerza.

NANDA 00102 DÉFICIT DE AUTO CUIDADO: ALIMENTACIÓN R/C DEBILIDAD Y CANSANCIO M/P SE SIENTE CANSADA

NOC (0300) Auto cuidados: actividades de la vida diaria (AVD)

Escala: de gravemente comprometido a no comprometido.

030001 Come

030002 Se viste

030003 Uso del inodoro

030004 Se baña

NIC (1050) Alimentación

- 1.- Identificar la dieta prescrita.
- 2.- Preguntar al paciente sus preferencias en el orden de los alimentos.
- 3.- Proporcionar las comidas a la temperatura más apetecible.
- 4.- Realizar la alimentación sin prisas.

NIC (1803) Ayuda con los autocuidados: Alimentación

- 1.-Poner la bandeja y la mesa de forma atractiva.
- 2.-Crear un ambiente agradable durante la comida.
- 3.-Arreglar la comida en la bandeja
- 4.-Proporcionar higiene bucal antes de las comidas

NECESIDAD DE SELECCIONAR VESTIMENTA ADECUADA “Aspecto, vistas y luz del sol, cuestiones de la mayor importancia para el enfermo.” (*)

Datos relevantes: cansancio, falta de fuerza.

NANDA00109 DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: VESTIDO/ACICALAMIENTO R/C DEBILIDAD Y CANSANCIO M/P SE SIENTE CANSADA.

NOC (0300) Auto cuidados: actividades de la vida diaria (AVD)

Escala: de gravemente comprometido a no comprometido.

030001 Come

030002 Se viste

030003 Uso del inodoro

030004 Se baña



NIC (1802) Ayuda con los autocuidados: vestir/arreglo personal

- 1.-Disponer las prendas del paciente en una zona accesible.
- 2.-Estar disponible para ayudar en el vestir.
- 3.-Facilitar el peinado del cabello del paciente.
- 4.-Mantener la intimidad mientras se viste.

NECESIDAD DE DESCANSAR Y DORMIR “ Jamás despertar a un paciente que esté en su primer sueño” .(*)

Datos relevantes: está muy inquieta, expresión de sentimientos de soledad y tristeza.

NANDA00095 DETERIORO DEL PATRÓN DEL SUEÑO R / C, EXPRESIÓN DE SENTIMIENTOS DE SOLEDAD M / P VERBALIZACIÓN DE DIFICULTAD PARA CONCILIAR EL SUEÑO.

NOC (0003) Descanso

Escala: de gravemente comprometido a no comprometido.

000302 Patrón del descanso

000303 Calidad del descanso

000304 Descansada físicamente

000308 Descansada emocionalmente

000306 Consumo de fármacos psicotrópicos.

NIC (5460) Contacto

- 1.-Observar los tabúes culturales del contacto físico
- 2.-Colocar el brazo alrededor de los hombros de la paciente.
- 3.-Coger la mano de la paciente para dar apoyo emocional.
- 4.-Aplicar una presión suave en la muñeca, mano u hombro de la paciente gravemente enferma.

NIC (1850) Mejorar el sueño

- 1.- Incluir el ciclo regular de sueño/vigilia del paciente en la planificación de cuidados.
- 2.- Determinar los efectos que tiene la medicación del paciente en el esquema de sueño.
- 3.-Observar/ registrar el esquema y número de horas de sueño del paciente.
- 4.- Ajustar el ambiente para favorecer el sueño.



NECESIDAD DE EVITAR LOS PELIGROS DEL ENTORNO “ Los consejeros son ahora igual que hace 200 años” (*)

Datos relevantes: expresión de sentimientos recurrentes de tristeza, enfermedad crónica.

NANDA 00137 AFLICCIÓN CRÓNICA R/ C ENFERMEDAD DE CÁNCER M/ P VERBALIZA EXPRESIONES DE SENTIMIENTO DE TRISTEZA

NOC (1300) Aceptación: estado de salud.

Escala: de nunca demostrado a siempre demostrado.

130007 Expresa sentimientos sobre el estado de salud.

130001 Tranquilidad

130003 Calma

130017 Se adapta al cambio en el estado de salud.

NIC (5340) Presencia

1.- Escuchar las preocupaciones del paciente

2.-Estar físicamente disponible como elemento de ayuda.

3.-Permanecer físicamente presente sin esperar respuesta de interacción.

4.-Ofrecerse a entrar en contacto con otras personas de apoyo.

NECESIDAD DE EVITAR LOS PELIGROS DEL ENTORNO

“ya estoy agotado”, “lo estoy pasando muy mal”

Datos relevantes:

NANDA00061 CANSANCIO DEL ROL DEL CUIDADOR R/C GRAVEDAD DE LA ENFERMEDAD M/P AGOTAMIENTO.

NOC (2203) Alteración del estilo de vida del cuidador principal.

Escala de: gravemente comprometido a no comprometido.

220302 Realización del rol

220310 Responsabilidad del rol.

NIC (7040) Apoyo al cuidador principal

1.-Aceptar las expresiones de emoción negativa

2.-Admitir las dificultades del rol de cuidador principal

3.-Realizar afirmaciones positivas sobre los esfuerzos del cuidador principal

4.-Animar al cuidador a participar en grupos de apoyo.



NECESIDAD DE COMUNICARSE CON OTROS, EXPRESAR EMOCIONES, NECESIDADES MIEDOS U OPINIONES.

Datos relevantes: sentimientos crónicos inexpressados de culpa

NANDA 00073 AFRONTAMIENTO FAMILIAR INCAPACITANTE R/C SENTIMIENTOS CRÓNICOS INEXPRESADOS DE CULPA M/P DA UN PORTAZO.

NOC (2604) Normalización de la familia.

Escala de: nunca demostrado a frecuentemente demostrado.

260401 Reconocimiento de la existencia de alteraciones y sus posibilidades de alterar las rutinas de la familia.

NIC (5230) Aumentar el afrontamiento.

1.-Alentar a la familia a manifestar sus sentimientos por el miembro familiar enfermo.

NIC (7140) Apoyo a la familia.

1.-Asegurar a la familia que al paciente se le brindan los mejores cuidados posibles.

2.-Escuchar las inquietudes, sentimientos y preguntas de la familia.

3.- Favorecer una relación de confianza con la familia.

* Las frases incluidas han sido entresacadas del libro “Notas sobre Enfermería” de Florence Nigthingale

BIBLIOGRAFÍA

Jonson M, Maas M, Morread S. CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA (CRE). NURSING OUTCOMES CLASSIFICATION (NOC) 3ª ed. Madrid: Elsevier; 2005

McCloskey J, Bulechek G. CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA, (CIE) NURSING INTERVENTION CLASSIFICATION (NIC). 4ª ed. Madrid: Elsevier; 2005

Jonson M, Maas M, Morread S, McCloskey J, Bulechek G. DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS, RESULTADOS E INTERVENCIONES Interrelaciones NANDA, NOC Y NIC. Madrid: Harcourt; 2004.

North American Nursing Diagnosis Association. DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS; DEFINICIONES Y CLASIFICACIÓN 2005-2006. Madrid: Elsevier; 2005

Alfaro-Le Fevre R. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA guía práctica. 3ª ed. Madrid: Mosby; 1996.

Fernández Ferrín C, Novel Martí G. EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA ESTUDIO DE CASOS Marco Conceptual: V. Henderson. Barcelona: MASSON; 1993

Kérouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F. EL PENSAMIENTO ENFERMERO. 1ª ed. Barcelona: MASSON; 1996.

Hernández-Conesa JM, Moral de Calatrava P, Esteban-Albert M. FUNDAMENTOS DE LA ENFERMERÍA Teoría y método. 2ª ed. Madrid: McGraw-Hill; 2003.

Domínguez-Alcón C. LOS CUIDADOS Y LA PROFESIÓN ENFERMERA EN ESPAÑA Luis Rodrigo M.T. LOS DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS. REVISIÓN CRÍTICA Y GUÍA PRÁCTICA. 3ª ed. Barcelona: Masson; 2004.



Tomás Vidal AM. PLANES DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA Modelo de referencia. Métodos e instrumentos. 1ª ed. Madrid: OLALLA;1996

Domingo Pozo M, Gómez Robles J. EL CONCEPTO DE NECESIDAD HUMANA BÁSICA.
Index Enferm (Gran) 2003;43:23-27.

Florence Nightingale NOTAS SOBRE ENFERMERÍA Qué es y qué no es. 1ª ed. Barcelona: MASSON;1990.





COORDINACIÓN Y ACTUACIÓN ANTE UN CASO ONCOLÓGICO

Ramón Casares Cervilla, Jose M^a Sánchez Palomino,
M^a Pilar García Pretiñes, M^a José Bautista Morente,
Josefa Martín Cebrián, Elisabeth García Pertíñez

Vamos a presentar un episodio de la vida de José Luís, nombre ficticio de un ciudadano de nivel socioeconómico medio alto y con algún problema de salud controlado que, a raíz de su divorcio y progresivo alejamiento de su hijo, desestabiliza su orden social y de vida cotidiana rompiendo las relaciones con el resto de su familia, que residen fuera de Órgiva, al censurar ésta sus cambios de hábitos de salud. Tras un episodio de urgencias, por un problema de hemiparesia derecha que se está instaurando de forma progresiva, y de origen oncológico, se inician los trámites para su estudio quirúrgico. Trámites y citas que José Luís deja pasar, porque prefiere ignorar el problema y seguir viviendo su vida, aludiendo que puede ser una situación pasajera.

Una vez avisada Enfermería de Enlace Comunitaria y el servicio de Continuidad de Cuidados del Hospital, vamos a exponer la coordinación de recursos y las actuaciones derivadas del plan de cuidados establecido, como elemento de calidad de cuidados y de repercusión social.

PRESENTACIÓN

José Luís ingresa en el hospital de Motril el 14 de Junio de 2005 por hemiparesia derecha progresiva, donde se le detecta nódulo pulmonar con probables adenopatías mediastínicas y lesiones cerebrales que en un principio parecen metastásicas, pero que posteriormente tras una serología de sífilis positiva se duda si pueden ser consecuencia de un estadio avanzado de esta enfermedad. Se deriva al hospital Virgen de las Nieves para completar su estudio por cirugía torácica, al ser el nuestro un hospital comarcal y carecer de dicha especialidad. Desde allí y de forma ambulatoria se le solicita estudio preoperatorio con electrocardiograma, analítica, radiografía de tórax, espirometría y cita para tomografía por emisión de positrones (PET). José Luís no se ha realizado ninguna de las anteriores pruebas.

El tiempo transcurre y a través de una conversación telefónica que establece su madre con una de sus parejas descubren su situación de deterioro progresivo. Contacta con el Responsable de Atención al Usuario del Distrito y éste pone el caso en manos del Enfermero Comunitario de Enlace de referencia.

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA (M. Gordon)

24 de Agosto de 2005



José Luís de 50 años, con domicilio en Órgiva.

Cuidadora Principal: Sin cuidadora habitual. Su familia le ha contratado a una persona que acude varias veces a lo largo del día y le prepara la comida.

Antecedentes Personales: Enfisema pulmonar (EPOC), Enfermedad de Crohn, Nódulo en pulmón izquierdo con adenopatías mediastínicas y nódulos cerebrales (pendiente de confirmar metástasis o sífilis en estadio avanzado), hemiparesia izquierda de reciente inicio probablemente como consecuencia de los nódulos cerebrales.

Tratamiento Habitual: Dexametasona 1 – 1 – 1, glicofosopeptical 1 – 1 – 1, omeprazol 1 – 0 – 0. No alergias conocidas.

José Luís conoce su enfermedad. Es fumador de unos 40 cigarrillos al día, bebedor moderado.

Buena dentadura y sin problemas en la deglución. Realiza una dieta libre, sin restricción de alimento alguno, y con buen apetito. Toma líquidos en cantidad normal.

Higiene aceptable, refiere ducharse pero tiene gran dificultad para acceder a la bañera. Buena coloración de piel y mucosas con lesiones en miembros inferiores (arañazos y roces) por desplazarse en silla de ruedas. Bien hidratado y nutrido.

Eliminación vesical con pérdidas ocasionales porque a veces no puede acceder a tiempo al cuarto de baño, usa dispositivo de botella. Eliminación intestinal de hábito diario, con diarreas frecuentes (Crohn).

Actividad cama – silla de ruedas, no tiene fuerza en miembros superior e inferior derechos, se desplaza en silla de ruedas por sí solo dentro de la casa. **Test de Barthel 50** (dependencia severa para AVD). **Lawton 5** (dependencia en algunas AIVD).

Ingeniero agrónomo en situación de baja laboral desde su primer ingreso.

Duerme bien sin ayuda de medicación.

Usa gafas por presbicia y miopía. Disminución de la sensibilidad de miembros superior e inferior derechos. Mantiene conversación con habla clara y coherente, buena orientación témporo – espacial. Test de Pfeiffer 0 (no deterioro cognitivo). No tiene dolores.

Tiene buen autoconcepto a pesar de las limitaciones que tiene, buen estado de ánimo. Tiene miedo a perder su capacidad cognitiva y le preocupa la evolución de su enfermedad, aunque está convencido de poder curarse.

Está separado de su mujer y tiene una hija. Ambas viven en Córdoba. Tiene otras dos hermanas, de las cuales una vive en Córdoba, la otra y su madre están en Huelva y lo vinieron a recoger hace unos días, pero él no quiso marcharse porque prefiere disfrutar de la vida y de las mujeres, para olvidarse de su reciente divorcio, cosa que con su familia no podrá hacer. Por parte de su familia le han contratado a una persona para la elaboración de la comida y el mantenimiento del hogar.

Vive en un piso de su madre, sucio y con desperfectos. Recibe visitas de amigos/as.

Buena tolerancia y capacidad de adaptación.



Refiere que tiene certeza de que existe algo después de la vida, pero dice no haber necesitado ningún servicio religioso desde que se casó.

PLAN DE CUIDADOS

NANDA1 00082 MANEJO INEFECTIVO DEL RÉGIMEN TERAPÉUTICO R/C conflicto de decisiones y déficits de conocimientos M/P Verbalización de no haber realizado las acciones necesarias para incluir el régimen de tratamiento en los hábitos de vida diarios.

NOC2 1601 CONDUCTA DE CUMPLIMIENTO (escala: nunca demostrado a siempre demostrado)

160105 Conserva la cita con un profesional sanitario

2 (raramente demostrado) a 4 (frecuentemente demostrado)

160106 Modifica la pauta orientada por el profesional sanitario

2 (raramente demostrado) a 4 (frecuentemente demostrado)

160109 Busca ayuda externa para ejecutar la conducta sanitaria

1 (nunca demostrado) a 4 (frecuentemente demostrado)

1814 COCIMIEN TO: PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS (escala: ninguno a extenso)

181401 Descripción del procedimiento terapéutico

1 (ninguno) a 4 (sustancial)

NIC3 4420 Acuerdo con el paciente.

5240 Asesoramiento.

Actividades:

- Ayudar al paciente a identificar el problema o la situación causante del trastorno.
- Ayudar al paciente a identificar los métodos para superar las circunstancias ambientales que pueden interferir en la consecución de objetivos.
- Ayudar al paciente a establecer los objetivos a corto y a largo plazo.
- Fomentar la sustitución de hábitos indeseados por hábitos deseados.
- Reforzar nuevas habilidades.

NANDA1 00069 AFRONTAMIENTO INEFECTIVO R/C Falta de preparación para el manejo de los agentes estresantes y crisis situacional M/P Ausencia de conductas adecuadas para alcanzar los objetivos fijados o solucionar los problemas existentes.

NOC2 1504 SOPORTE SOCIAL (escala: inadecuado a completamente adecuado)

150404 Refiere información proporcionada por otras personas

1 (inadecuado) a 4 (sustancialmente adecuado)

150405 Refiere ayuda emocional proporcionada por otras personas

2 (ligeramente adecuado) a 4 (sustancialmente adecuado)



150406 Refiere relaciones de confianza

1 (inadecuado) a 4 (sustancialmente adecuado)

1302 AFRONTAMIENTO DE PROBLEMAS (escala: nunca a siempre demostrado).

130201 Identifica patrones de superación eficaces

2 (raramente) a 4 (frecuentemente)

130205 Verbaliza aceptación de la situación

2 (raramente) a 4 (frecuentemente)

NIC3 5440 Aumentar los sistemas de apoyo.

5230 Aumentar el afrontamiento.

5250 Apoyo en la toma de decisiones.

Actividades:

- Determinar el grado de apoyo familiar.
- Determinar los sistemas de apoyo actualmente en uso.
- Determinar las barreras al uso de los sistemas de apoyo.
- Implicar a la familia / seres queridos / amigos en los cuidados y la planificación.
- Explicar a los demás implicados la manera en la que pueden ayudar.
- Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad.
- Valorar y discutir las respuestas alternativas a la situación.
- Utilizar un enfoque sereno, de reafirmación.
- Disponer un ambiente de aceptación.
- Ayudar al paciente a desarrollar una valoración objetiva del acontecimiento.
- Ayudar al paciente a identificar la información que más le interese obtener.
- Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
- Proporcionar al paciente elecciones realistas sobre ciertos aspectos de los cuidados de enfermería.
- Facilitar la toma de decisiones en colaboración.
- Proporcionar la información solicitada por el paciente.
- Servir de enlace entre el paciente y la familia.
- Servir de enlace entre el paciente y otros profesionales sanitarios.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: 00072 Negación Inefectiva (intento consciente o inconsciente de reducir la ansiedad o temor haciendo caso omiso del significado de un acontecimiento que repercute negativamente en su salud).

A la hora de plantear los diagnósticos surgieron dudas sobre usar esta etiqueta o la de afrontamiento inefectivo, decantándonos finalmente por esta última, ya que nos pareció que Jose Luís estaba inmerso en un proceso de resolución de duelo, iniciado con su proceso de divorcio y, que tras conocer la noticia de su enfermedad, vuelve a la fase de negación, siendo incapaz de valorar acertadamente la situación a la que se enfrenta, no



es capaz de elegir respuestas acertadas, ni usa adecuadamente los recursos de que dispone.

ACTUACIONES:

Se acuerdan objetivos terapéuticos, tras una entrevista con Jose Luis, donde se le explica su proceso con su probable evolución y pronóstico, se planifica, con la aceptación de éste, un cronograma de visitas programadas con el fin de asegurarnos el cumplimiento y buen estado de éste, ya que hasta el momento como él decía: “no soy capaz de estar pendiente de los compromisos con los médicos”.

Reactivamos las citas perdidas con Cirugía Torácica, contactando con dicho servicio hablando con el cirujano que inicialmente lo exploró y que asumirá su seguimiento y actuación terapéutica una vez se ingrese, consistente, dada la edad del paciente, en un abordaje y limpieza quirúrgica de la masa tumoral con posterior análisis anatomopatológico, para evitar una mayor demora en los resultados de las pruebas diagnósticas. Dicha intervención se acuerda para el próximo 12 – 9 – 05.

Coordinamos por tanto con su enfermera y su médico de familia la realización del estudio preoperatorio (ECG, espirometría, analítica y Rx de tórax) en un acto único para no oírlo decir nuevamente: “yo lo que no quiero es estar yendo y viniendo un día sí y otro no”.

Coordinamos cita preferente con Medicina Nuclear para la realización del PET con envío de resultados a Cirugía Torácica.

Contactamos con la familia: su hermana, su cuñado y su madre (en Huelva), comprobando el estado de preocupación latente en la familia, que se ve incapaz de intervenir hasta ahora, ya que José Luis se negaba a ser ayudado, para evitar las censuras que le hacían por alternar con prostitutas en su domicilio y alegando que convive con una inmigrante que es quien le cuida.

Contactamos con su ex - pareja quien confirma que no quiere saber nada de él.

Contactamos con el trabajador social para que valore alternativas de apoyo social hasta el momento de su intervención quirúrgica, dado que José Luis aun vive en su domicilio.

José Luis sufre episodios agudos de amnesia (“estoy perdiendo el Norte”) por los cuales acude al servicio de Urgencias del Hospital de Motril (8 – 9 – 05) traído en ambulancia por el equipo de urgencias de Atención Primaria. Las enfermeras de Urgencias avisan a Continuidad de Cuidados (paciente dependiente, desorientación temporal, sin cuidadora ni familia). Contactamos y ponemos en conocimiento del médico de puerta que lo atiende los antecedentes de José Luis, su problemática social y las intervenciones llevadas a cabo. Avisado el internista y puesto al tanto de la situación se decide su ingreso hospitalario para programar el traslado a Granada al servicio de Cirugía Torácica.

Durante su ingreso, José Luis presenta un índice de Barthel de 35 (dependencia



severa para sus actividades de la vida diaria) y un índice de Pfeiffer de 6 (sospecha elevada de deterioro cognitivo). Accede a que informemos a la familia y acepta su visita para reiniciar relaciones (“creo que sería bueno hacer las paces con alguien antes de que me olvide de ellos”). Hecho que pusimos inmediatamente en conocimiento de su hermana y, a través de su marido (trabaja en el hospital de Huelva), se comienzan las gestiones de contacto con el servicio de Oncología y Cuidados Paliativos por si fuese necesario.

Contactamos nuevamente con Cirugía Torácica, quien tras conocer que su ingreso no es causa de contraindicación de su intervención autoriza su traslado, ya que el TAC craneal que se le efectúa por urgencias no revela nuevos hallazgos, ni aumento de las lesiones cerebrales.

Coordinamos transporte con personal sanitario para el 11 – 9 – 05, fecha en que se efectúa dicho traslado.

CONCLUSIONES

José Luís fue intervenido quirúrgicamente al día siguiente. Durante su ingreso, aceptó la oferta de su familia de irse a vivir con ellos a Huelva y completar allí su estudio oncológico. En el momento del traslado, aún estaba pendiente de los resultados de anatomía patológica.

En una posterior llamada de seguimiento, su madre nos confirmó la malignidad de la tumoración reseca y el origen metastásico de las lesiones cerebrales. Nos comentó que estaban tratándolo con los “sueros”. Llorando nos dijo que tenía esperanzas de que mejorara, y agradecía la oportunidad que tenía de haber “arreglado” a tiempo su relación, encontrando de nuevo a su hijo perdido.

En esa misma llamada, a la hermana de José Luís, le facilitamos el número de teléfono de la asociación contra el cáncer de Huelva, para que contactaran con sus servicios de psicología, por si llegara el momento de necesitar el asesoramiento de un especialista para atender la situación de la familia.

Desde nuestro servicio de Continuidad de Cuidados del Hospital de Motril, la unidad de Cirugía (planta que asume un porcentaje de pacientes de Medicina Interna) y de Enfermería de Enlace Comunitaria del Centro de Salud de referencia del paciente, consideramos que este es un claro ejemplo de lo que la Enfermería en general, y en concreto en el campo de la Continuidad de Cuidados, puede aportar a la sociedad, siendo un elemento de coordinación y de integración en el entorno bio-psico-social del paciente, tantas veces referido por todos, desarrollando nuestros cuidados bajo esa visión holística del individuo.

Pensamos que el empleo de la metodología enfermera organiza y clarifica nuestras actuaciones al tener elementos suficientes para establecer una priorización y actuación más efectiva, consiguiendo una mejor adhesión al tratamiento prescrito 4.

En este caso Jose Luís representa un ejemplo del mecanismo de afrontamiento conocido



como distanciamiento o desconexión, que consiste en un esfuerzo por tratar objetivamente los agentes de estrés a través de la minimización de su significado. Es decir, no pensar en la enfermedad, no tomarse las cosas muy en serio o continuar como si no pasara nada. Son las estrategias defensivas que desarrollan la mayor parte de la población oncológica (24.8 %)5. Jose Luís no mostró un grado de tensión psicológica elevado como cabría esperar, sino que reflejaba un estado bajo, lo que nos facilitó desplegar estrategias de intervención basadas en el apoyo familiar y la comunicación interpersonal entre él, la familia y nosotros como profesionales de la salud, influyendo directamente en su conducta y en su entorno, reconduciendo su cumplimiento terapéutico y mejorando su afrontamiento6,7,8.

No hemos modificado el proceso de Jose Luís, pero sí consideramos que la calidad de vida junto a su familia, bajo un prisma de aceptación y comunicación, es el mejor regalo que deja a nuestra profesión para que continuemos desarrollando un camino que pensamos no es el equivocado.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- NANDA, Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2003 – 2004. ed. Español. Madrid; MMIII.
- 2.- Moorhead S, Johnson M, Maas M. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 3ª ed. esp. Madrid; 2005.
- 3.- MacCloskey Dochterman J, Bulechek GM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 4ª ed. esp. Madrid; 2005.
- 4.- Arrazola Saniger M, Lerma García D, Garrido Miranda JM. Atención de enfermería en el cumplimiento terapéutico. Rev. ROL Enferm 2002; dic 25 (12): 70 – 74.
- 5.- Zabalegui Yarnoz A. Mecanismos de afrontamiento en cáncer avanzado, bajo tratamiento quimioterápico. Enferm Clínica 1999; sep-oct 9 (5): 185 – 193.
- 6.- Nouvilas Pallejá E. Cumplimiento terapéutico: algunas consideraciones. ROL Enferm. 1991; may XIV (153): 59 – 64.
- 7.- Sánchez Díaz MT. Incumplimiento terapéutico: factores determinantes. Estrategias para un cumplimiento adecuado. Enferm Científ 1995; ene-feb 154 – 155: 22 – 24.
- 8.- Zabalegui Yarnoz A, Sánchez Castillo PD, Sánchez Quinto S. Grupos de apoyo en oncología ¿Cómo interviene la enfermera? ROL Enferm 2002; mar 25 (3): 24 – 30.



EL INFORME DE ASISTENCIA DE ENFERMERIA AL ALTA COMO ESTRATEGIA PARA FAMILIARIZAR A LAS ENFERMERAS CON LOS DIAGNÓSTICOS NANDA (DE) M.Dolores Pintado Ferreño, Adoración Rejón Bayo, Helena Roig Ester

INTRODUCCIÓN

En el Hospital General de l'Hospitalet en el año 1994 se inició una experiencia de coordinación con atención primaria diseñando un documento conjunto para garantizar la continuidad de cuidados: el Informe de asistencia de enfermería. En el 2001 se planteó la necesidad de realizar una revisión y actualización del mismo con los siguientes objetivos: que fuera útil para los diferentes niveles asistenciales, incluir DE de la taxonomía NANDA y informatizar el documento para facilitar la evaluación.

OBJETIVO

Conocer el manejo de los diagnósticos enfermeros en los informes asistenciales de enfermería.

MATERIAL Y MÉTODO

Para implantar el nuevo documento, de marzo a mayo de 2005 se realizan 20 sesiones de formación de 1 hora a 75 enfermeras.

A partir de la base de datos del hospital, correspondiente al periodo de mayo a diciembre de 2005, se realiza un análisis descriptivo para determinadas variables.

RESULTADOS

Total de informes 513. 44,2% de hombres con edad media de 75,06 años y 55,8% de mujeres con edad media de 79,19. Destino: 38,4% centro sociosanitario, 25,7% domicilio, 14,4% residencia y 5,3% centro de agudos. Se han utilizado el 100% de los DE seleccionados previamente para nuestro centro (28); la media ha sido de $7,0 \pm 5,05$ por informe con una moda de 7. Los más frecuentes son el déficit de autocuidado: baño/higiene (9,58%), deterioro de la movilidad física (9,42%) y riesgo de caídas (9,0%). Los menos frecuentes han sido duelo anticipado (0,21%), riesgo de diarrea (0,57%) y baja autoestima situacional (1,07%).

CONCLUSIONES

El mayor porcentaje de DE se sitúa en los dominios de actividad/reposo y seguridad/protección, hecho que se puede relacionar con la edad avanzada de los pacientes.

En algunos casos, el elevado número de DE por informe, nos hace plantear la necesidad de mejorar los conocimientos en metodología para establecer mejor las relaciones entre etiquetas y causas.

La utilización del 100% de los DE seleccionados nos anima a ampliar el número para continuar difundiendo el conocimiento de los mismos.



FORMACIÓN BÁSICA: USO DE NOC EN LA EVOLUCIÓN CLÍNICA

Montserrat Aldomà Gómez

INTRODUCCIÓN: Los estudiantes de formación básica de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Andorra valoran la evolución clínica de las personas a las que realizan los planes de cuidados estandarizados en sus prácticas clínicas, mediante el uso de la taxonomía NOC.

Consiste en la utilización de los indicadores de los resultados de la taxonomía NOC y las escalas de medición para valorar el tiempo y la transición del estado actual de la persona enferma, al estado deseado, esta evolución se consigue mediante las decisiones clínicas escogidas (intervenciones de la taxonomía NIC).

Normalmente en la etapa de evaluación de los planes de cuidados, se describe de una forma objetiva el grado de consecución de los objetivos y como han contribuido las actividades enfermeras a esta nueva situación, pero ya que tenemos los lenguajes estandarizados que dan consistencia a los cuidados y facilitan la comunicación, ¿porqué no utilizarlos para hacer el seguimiento diario de los planes de cuidados?

El documento que se utiliza pretende integrar los aspectos expuestos anteriormente y a partir de la evidencia numérica y del trabajo intelectual del propio estudiante, que sea él quien valore si los indicadores de los resultados han mejorado, si el resultado deseado se ha conseguido, si las actividades escogidas han sido útiles, si han variado con el tiempo y si hay aspectos nuevos a valorar.

MATERIAL Y MÉTODOS: El seguimiento diario de los planes de cuidados, es un documento original de la sra. Mercedes Ugalde de la Universidad de Barcelona y adaptado por la sra. Carme Espinosa y sra. Montserrat Bros de la Universidad de Andorra.

El documento pretende ser visual, contempla el diagnóstico principal, con el código, las características definitórias y los factores relacionados vinculados con la persona a la que se le realiza el plan de cuidados; también incluye los resultados con el código y los indicadores escogidos, se valora la escala inicial y la escala final deseada teniendo en cuenta el factor tiempo. Además las intervenciones se detallan junto con las actividades elegidas, clarificando que tipo de actuación realiza la enfermera (ayudar, escuchar, explicar, enseñar, observar o hacer), teniendo en cuenta también el tiempo.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES: Todos los estudiantes de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Andorra utilizan este documento para hacer el seguimiento de sus planes de cuidados en las prácticas clínicas; lo valoran de una forma positiva, ya que ven la aplicación en todo el proceso de los lenguajes estandarizados y les facilita la reflexión continuada.



PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO PARA LA AGITACIÓN EN ADOLESCENTES CON PSICOSIS

Raúl Lozano Alonso, José Romo Villa

INTRODUCCIÓN

La unidad de psiquiatría de adolescentes del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, atiende a todos los adolescentes con trastorno mental agudo de la Comunidad de Madrid y mantiene unas estadísticas que describen entre algunos datos que durante los años 2000 a 2002, el 16,5 % de los diagnósticos emitidos al alta de los pacientes era de psicosis.

El primer episodio psicótico, generalmente acompañado de la primera hospitalización del paciente, supone el motor de arranque y puesta en marcha de una serie de intervenciones dirigidas a la instauración del mejor tratamiento posible y a la prevención secundaria de la enfermedad.

Además, una intervención temprana debe tener el potencial de reducir el impacto de la enfermedad (suicidio, estigma y reducción del estatus social).

El creciente reconocimiento por parte de los profesionales de esta fase como un momento decisivo del que va a depender el grado de discapacidad que padecerá el paciente como consecuencia de su enfermedad, exige centrar nuestro esfuerzo en desarrollar planes de cuidados estandarizados.

Estos se definen como unas guías detalladas que muestran y predicen los cuidados para cada situación específica.

La estandarización facilita la inclusión de datos que se repiten en las mismas situaciones, y permite no omitir aquellas decisiones y acciones que debieran formar parte de un buen plan de cuidados.

A pesar de las evidentes ventajas contenidas en la utilización de la estandarización en los planes de cuidados, la bibliografía más reciente aún sigue denunciando la no incorporación definitiva y generalizada de este instrumento.

Dentro del proceso conocido como brote o episodio psicótico, el riesgo de agitación por parte del paciente es muy elevado. Dicho estado de agitación supone un amplio abanico de sentimientos hostiles y conductas agresivas. Los análisis descriptivos de las respuestas agresivas muestran que la magnitud de este problema es considerable. En los pacientes ingresados en una unidad de hospitalización psiquiátrica, alrededor de un 40 % realizan conductas agresivas (1).

La agresividad se define como una pulsión innata del ser humano que se manifiesta como violencia cuando las capacidades de inhibición del sujeto disminuyen (2). Este estado de agresividad, bien sea potencial o bien real, desconcierta al personal sanitario y al propio paciente, involucrados ambos en una ruptura del proceso habitual de desarrollo de



relación terapéutica que conlleva un conocimiento mutuo desde la confianza y la aceptación de distintos roles que se van a ir desarrollando. El vínculo relacional que se establece entre el enfermo y el profesional va a condicionar el logro de las metas preestablecidas, ocupando los cuidados enfermeros un lugar privilegiado en los diferentes niveles del proceso de atención al paciente.

Atendiendo a la NANDA, el problema de la agresividad se etiqueta como Riesgo de Violencia, implicando que el objetivo fundamental de los cuidados enfermeros se dirige a la prevención de la conducta violenta en los pacientes y/o situaciones de riesgo (2).

La información disponible respecto a los procedimientos más adecuados para prevenir o contener la agresividad no es concluyente y prevalece la necesidad de tomar decisiones con respecto a este evento.

Hoy en día, en los nuevos modelos de atención a la Salud Mental se apuesta por un trabajo multidisciplinar e integrado, considerando factores socioeconómicos relacionados con la enfermedad y apostando por la prevención.

Además, se requieren cambios en las actitudes y aptitudes, y es aquí donde podemos observar la evolución de las funciones del personal de enfermería en el campo de la salud mental, su papel actual y las habilidades básicas que ha de poseer para la relación de ayuda a los enfermos mentales. La enfermera de salud mental debe tener unas cualidades personales, unos conocimientos específicos para poder además de desarrollar las funciones básicas de enfermería (administración, docencia, asistencia e investigación), garantizar los conocimientos de los mecanismos psicológicos y psicopatológicos que actúan en el ser humano.(3)

Estos datos motivan nuestro interés por estimar las actuaciones mas adecuadas para esclarecer una guía de cuidados que permitan desarrollar nuestra praxis de forma unificada y con criterios consensuados y de calidad.

Por tanto, las técnicas terapéuticas no deben estar sujetas a la improvisación, sino que serán el resultado de una adecuada organización de la asistencia.

Es importante la claridad y la concreción de los planes de cuidados, ya que favorecerán la orientación de los problemas que se pretenda resolver. (4)

Nuestro objetivo será alcanzar un consenso para el desarrollo de un plan de cuidados estandarizado centrado en la agitación en adolescentes con psicosis.

METODOLOGÍA

Se ha realizado un estudio cualitativo retrospectivo utilizando el grupo nominal como técnica de consenso. Previamente, se realizó una revisión bibliográfica sistematizada de los Diagnósticos Enfermeros prevalentes en el caso de adolescentes con agitación psicótica.

El análisis de los resultados se desarrolló en primer término mediante la interpretación exhaustiva de la información recogida, siempre encuadrada en el marco teórico de las



Necesidades Básicas de Virginia Henderson, y posteriormente, mediante el establecimiento de un acuerdo respecto a las etiquetas diagnósticas, los criterios de resultados y las intervenciones más significativas para el adecuado desarrollo y seguimiento de un plan de cuidados estandarizado.

La información con la que se ha trabajado se compone en su totalidad de las historias clínicas de enfermería de cada sujeto, sin interactuar directamente con la persona en ningún momento. Cada historia clínica de enfermería contiene los datos referentes a cada una de las etapas que se han seguido dentro del Proceso de Atención de Enfermería.

El grupo nominal se compuso de 5 enfermeros de la Unidad de Adolescentes de Psiquiatría del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, y la muestra estudiada se compone de 50 historias clínicas de adolescentes diagnosticados al alta de Trastorno Psicótico según los criterios diagnósticos de esquizofrenia del DSM-IV, durante el periodo comprendido entre Junio de 2003 a Julio de 2004.

Como consideraciones éticas, se ha tenido en cuenta en todo momento la confidencialidad de los datos estudiados en cada paciente. Se ha considerado en la realización del estudio, el cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y se ha realizado un exhaustivo seguimiento de los Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos de la Declaración de Helsinki.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos constan de 6 etiquetas diagnósticas con distintos criterios de resultados e intervenciones en torno a los cuidados enfermeros para un adolescente psicótico con riesgo de agitación o con un proceso en tiempo real de agresividad.

Diagnóstico 1: Trastorno de la percepción sensorial: auditiva

Resultado(NOC): (0902) Comunicación

Intervenciones (NIC): Escucha activa(4920)

Actividades:

Establecer el propósito de la interacción.

Mostrar interés en el paciente.

Hacer preguntas o utilizar frases que animen a expresar pensamientos, sentimientos y preocupaciones.

Mostrar conciencia y sensibilidad a las emociones.

Utilizar la comunicación no verbal para facilitar la comunicación.

Aclarar el mensaje mediante el uso de preguntas y retroalimentación.

Evitar barreras a la escucha activa.

Utilizar el silencio/ escucha para animar a expresar sentimientos, pensamientos y pre-



ocupaciones.

Intervenciones (NIC): Manejo de ideas ilusorias (6450)

Actividades:

Establecer una relación interpersonal de confianza con el paciente

Dar al paciente oportunidades de discutir las ilusiones con el cuidador

Evitar discutir sobre las creencias falsas; establecer dudas concretas.

Evitar reforzar las ideas ilusorias.

Establecer actividades recreativas y de diversión que requieran atención o habilidad.

Comprobar la capacidad de cuidados de sí mismo.

Ayudarle, si procede

Vigilar el estado psíquico del paciente.

Realizar el seguimiento de las ilusiones por si hubiera presencia de contenidos que resulten dañinos o violentos para el paciente mismo.

Proteger al paciente y a los demás de las conductas basadas en la ilusión que puedan resultar dañinas.

Proporcionar un nivel adecuado de vigilancia/supervisión para controlar al paciente.

Tranquilizar al paciente.

Disponer la comodidad y seguridad del paciente y los demás cuando el paciente sea incapaz de controlar su conducta (ambiente limitado, restricciones de área, sujeción física)

Disminuir los estímulos ambientales excesivos si es necesario.

Ayudar al paciente a evitar o eliminar los factores estresantes que precipiten las ilusiones.

Administrar medicamentos antipsicóticos y ansiolíticos, si es necesario.

Informar sobre los medicamentos al paciente.

Observar al paciente por si se producen efectos secundarios y los efectos terapéuticos deseados derivados del medicamento.

Diagnóstico 2: Trastorno de los procesos del pensamiento

Resultados(NOC): (0901) Orientación cognitiva.

Intervenciones (NIC): Orientación de la realidad (4820)

Actividades:

Informar al paciente a cerca de personas, lugares y tiempo, si es necesario.

Evitar la frustración del paciente con preguntas de orientación que no puedan ser respondidas.

Vestir al paciente con prendas personales.

Preparar al paciente para los cambios que se avecinen en la rutina y ambiente habitual antes de que se produzcan.



Establecer un ambiente de baja estimulación para el paciente en el que la desorientación aumente debido a la sobreestimulación.

Disponer siestas adecuadas de descanso/sueño durante el día.

Resultados (NOC): (1403) Control del pensamiento distorsionado

Intervenciones (NIC): Disminución de la ansiedad (5820)

Actividades:

Utilizar un enfoque sereno que de seguridad.

Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante.

Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.

Crear un ambiente que facilite la confianza.

Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.

Identificar los cambios en el nivel de ansiedad.

Establecer actividades recreativas, encaminadas a la reducción de tensiones.

Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad.

Controlar los estímulos, si procede, de las necesidades del paciente.

Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados.

Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad, si están prescritos.

Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad.

Intervenciones (NIC): Manejo de las alucinaciones (6510)

Actividades:

Establecer una relación interpersonal de confianza con el paciente

Vigilar y regular el nivel de actividad y estimulación en el ambiente.

Mantener un ambiente de seguridad.

Proporcionar un nivel adecuado de vigilancia/supervisión para controlar al paciente.

Fomentar una comunicación clara y abierta.

Proporcionar al paciente oportunidad de comentar las alucinaciones

Registrar las conductas del paciente que indiquen alucinaciones.

Prestar atención a las alucinaciones para ver si su contenido es violento o dañino para el paciente.

Señalar, si se pregunta, que uno no está experimentado los mismos estímulos.

Evitar discutir con el paciente sobre la validez de las alucinaciones.

Administrar medicamentos antipsicóticos y ansiolíticos, si precisa.

Observar si se producen efectos secundarios y los efectos terapéuticos deseados por la medicación.

Proporcionar seguridad y comodidad al paciente y a los demás cuando el paciente no sea



capaz de controlar su conducta.

Ayudas en los autocuidados

Implicar al paciente en actividades basadas en la realidad que puedan distraerle de las alucinaciones.

Intervenciones (NIC): Manejo del delirio (6440)

Actividades:

Evitar exigencias de pensamiento abstracto si el paciente sólo puede pensar en términos concretos.

Administrar medicamentos antipsicóticos y ansiolíticos, si precisa.

Fomentar las visitas de seres queridos si procede.

Reconocer y aceptar las percepciones o interpretaciones de la realidad por parte del paciente.

Declarar la propia percepción de forma calmada, que dé seguridad y sin discusiones.

Responder al tono del tema/ sentimiento, en lugar de al contenido de la alucinación o ilusión.

Retirar los estímulos, cuando sea posible, que crean una percepción equivocada en un paciente particular.

Mantener un ambiente bien iluminado que reduzca los contrastes y las sombras.

Ayudar en las necesidades relacionadas con la nutrición, eliminación, hidratación e higiene personal.

Mantener un ambiente libre de peligros.

Disponer un nivel adecuado de supervisión /vigilancia para controlar al paciente y permitir la implementación de acciones terapéuticas, si es necesario.

Disponer limitación física, si es necesario.

Evitar frustrar al paciente, con preguntas de orientación que no puede responder.

Informar al paciente sobre personas, tiempo y lugar, si es necesario.

Diagnóstico 3: Ansiedad

Resultados (NOC): (1402) Autocontrol de la ansiedad

Intervenciones (NIC): Intervención en caso de crisis (6160)

Actividades:

Determinar si el paciente presenta riesgo de seguridad para sí mismo o para otros.

Tener las precauciones necesarias para salvaguardar al paciente u otras personas con riesgo de lesiones físicas.

Ayudar en la identificación de factores desencadenantes y dinámica de la crisis.

Intervenciones (NIC): Aislamiento (6630)



Actividades:

Obtener la orden médica, si así lo requieren las normas institucionales, para practicar la intervención físicamente restrictiva.

Designar al enfermera de referencia

Retirar todos los objetos de la zona de aislamiento que puedan ser utilizados por el paciente para hacerse daño el mismo o al personal.

Proporcionar un nivel adecuado de supervisión/ vigilancia para controlar al paciente y para permitir las acciones terapéuticas, según sea necesario.

Administrar medicamentos , si precisa, para ansiedad o agitación

Evaluar, regularmente, la necesidad de continuar con la intervención restrictiva en el paciente.

Determinar la necesidad del paciente, de continuar con el aislamiento.

Registrar las razones de la intervención restrictiva, la respuesta del paciente a la intervención, el estado físico del paciente, los cuidados enfermeros proporcionados durante la intervención y el fundamento para suspender dicha intervención.

Disponer el nivel siguiente correspondiente de intervención restrictiva (sujeción física o restricción de área), si es necesario.

Resultado (NOC): (1401) Autocontrol de la agresión

Intervenciones (NIC): Manejo de la conducta (4350)

Actividades:

Hacer que el paciente se sienta responsable de su comportamiento.

Comunicar la esperanza de que el paciente mantendrá el control.

Consultar al ingreso con la familia la base cognitiva del paciente.

Establecer límites con el paciente.

Abstenerse de discutir o regatear límites establecidos con el paciente.

Establecer una coherencia de turnos en el ambiente y la rutina de cuidados.

Repetir de forma coherente las rutinas sanitarias como medio para establecerlas

Hablar en voz baja y con un tono suave.

Redirigir la atención alejándola de las fuentes de agitación

Evitar proyectar una imagen amenazadora.

Retirada de atención ante la reiterada conducta provocadora por parte del paciente.

Reconocimiento de los esfuerzos de autocontrol.

Intervenciones (NIC): Establecer límites (4380)

Actividades:

Discutir las preocupaciones con el paciente acerca de su conducta.

Identificar la conducta indeseable del paciente (cuando corresponda)



Discutir con el paciente, cuando proceda, cuál es la conducta deseable en cada situación.

Establecer expectativas razonables de la conducta del paciente en función de su situación.

Establecer las consecuencias de aparición/ausencia de conductas deseadas.

Comunicar las expectativas y consecuencias conductuales establecidas para el paciente en un lenguaje comprensible y no punitivo.

Abstenerse de discutir o regatear acerca de las expectativas y consecuencias conductuales con el paciente.

Ayudar al paciente, cuando sea necesario y adecuado, a mostrar conductas adecuadas.

Observar si se producen o no las conductas deseadas del paciente.

Modificar las expectativas y consecuencias conductuales, si es necesario, para acomodar los cambios razonables de la situación del paciente.

Poner en marcha las consecuencias establecidas para la aparición/ausencia de las conductas deseadas.

Disminuir el establecimiento de límites, a medida que el paciente se aproxima a las conductas deseadas.

Intervenciones (NIC): Sujeción física (6580)

Actividades:

Obtener orden médica para disponer una intervención de sujeción física.

Proporcionar un ambiente privado aunque adecuadamente supervisado, en situaciones en las que el sentido de dignidad del paciente pueda verse disminuido por el uso de sujeción física.

Asignar el personal suficiente para ayudar en la aplicación segura de los dispositivos de sujeción mecánicos o manuales.

Designar a un miembro de personal de cuidados para que dirija al personal y se comunique con el paciente durante la aplicación de la sujeción física.

Vigilar la respuesta del paciente al procedimiento.

Proporcionar un nivel adecuado de vigilancia/supervisión para controlar al paciente y permitir las acciones terapéuticas, si es necesario.

Administrar medicamentos si precisa para la ansiedad o agitación

Comprobar el estado de la piel en el sitio de sujeción

Vigilar color, temperatura y sensibilidad frecuentemente, de las extremidades sujetadas.

Permitir movimiento y ejercicio, de acuerdo con el nivel de autocontrol, estado y capacidad del paciente.

Colocar al paciente en una posición que facilite la comodidad y evite la aspiración y erosión de la piel.

Ayudar con los cambios periódicos de posición corporal.



Ayudar en las necesidades relacionadas con la nutrición, eliminación, hidratación e higiene personal.

Evaluar periódicamente la necesidad del paciente de continuar con la intervención restrictiva.

Implicar al paciente, cuando corresponda, en la toma de decisiones para pasar a una forma menos restrictiva de intervención.

Retirar gradualmente las sujecciones a medida que aumente el autocontrol.

Vigilar la respuesta del paciente a la retirada de la sujección.

Evaluar con el paciente y el personal, al cese de la intervención restrictiva, las circunstancias que condujeron a la aplicación de la misma, así como cualquier inquietud del paciente a cerca de la intervención.

Registrar el fundamento de la aplicación de la intervención de sujección, la respuesta del paciente a la intervención, el estado físico del paciente, los cuidados proporcionados por la enfermera durante la intervención y las razones de su cese.

Resultado (NOC): (1405) Autocontrol de los impulsos

Intervenciones (NIC): Manejo ambiental: prevención de la violencia (6487)

Actividades:

Eliminar las armas potenciales del ambiente.

Controlar de forma rutinaria el ambiente para mantenerlo libre de peligros.

Registrar al paciente durante el procedimiento de ingreso y sus pertenencias por si tuviera armas o armas potenciales, si procede.

Limitar al paciente el uso de armas potenciales.

Vigilar al paciente durante el uso de armas potenciales.

Utilizar material desechable para las comidas.

Utilizar habitación con cámara para vigilancia continuada del paciente, manteniendo la seguridad del mismo e intervenir terapéuticamente, si es necesario.

Retirar a las demás personas próximas al paciente violento o potencialmente violento.

Intervenciones (NIC): Precauciones contra fugas (6470)

Actividades:

Observar al paciente por si hubiera indicios de fuga potencial (indicios verbales, merodear cerca de las salidas, ropas superpuestas, desorientación, ansiedad de separación y morriña).

Clarificar el estado legal del paciente.

Comunicar el riesgo al resto del equipo de enfermería y otros cuidadores.

Familiarizar al paciente con el ambiente y la rutina para disminuir la ansiedad.

Limitar al paciente a un ambiente físicamente seguro (puertas cerradas o con alarma en las salidas y ventanas selladas), si es preciso.



Disponer medidas de seguridad, para limitar la movilidad, si es necesario (contención mecánica).

Disponer una adecuada /vigilancia y control del paciente.

Disponer dispositivos de adaptación para controlar la localización del paciente (videocámaras).

Animar al paciente a que busque la ayuda del personal de enfermería cuando experimente sentimientos conflictivos (ansiedad, ira y miedo) que puedan ocasionar la fuga.

Proporcionar seguridad y comodidad.

Discutir con el paciente la razón de que desee abandonar el sitio del tratamiento.

Identificar con el paciente, cuando sea posible, las consecuencias positivas y negativas del abandono del tratamiento.

Resultado (NOC): (1406)Control de la automutilación

Intervenciones (NIC): Manejo ambiental: seguridad (6486)

Actividades:

Identificar las necesidades de seguridad, según la función física y cognoscitiva y el historial de conducta el paciente.

Identificar los riesgos respecto de la seguridad en el ambiente (físicos, biológicos (químicos).

Eliminar los factores de peligro del ambiente, cuando sea posible.

Modificar el ambiente para minimizar los peligros y riesgos.

Utilizar dispositivos de protección para limitar físicamente la movilidad o acceder a situaciones peligrosas.

Diagnóstico 4: Incumplimiento del tratamiento (psicofarmacológico)

Resultados (NOC) :(1601)Conducta de cumplimiento

Intervenciones (NIC): Acuerdo con el paciente (4420)

Actividades:

Determinar con el paciente los objetivos de los cuidados

Animar al paciente a que identifique sus propios objetivos, no los que cree que espera el cuidador.

Ayudar al paciente a establecer objetivos realistas.

Ayudar al paciente a establecer los objetivos a corto y largo plazo.

Establecer objetivos como conductas fácilmente distinguibles.

Establecer objetivos en términos positivos.

Ayudar al paciente a establecer límites de tiempo realistas.

Identificar con el paciente las consecuencias o sanciones por el incumplimiento del acuerdo, si se desea.



Animar al paciente a que identifique recompensas adecuadas que tengan sentido.

Diagnóstico 5: Trastorno de la identidad personal

Resultados (NOC): (1202) Identidad

Intervenciones (NIC): Potenciación de la autoestima (5400)

Actividades:

- Observar las frases del paciente sobre su propia valía.
- Determinar la confianza del paciente en sus propios juicios.
- Fomentar el contacto visual al comunicarse con otras personas.
- Ayudar al paciente a identificar las respuestas positivas de los demás.
- Ayudar a conseguir objetivos realistas.
- Fomentar el aumento de responsabilidad de sí mismo, si procede.
- Animar al paciente a que acepte nuevos desafíos.
- Realizar afirmaciones positivas sobre el paciente.

Diagnóstico 6: Riesgo de violencia autodirigida

Resultado (NOC):(1211) Nivel de ansiedad

Intervenciones (NIC): Disminución de la ansiedad (5820)

Actividades:

- Utilizar un enfoque sereno que de seguridad.
- Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante.
- Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.
- Escuchar con atención.
- Crear un ambiente que facilite la confianza.
- Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.
- Identificar los cambios en el nivel de ansiedad.
- Establecer actividades recreativas, encaminadas a la reducción de tensiones.
- Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad.
- Controlar los estímulos, si procede, de las necesidades del paciente.
- Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados.
- Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad, si están prescritos.
- Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad.

Resultado (NOC): (1206) Deseo de vivir

Intervenciones (NIC): Prevención del suicidio (6340)

Actividades:



Determinar la existencia y el grado de riesgo de suicidio.

Tratar y controlar el cuadro psicótico o sus síntomas que puedan poner al paciente en riesgo de suicidio.

Administrar la medicación, si procede, para disminuir la ansiedad, agitación o psicosis y para estabilizar el humor.

Controlar los efectos secundarios y los resultados deseados de la medicación.

Realizar acciones para prevenir que el individuo se lesione.

Utilizar una forma de hablar directa y sin emitir juicios para comentar el suicidio.

Iniciar precauciones para el suicidio (observación y vigilancia continua del paciente, proveerse de un entorno protector) para el paciente que tiene un alto riesgo de suicidio.

Utilizar habitación con cámara para vigilancia continuada del paciente, manteniendo la seguridad del mismo e intervenir terapéuticamente, si es necesario.

Comunicar el riesgo y los aspectos relevantes de seguridad a los otros enfermeros.

Observar, registrar e informar de cualquier cambio de humor o de conducta que pueda aumentar significativamente el riesgo de suicidio y documentar los resultados de los controles de vigilancia regulares.

CONCLUSIONES

Refleja este estudio, un grupo de diagnósticos enfermeros que prevalecen en un adolescente con psicosis, ingresado en una unidad de agudos, y que sufre un episodio de agitación o bien está en riesgo de sufrirlo.

Queda consensuado, específicamente, el plan de cuidados que se realizaría en este caso, y con ello, disponemos del material adecuado, en cuanto a fiabilidad y validez, para estandarizar estos resultados e implementarlos en la Unidad de Agudos del Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

Específicamente, destaca la importancia de centrar nuestro criterio enfermero y nuestra capacidad cognitiva para emitir el juicio clínico Ansiedad, siempre que esté presente, evitando subestimar dicha etiqueta diagnóstica ya que nos va a inducir hacia la planificación de una serie de objetivos directamente relacionados con la agresividad; a saber, la agresividad supone un estado de ánimo de resentimiento y enfado, que aparece en respuesta al aumento de la ansiedad cuando el sujeto percibe una amenaza.

Destaca también, el comprobar que es necesario abordar la totalidad de las Clases que incluye el Campo 3 Conductual, para abarcar todas las intervenciones que a priori seleccionamos para el sujeto en estudio. Si nos limitamos a las intervenciones de una sola Clase, se corre el riesgo de no alcanzar todos los objetivos establecidos.

El criterio de resultados Identidad con el código 1202, supone un objetivo que se debe abordar de forma longitudinal durante la evolución del plan de cuidados, y se debe someter a una evaluación constante.

La intervención 6580 Sujeción física, una de las más estudiadas y debatidas interven-



ciones dentro de la actuación enfermera por su condición moral, y la intervención 4820 Orientación de la realidad, han sido en consenso, las intervenciones a las que se les ha asignado mayor prioridad y peso específico en el plan de cuidados al paciente psicótico agitado.

Sin duda, se inicia ahora la necesidad de estudios de investigación en profundidad para analizar los procesos de los casos individuales que van surgiendo en la Unidad, y así, poder validar mediante el método científico, nuestro plan estandarizado desarrollado en cualquier Unidad de Psiquiatría de Adolescentes.

Se hace evidente, que las diferencias entre la psicosis del adolescente y del adulto, son principalmente cuantitativas, y por tanto, el plan de cuidados se basa en los mismos criterios. A pesar de ello, existen peculiaridades en las intervenciones enfermeras ante un adolescente con psicosis, que es necesario seguir desarrollando.

Queda por tanto, definir más claramente todo este razonamiento desarrollado mediante un abordaje basado en la evidencia del propio juicio diagnóstico, que suponga un proceso de razonamientos inductivo y deductivo a partir de los datos de la valoración de cada paciente ingresado, mediante el cual, la enfermera/o clasifica una respuesta humana y su relación (causal o no) con otros factores.

Este tipo de estudios, sin duda contribuirá al conocimiento enfermero y no al conocimiento médico, como viene siendo tradicional en nuestra literatura científica e investigadora propia.

Como ya están justificando otros autores, necesitamos un modelo racional de decisión en la elección de resultados e intervenciones, mucho más vinculado a las características del diagnóstico, que pueda sustentarse en los juicios emitidos por la enfermera y no sólo a expensas de las recomendaciones basadas en consenso que establecen las distintas propuestas ya editadas.

Apoyamos con este estudio las conclusiones de otros profesionales de enfermería que afirman la innegable utilidad de las taxonomías NIC y NOC para la normalización del proceso enfermero y la estandarización de los cuidados.

Igualmente consideramos que el desarrollo de las taxonomías y su implantación informática que posibilite la optimización de la práctica enfermera, contribuirá indiscutiblemente al desarrollo profesional de la Enfermería en Salud Mental.

Queda comprobado por tanto, de forma evidente, la heterogeneidad de intervenciones enfermeras que se desprenden de una especialidad como es la Salud Mental. Y lejos de reducirse este tipo concreto de cuidados a saber escuchar al paciente, es necesario mantener de forma constante el grado de conocimientos adecuados para abordar al paciente desde una perspectiva holística, entorno a su contexto físico, psicológico y social.



Bibliografía

1. López J, Álamo C, Cuenca E. Agresividad y psicofármacos reguladores e inductores de conductas de agresividad. *Psiquiatría.com* (Revista electrónica de psiquiatría) vol 3, nº 2 junio, 1999.
2. Fornés J. *Enfermería de Salud Mental y Psiquiatría: planes de cuidados*. Madrid: Ed. Médica Panamericana, 2005.
3. McCloskey D, Bulechek GM. *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*. 4ª ed. Madrid: Elsevier; 2004
4. Richard Martínez, M., Cabrero J., Vizcaya M. "El uso de los modelos de Enfermería en la investigación enfermera española:1992-1996". *Cultura de los cuidados 1semestre-1999*. Año III-Nº 5
5. Morilla JC., Morales JM., Maratín FJ. Cuevas M. "El juicio clínico enfermero: conjugación de modelo, lenguaje y efectividad de las intervenciones enfermeras. *Metas de enfermería*. Dic 2005/ ene 2006; 8(10): 58-62
6. Johnson M, Maas M, Moorhead S. *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)* 3ª ed. Madrid: Elsevier; 2004.
7. Jonson M, McCloskey D, Bulechek GM et al. *Diagnósticos Enfermeros, Resultados e Intervenciones*. Ediciones Harcourt.Mosby. Barcelona 2002.
8. Lozano R, Machado MC, Del Pozo E, Romo J. Plan de cuidados estandarizado para el paciente adolescente con un primer episodio psicótico, siguiendo las taxonomías NANDA, NIC y NOC. En: *XXIII Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental. Los cuidados de Salud Mental en el Laberinto de las Emociones*. ANESM; 2006. Abr.6-8; Málaga, España.Madrid; 2006.p.899-924.



DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS BASADOS EN MODELO DE VIRGINIA HENDERSON EN PACIENTES ASISTIDOS POR EQUIPOS DE EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS

Juan Antonio Péculo Carrasco, José Sáenz Gómez, Sixto Cámara Anguita, Mónica Rodríguez Bouza, Juan Pedro Jiménez Cordero, Ángeles Ríos Ángeles

En 2004 se inicia el II Plan Estratégico para la Implantación de Proceso Enfermero en la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias. Los pacientes asistidos son valorados de acuerdo al modelo conceptual de Virginia Henderson. Desde febrero de 2005, cuando comienza la formación específica en Proceso Enfermero, se registran las valoraciones de todo paciente asistido en una nueva Hoja de Valoración Enfermera (HVE).

OBJETIVO

Conocer la incidencia de diagnósticos enfermeros en los pacientes atendidos los Equipos de Emergencias Extrahospitalarias (EEE).

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo, de corte transversal. Fueron sujetos de estudio los pacientes asistidos por EEE de las provincias de Cádiz y Jaén entre noviembre de 2005 y enero de 2006. La fuente de información fue el sistema informático de gestión de llamadas SICOM, la Historia Clínica y la HVE. Se utilizó la Taxonomía NANDA, edición 2005-2006, para nombrar los diagnósticos enfermeros.

RESULTADOS

Se recogieron datos de 719 pacientes (83,6% de los asistidos). Los resultados preliminares mostraron que el 65,8% de las HVE contenían algún problema de tipo enfermero. Se encontró al menos un Problema de Colaboración o de Autonomía en el 76,1% y 21,1% de las HVE, respectivamente (suplencia en Seguridad en el 23,3% y en Movilidad en el 24,4%). Existía al menos un Diagnóstico Enfermero en el 55,6% de estos pacientes. Los diagnósticos más frecuentes fueron "00155 Riesgo de Caídas" (27,3%), "00146 Ansiedad" (10,0%), "00148 Temor" (9,4%), "00078 Manejo inefectivo del régimen terapéutico" (6,2%) y "00069 Afrontamiento inefectivo" (5,9%).

DISCUSIÓN

El modelo conceptual adoptado, hace que no encontremos diagnósticos enfermeros en todos los pacientes asistidos: cuando "hacemos por el paciente" especificamos Problemas de Autonomía. A pesar de la dificultad de nuestro ámbito de trabajo, podemos identificar manifestaciones y características definitorias que nos conducen a diagnósticos enfermeros y a la consiguiente instauración del plan de cuidados.



TRASTORNOS DE LA CONDUCTA EN LA ADOLESCENCIA. PROYECTO DE ESTANDAR DE CUIDADOS

M^a Dolores Miguel Ruiz, Gabriel Pulido Moreno

INTRODUCCION

Los adolescentes diagnosticados de trastorno de conducta tienen dificultades para la adaptación en el medio, así como el riesgo a la dependencia hospitalaria, e inseguridad al alta, todo ello al margen de las posibles carencias afectivas que presentan la mayoría, por lo tanto, durante la hospitalización se crea un vínculo entre paciente – profesional.

La importancia del trabajo de enfermería en salud mental y sus funciones tan diversas ya sean de colaboración o de independencia, lleva a la necesidad de consensuar planes de cuidados, que nos ayuden a mejorar la calidad de vida de nuestros.

El Objetivo principal es elaborar un plan de cuidados estandarizado en los “Trastornos de la conducta en la adolescencia”.

MATERIAL Y METODO:

Utilización del Modelo de Nancy Roper para la valoración.

Taxonomía NANDA para nombrar los diagnósticos de enfermería.

Para describir los resultados de nuestros pacientes la Taxonomía NOC

Y para elegir las intervenciones más adecuadas La Taxonomía NIC

CONCLUSIONES

Los profesionales de enfermería somos competentes y responsables en el desarrollo de nuestra profesión, tenemos unas taxonomías propias de diagnóstico, intervenciones y resultados de nuestros pacientes, que nos ayudan en nuestra práctica diaria.

Unificando criterios, se asegura un estándar de calidad, mejora la eficacia y la eficiencia, así como facilita el control de calidad, la investigación y la docencia



CUIDADO DE UNA ULCERA VARICOSA UTILIZANDO LA TAXONOMIA NNN Montserrat Bartoméu Marigó

1)PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer de 80 años, que acude por primera vez a la consulta de enfermería de la ABS el 09/01/2004 para cura de úlcera varicosa de larga evolución (aproximadamrent un año) i que a la exploración presenta edemas en ambas piernas.

2)VALORACIÓN ENFERMERA

NANDA:Dx principal:Alteración de la integridad cutanea pierna D m/p herida vascular de larga evolución r/c éstasis del retorno venoso

Dx secundarios: Desequilibrio nutricional por exceso m/p IMC:superior a 25 y r/c aporte excesivo de nutrientes en relación a sus necesidades metabólicas.

Perfusión tisular periférica inefectiva m/p enlentecimiento en la curación de las heridas y r/c reducción mecánica del flujo venoso.

Riesgo de infección.

3)INDICADORES

NOC:Curación de la herida:por segunda intención (1103)

Los indicadores utilizados en cada visita son:

- Resolución del tamaño de la herida (área y profundidad)
- Resolución olor de la herida
- Resolución de la necrosis
- Resolución de la piel macerada
- Resolución del edema perilesional
- Resolución de la secreción sanguinolenta
- Resolución de la secreción serosa
- Resolución de la secreción purulenta
- Epitelización
- Granulación

Para cada indicador se utiliza la escala 1: Extremadamente comprometida; 5: No comprometida

Estado infeccioso (0703)

Estado nutricional (1004)

Gravedad del síntoma (2103)

Hidratación (0602)

Integridad tisular: piel y membranas mucosas (1101)



Indicadores utilizados:

- Sensibilidad
- Elasticidad
- Hidratación
- Coloración
- Textura
- Ausencia de lesión tisular
- Piel intacta

Todo ello en el rango esperado(ERE)

En cada visita, hasta la curación total de la herida el 20/09/2004 ,se realizan las siguientes intervenciones:

- Despegar apósitos y limpiar restos de la herida
- Anotar características de la herida
- Mojar con solución salina o agua bidestilada, si procede
- Administrar cuidados de la úlcera dérmica
- Aplicar ungüento adecuado a la piel/lesión
- Vendar de forma adecuada
- Registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida.

Al final del proceso de cura de la úlcera vascular, 20/09/2004 el resultado obtenido es:

Integridad cutánea de la piel de la pierna D (1101)

Perfusión tisular:periférica (04707)

1)Presentación del caso

Mujer de 80 años, que acude por primera vez a la consulta de enfermería de la ABS el 09/01/2004 para cura de úlcera varicosa de larga evolución (aproximadamrent un año) i que a la exploración presenta edemas en ambas piernas.

2)Valoración enfermera

NANDA:Dx principal:Alteración de la integridad cutanea pierna D m/p herida vascular de larga evolución r/c éstasis del retorno venoso

Dx secundarios: Desequilibrio nutricional por exceso m/p IMC:superior a 25 y r/c aporte excesivo de nutrientes en relación a sus necesidades metabólicas.

Perfusión tisular periférica inefectiva m/p enlentecimiento en la curación de las heridas y r/c reducción mecánica del flujo venoso.

Riesgo de infección.

3)Indicadores

NOC:Curación de la herida:por segunda intención (1103)



Los indicadores utilizados en cada visita son:

- Resolución del tamaño de la herida (área y profundidad)
- Resolución olor de la herida
- Resolución de la necrosis
- Resolución de la piel macerada
- Resolución del edema perilesional
- Resolución de la secreción sanguinolenta
- Resolución de la secreción serosa
- Resolución de la secreción purulenta
- Epitelización
- Granulación

Para cada indicador se utiliza la escala 1: Extremadamente comprometida; 5: No comprometida

Estado infeccioso (0703)

Estado nutricional (1004)

Gravedad del síntoma (2103)

Hidratación (0602)

Integridad tisular: piel y membranas mucosas (1101)

Indicadores utilizados:

- Sensibilidad
- Elasticidad
- Hidratación
- Coloración
- Textura
- Ausencia de lesión tisular
- Piel intacta

Todo ello en el rango esperado(ERE)

En cada visita, hasta la curación total de la herida el 20/09/2004 ,se realizan las siguientes intervenciones:

- Despegar apósitos y limpiar restos de la herida
- Anotar características de la herida
- Mojar con solución salina o agua bidestilada, si procede
- Administrar cuidados de la úlcera dérmica
- Aplicar ungüento adecuado a la piel/lesión
- Vendar de forma adecuada
- Registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida.

Al final del proceso de cura de la úlcera vascular, 20/09/2004 el resultado obtenido es:

Integridad cutánea de la piel de la pierna D (1101)

Perfusión tisular:periférica (04707)



EXPERIENCIA DEL HOSPITAL VITAL ALVAREZ BUYLLA EN IMPLANTACIÓN DE CUIDADOS INFORMATIZADOS CON SOPORTE INALAMBRICO

Mercedes Bueno Moreno, Carmen López González

INTRODUCCIÓN / MÉTODO / RESULTADOS / CONCLUSIONES

Exponemos nuestra experiencia de 4 años de evolución, desde la implantación de los Cuidados de Enfermería en soporte informático y apoyado posteriormente con sistemas inalámbricos.

Nos permitimos ponerlo en común en un Simposium Internacional dada nuestra experiencia positiva ya que hemos logrado la implantación de metodología enfermera en nuestro Hospital y todos los pacientes están atendidos mediante protocolos, planes de cuidados estándar o planes de cuidados individualizados.

El soporte inalámbrico nos aporta ahorro en tiempo e inmediatez por su simultaneidad ya que en el momento de introducir los datos están disponibles en la historia informatizada del paciente.

El método utilizado para verificar lo anteriormente expuesto se lleva a cabo mediante revisiones quincenales de todos los pacientes hospitalizados para verificar si su atención es a través de plan de cuidados estándar, plan de cuidados individualizado o protocolos.

Estos resultados son enviados a las Unidades de Hospitalización en el cuaderno de mandos del Hospital que se edita mensualmente.

El 100% de nuestros pacientes tienen cuidados de Enfermería en soporte informático.

Concluimos que la implantación de cuidados en soporte informático apoyado con sistemas inalámbricos se percibe como un sistema cuya funcionalidad es un paso adelante facilitándonos uno de nuestros objetivos como personal de Enfermería, dar cuidados de calidad a nuestros pacientes.



OPINION DE LOS ESTUDIANTES RESPECTO A LA METODOLOGÍA ENFERMERA

Cristina Oter Quintana, Elena Martín Robledo, María Teresa Alcolea Cosin,
Asunción García González, María Dolores Rubiales Paredes,
Rosa María Martínez Ortega

INTRODUCCIÓN

El proceso de atención de enfermería es una forma dinámica y sistematizada de proporcionar cuidados humanísticos. Se basa en el empleo del método científico y permite evidenciar el trabajo enfermero. Requiere para su aplicación un profesional reflexivo y capaz de adaptarse a situaciones cambiantes⁽¹⁾.

Desde sus comienzos en 1991 la Escuela de Enfermería de la Comunidad de Madrid, adscrita a la Universidad Autónoma, se ha comprometido a formar estudiantes con espíritu crítico⁽²⁾ que reflexionen y se planteen dudas sobre lo aprendido, para así avanzar en un conocimiento profesional basado en el método científico.

Durante el desarrollo curricular, el estudiante aprende de forma progresiva con herramientas que le permiten adquirir los conocimientos y destrezas necesarios para la aplicación de la metodología enfermera en su futuro profesional.

El aprendizaje del método científico aplicado a la disciplina enfermera se realiza de manera transversal a lo largo de los tres cursos académicos, siendo uno de los ejes que vertebra la formación del estudiante.

Tal es así, que durante el primer curso los alumnos se inician en el conocimiento de la metodología con la fase de Valoración en un taller de 20 horas, mediante exposiciones teóricas, ejercicios de rol-playing y elaboración de casos prácticos que se trabajan en grupo. Posteriormente los alumnos deberán mostrar su competencia mediante la realización de un trabajo individual, que desarrollarán llevando a cabo la valoración de un paciente elegido durante su período de formación práctico-clínica en Atención Primaria ó Atención Especializada.

A lo largo del segundo curso los alumnos asisten a un taller de 30 horas en el que se complementa el aprendizaje del año anterior, abordándose el resto de las etapas que conforman el Proceso de Atención de Enfermería. El taller consta de exposiciones teóricas y desarrollo de casos prácticos que los alumnos elaboran de forma grupal así como tutorías individuales. Como en el curso precedente, la evaluación de la competencia se efectúa mediante la realización de un trabajo individual en el que el alumno aplica el Proceso de Atención de Enfermería completo a un paciente elegido en la unidad en la que



realiza su práctica clínica.

En tercer curso se introduce la enseñanza de las taxonomías NIC y NOC. El aprendizaje se desarrolla mediante la realización de un taller en el que se alterna exposición teórica con ejercicios prácticos. Posteriormente los alumnos, de forma individual, elaboran un Plan de Cuidados aplicando dichas taxonomías.

Dentro de la evaluación que los profesores responsables realizan anualmente del proceso aprendizaje- enseñanza de la metodología enfermera, ha sido un objetivo del año 2005/2006 conocer la opinión de los alumnos de tercer curso acerca del Proceso de Atención de Enfermería y si su grado de conocimiento y aceptación del mismo les permitirá aplicar esta metodología en su futura y próxima práctica asistencial como profesionales, propiciando cuidados de calidad y con criterios de efectividad y eficiencia.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio descriptivo realizado a 47 alumnos de tercer curso de la Diplomatura en Enfermería de la E.U.E de la Comunidad de Madrid. Nuestro universo de estudio lo componen todos los alumnos de tercer curso que habían completado su formación académica en Metodología Enfermera durante el curso académico 2005-2006. De los 50 alumnos que cumplían este requisito, sólo 47 participaron en el estudio. Los 3 alumnos restantes no se encontraban en la unidad docente en el momento de la realización de la encuesta.

Para la realización del estudio se empleó un cuestionario autoadministrado previamente validado con una muestra de 7 profesionales de enfermería. Las modificaciones fueron incluidas en el cuestionario definitivo. La encuesta final estaba formada por 21 preguntas, agrupadas en los siguientes 5 bloques temáticos: 1. Contribución de la Metodología enfermera al trabajo enfermero; 2. Contribución de la Taxonomía NANDA al trabajo enfermero 3. Contribución de la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) al trabajo enfermero; 4. Contribución de la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) al trabajo enfermero; 5. Adecuación de la formación recibida en Metodología Enfermera en la E.U.E de la Comunidad de Madrid para el desempeño profesional.

Los parámetros evaluados en cada uno de los apartados anteriormente expuestos fueron extraídos de la bibliografía relativa al empleo de la Metodología Enfermera en el ámbito profesional.

Las respuestas se consignaron mediante una escala tipo Likert, con cuatro opciones de respuesta, con el fin de evitar la tendencia central y cuya escala de valoración tenía los siguientes ítems: 1 “nada de acuerdo”; 2 “parcialmente de acuerdo”; 3 “bastante de acuerdo” y 4 “totalmente de acuerdo”.



El análisis estadístico se realizó mediante la asignación de frecuencias de respuesta a cada uno de los ítems valorados en cada apartado, estimándose su porcentaje.

RESULTADOS:

De los 47 alumnos encuestados, todos respondieron a la escala planteada salvo uno de ellos que, fuera de las categorías de respuesta argumentó: “desconozco la taxonomía NIC y NOC con la suficiente profundidad para contestar estas preguntas”, dejando en blanco los bloques 3 y 4.

Respecto a la contribución de la metodología enfermera, el 85.1% de los alumnos están bastante o totalmente de acuerdo con que ésta permite desarrollar los conocimientos propios de los cuidados de enfermería y favorecen las intervenciones autónomas. Por otra parte un 70.2% están bastante o totalmente de acuerdo que la metodología enfermera permite ejercer un mayor control de su trabajo.(Anexo 1)

En relación a la contribución de la Taxonomía NANDA, el 70.2 % están bastante o totalmente de acuerdo en que facilita crear y utilizar bases de datos que permiten el estudio de los fenómenos de interés para las enfermeras. El 53.1% de los alumnos está bastante o totalmente de acuerdo respecto a la ayuda que la Taxonomía NANDA ofrece para documentar los cuidados y valorar el coste de los servicios enfermeros por parte de los órganos gestores. (Anexo 1)(Gráfico 1)

Acerca de la clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC) el 80.8 % de los alumnos están bastante o totalmente de acuerdo con que dicha taxonomía permite normalizar la nomenclatura de los tratamientos/intervenciones de enfermería, en tanto que el 59.6% de los alumnos esta bastante o totalmente de acuerdo en que la clasificación de intervenciones de enfermería facilita la determinación de costes de los servicios proporcionados así como de aquellos recursos necesarios. (Anexo 1)

Sobre la clasificación de resultados (NOC), el 78.7% de los alumnos opina estar bastante o totalmente de acuerdo con que esta clasificación permite la identificación, comprobación y aplicación de términos y medidas comunes para los resultados de los pacientes. Por otra parte el 57.4 % de los alumnos están bastante o totalmente de acuerdo con que la clasificación de los resultados enfermeros NOC resulta un elemento útil en la cuantificación de costes y en la asignación de recursos. (Anexo 1)

Para terminar, en la pregunta de la encuesta relativa a la consideración que hace el alumno sobre la adecuación de su formación en metodología enfermera para el inicio de la vida profesional, un 78.7% de los estudiantes estuvieron total o parcialmente de acuerdo con esta afirmación. (Anexo 1)(Gráfico 2)



CONCLUSIONES

A la vista de los resultados expuestos parece evidente que la mayoría de los alumnos encuestados están de acuerdo con la utilidad de la metodología enfermera y las taxonomías en la práctica profesional. Así mismo, y pese a la reciente incorporación de la enseñanza de las taxonomías NIC y NOC en nuestra institución, los estudiantes consideran que éstas facilitan la realización de planes de cuidados y la homogeneización de un lenguaje enfermero.

Sorprende que los ítems peor valorados por los alumnos aluden a los costes. Aunque desconocemos la causa y sería objeto de otro estudio, pensamos que estos resultados pueden estar relacionados con una menor valoración ó interés del estudiante sobre los aspectos relativos a la gestión económica inherente a su trabajo frente a la praxis de los cuidados.

El alto porcentaje de alumnos que consideran que la formación en metodología enfermera es adecuada para iniciar su vida profesional, nos induce a pensar que están en condiciones de aplicarla.

Uno de las cuestiones en discusión por las personas que han realizado este estudio es si la adecuación y valoración positiva que a grandes rasgos realizan de la metodología los estudiantes se acompañará de su implementación en su futura práctica laboral.

No obstante, consideramos que los resultados que ofrece este estudio son difícilmente extrapolables a otras poblaciones pudiendo estar influidos por el contexto en el que los alumnos desarrollan su formación y práctica clínica.

BIBLIOGRAFÍA:

- (1) Alfaro-LeFevre R. Aplicación del Proceso Enfermero. Guía paso a paso. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica; 1998.
- (2) Albéniz V, Antón MV, Pérez JM, Ramasco M. La Escuela Universitaria de Enfermería de la Comunidad de Madrid. Un proyecto en Marcha. Madrid: Comunidad de Madrid; 1995.
- (3) Libro de Actas Diez Años de la Escuela Universitaria de Enfermería de la Comunidad de Madrid. Madrid: BOCM; 2001.

Grafico 1

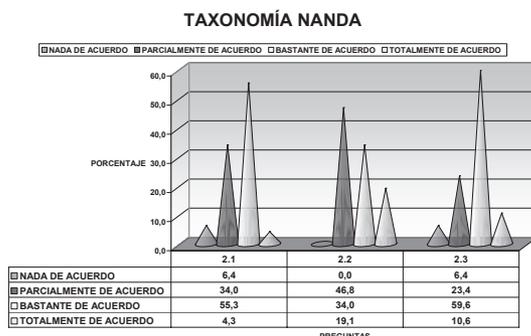
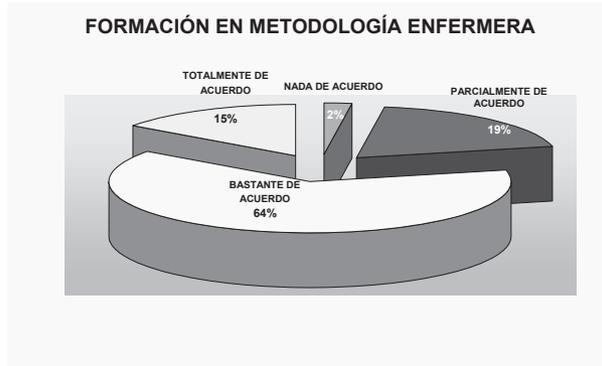




Grafico 2



Anexo 1

1. LA UTILIZACIÓN DE LA METODOLOGIA ENFERMERA CONTRIBUYE A:			
1.1 Poner de manifiesto la aportación de la enfermera a los cuidados preventivos y curativos			
		Frecuencias	Porcentaje
1	Nada de acuerdo	1	2,1
2	Parcialmente de acuerdo	7	14,9
3	Bastante de acuerdo	33	70,2
4	Totalmente de acuerdo	6	12,8
Total			100,0
1.2 Desarrollar los conocimientos propios de los cuidados de enfermería y favorecer las intervenciones autónomas			
		Frecuencias	Porcentaje
1	Nada de acuerdo	1	2,1
2	Parcialmente de acuerdo	6	12,8
3	Bastante de acuerdo	32	68,1
4	Totalmente de acuerdo	8	17,0
Total			100,0
1.3 Permitir a la enfermera ejercer un mayor control sobre su trabajo			
		Frecuencias	Porcentaje
1	Nada de acuerdo	2	4,3
2	Parcialmente de acuerdo	12	25,5
3	Bastante de acuerdo	19	40,4
4	Totalmente de acuerdo	14	29,8
Total			100,0
1.4 Asegurar la continuidad de los cuidados enfermeros			
		Frecuencias	Porcentaje
1	Nada de acuerdo	1	2,1
2	Parcialmente de acuerdo	7	14,9
3	Bastante de acuerdo	21	44,7
4	Totalmente de acuerdo	18	38,3
Total			100,0
1.5 Servir como instrumento para la evaluación de la calidad de los cuidados			
		Frecuencias	Porcentaje
1	Nada de acuerdo	0	0,0
2	Parcialmente de acuerdo	11	23,4
3	Bastante de acuerdo	16	34,0
4	Totalmente de acuerdo	20	42,6
Total			100,0
1.6 Personalizar los cuidados para responder mejor a las necesidades de la persona.			
		Frecuencias	Porcentaje
1	Nada de acuerdo	3	6,4
2	Parcialmente de acuerdo	9	19,1
3	Bastante de acuerdo	21	44,7
4	Totalmente de acuerdo	14	29,8
Total			100,0
1.7 Planificar intervenciones que permiten mantener a la persona en una situación óptima de bienestar e independencia.			
		Frecuencias	Porcentaje
1	Nada de acuerdo	3	6,4
2	Parcialmente de acuerdo	10	21,3
3	Bastante de acuerdo	27	57,4
4	Totalmente de acuerdo	7	14,9
Total			100,0



2. EN TU OPINIÓN LA TAXONOMÍA NANDA			
2.1 Permite valorar las respuestas de los usuarios a los problemas de salud reales o de riesgo			
		Frecuencias	Porcentaje
1	Nada de acuerdo	3	6.4
2	Parcialmente de acuerdo	16	34.0
3	Bastante de acuerdo	26	55.3
4	Totalmente de acuerdo	2	4.3
Total			100.0
2.2. Ayuda a documentar los cuidados para valorar el coste de los servicios enfermeros por parte de los órganos gestores			
		Frecuencias	Porcentaje
1	Nada de acuerdo	0	0.0
2	Parcialmente de acuerdo	22	46.8
3	Bastante de acuerdo	16	34.0
4	Totalmente de acuerdo	9	19.1
Total			100.0
2.3. Facilita crear y usar bases de datos que permitan el estudio de los fenómenos de interés para las enfermeras			
		Frecuencias	Porcentaje
1	Nada de acuerdo	3	6.4
2	Parcialmente de acuerdo	11	23.4
3	Bastante de acuerdo	28	59.6
4	Totalmente de acuerdo	5	10.6
Total			100.0
3. A TU JUICIO LA CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA(NIC)			
3.1 Permite normalizar la nomenclatura de los tratamientos/ intervenciones de enfermería			
		Frecuencias	Porcentaje
1	Nada de acuerdo	0	0.0
2	Parcialmente de acuerdo	8	17.0
3	Bastante de acuerdo	26	55.3
4	Totalmente de acuerdo	12	25.5
5	No sabe/ No contesta	1	2.1
Total			100.0
3.2. Amplia el conocimiento de la propia disciplina sobre las relaciones entre diagnósticos, tratamientos y resultados esperados			
		Frecuencias	Porcentaje
1	Nada de acuerdo	2	4.3
2	Parcialmente de acuerdo	12	25.5
3	Bastante de acuerdo	25	53.2
4	Totalmente de acuerdo	7	14.9
5	No sabe/ No contesta	1	2.1
Total			100.0
3.3. Facilita la determinación de costes de los servicios proporcionados por los profesionales de enfermería y de aquellos recursos necesarios			
		Frecuencias	Porcentaje
1	Nada de acuerdo	0	0.0
2	Parcialmente de acuerdo	18	38.3
3	Bastante de acuerdo	22	46.8
4	Totalmente de acuerdo	6	12.8
5	No sabe/ No contesta	1	2.1
Total			100.0
3.4. Posibilita el desarrollo de un lenguaje homogéneo en el seno de la disciplina			
		Frecuencias	Porcentaje
1	Nada de acuerdo	1	2.1
2	Parcialmente de acuerdo	8	17.0
3	Bastante de acuerdo	24	51.1
4	Totalmente de acuerdo	13	27.7
5	No sabe/ No contesta	1	2.1
Total			100.0





2. EN TU OPINIÓN LA TAXONOMÍA NANDA			
2.1 Permite valorar las respuestas de los usuarios a los problemas de salud reales o de riesgo			
		Frecuencias	Porcentaje
1	Nada de acuerdo	3	6,4
2	Parcialmente de acuerdo	16	34,0
3	Bastante de acuerdo	26	55,3
4	Totalmente de acuerdo	2	4,3
Total			100,0
2.2. Ayuda a documentar los cuidados para valorar el coste de los servicios enfermeros por parte de los órganos gestores			
		Frecuencias	Porcentaje
1	Nada de acuerdo	0	0,0
2	Parcialmente de acuerdo	22	46,8
3	Bastante de acuerdo	16	34,0
4	Totalmente de acuerdo	9	19,1
Total			100,0
2.3. Facilita crear y usar bases de datos que permitan el estudio de los fenómenos de interés para las enfermeras			
		Frecuencias	Porcentaje
1	Nada de acuerdo	3	6,4
2	Parcialmente de acuerdo	11	23,4
3	Bastante de acuerdo	28	59,6
4	Totalmente de acuerdo	5	10,6
Total			100,0
3. A TU JUICIO LA CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA(NIC)			
3.1 Permite normalizar la nomenclatura de los tratamientos/ intervenciones de enfermería			
		Frecuencias	Porcentaje
1	Nada de acuerdo	0	0,0
2	Parcialmente de acuerdo	8	17,0
3	Bastante de acuerdo	26	55,3
4	Totalmente de acuerdo	12	25,5
5	No sabe/ No contesta	1	2,1
Total			100,0
3.2. Amplia el conocimiento de la propia disciplina sobre las relaciones entre diagnósticos, tratamientos y resultados esperados			
		Frecuencias	Porcentaje
1	Nada de acuerdo	2	4,3
2	Parcialmente de acuerdo	12	25,5
3	Bastante de acuerdo	25	53,2
4	Totalmente de acuerdo	7	14,9
5	No sabe/ No contesta	1	2,1
Total			100,0
3.3. Facilita la determinación de costes de los servicios proporcionados por los profesionales de enfermería y de aquellos recursos necesarios			
		Frecuencias	Porcentaje
1	Nada de acuerdo	0	0,0
2	Parcialmente de acuerdo	18	38,3
3	Bastante de acuerdo	22	46,8
4	Totalmente de acuerdo	6	12,8
5	No sabe/ No contesta	1	2,1
Total			100,0
3.4. Posibilita el desarrollo de un lenguaje homogéneo en el seno de la disciplina			
		Frecuencias	Porcentaje
1	Nada de acuerdo	1	2,1
2	Parcialmente de acuerdo	8	17,0
3	Bastante de acuerdo	24	51,1
4	Totalmente de acuerdo	13	27,7
5	No sabe/ No contesta	1	2,1
Total			100,0

6





ELABORACIÓN Y DISEÑO DE UNA GUÍA DE DIAGNÓSTICOS DE PACIENTES EN HEMODIÁLISIS

Esther Sálcas Sáez, M^a Carmen Carmona Valiente,
Jose Javier Fernández Montero, Agustín Ramírez Rodríguez,
M^a del Carmen del Campo Romero, Rosario García Palacios

INTRODUCCIÓN

Tras la implantación del proceso enfermero en nuestra unidad de HD, se formó un grupo de mejora para identificar los problemas más comunes de nuestros pacientes. Para ello se hizo uso de las taxonomías NANDA, NIC, NOC, y realizamos el diseño de nuestros registros de cuidados.

MATERIAL Y METODO

La metodología empleada ha sido el grupo de mejora compuesto por seis enfermeros implicados en el proceso enfermero y con una formación básica en el tema.

La secuencia del trabajo fue la siguiente:

- Búsqueda bibliográfica actualizada.
- Realización de un total de 21 sesiones grupales. La toma de decisiones fue mediante acuerdo y consenso
- La guía de diagnósticos, se organizó según los dominios y clases de la Taxonomía II NANDA. Los diagnósticos seleccionados se relacionaron con la clasificación NOC, NIC

RESULTADOS

1. Identificación de 40 diagnósticos aplicables a la población de nuestro servicio.
2. Identificación de la interrelación existente entre los diagnósticos NANDA, resultados NOC e intervenciones NIC de la población en estudio.
3. Diseño y elaboración de una guía de diagnósticos enfermeros para pacientes en HD.

CONCLUSIONES

- Los indicadores de resultado establecidos para cada diagnóstico nos permite crear un sistema de monitorización que nos ayuda a identificar situaciones susceptibles a ser mejoradas.
- Las técnicas grupales facilitan la dinámica del consenso entre los integrantes del grupo y fomentan su participación y motivación.
- Esta guía es un instrumento que nos ayuda a la mejora continua de la calidad de los cuidados en los pacientes estudiados.



“UN RETO: NANDA, NIC Y NOC SOBRE EL PAPEL”

Rosario Fernández Flórez

INTRODUCCIÓN

Se está llevando a cabo en Asturias un proyecto para la implantación de Metodología Enfermera en los centros dependientes del SESPA. Actualmente no contamos en nuestros Hospitales con equipos informáticos que permitan el registro del PAE, lo hacemos en papel y el número de Taxonomías a utilizar depende del formato del registro elegido.

OBJETIVO

Elaborar un registro en formato papel que, permitiendo el uso de las taxonomías NNN para los PCS utilizados en nuestra Región, recoja el Diagnóstico Enfermero y Factores Relacionados/Riesgo, las etiquetas NOC con indicadores y su evaluación y las Intervenciones NIC y su confirmación.

MATERIAL/MÉTODOS

- Análisis de los PCS de los cuatro hospitales de Asturias que están utilizando formato papel.
- Consulta de la Taxonomía NANDA II, Clasificación de Resultados de Enfermería NOC, Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC.
- Valoración del registro elaborado por el “Grupo de Referentes”, formado por un enfermero de cada centro incluido en el proyecto.
- Valoración del registro por las Comisiones de Cuidados menos expertas en Metodología Enfermera y la más experta.

RESULTADOS

El registro elaborado permite consignar cualquier PCS de los utilizados actualmente en nuestros Hospitales, ya que ha sido posible transcribir el de mayor número de Diagnósticos -“PCS para pacientes con cuidados paliativos”- que emplea Taxonomía NANDA II y objetivos e intervenciones con lenguaje no normalizado, por lo que se han buscado las etiquetas NOC e indicadores, así como intervenciones NIC que traducen dicho lenguaje.

CONCLUSIONES

El registro propuesto satisface las premisas exigidas, es considerado útil, ágil y claro por los enfermeros del “Grupo de Referentes” por lo que procede diseñar un estudio para validarlo y proponer que en el desarrollo del Plan de Implantación de Metodología Enfermera en Atención Especializada de Asturias se trabaje con las Taxonomías NNN en PCS en formato papel.



INFORME DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS Y TAXONOMÍA NANDA. SITUACIÓN TRAS DOS AÑOS DE INSTAURACIÓN

M^a José Orozco Cózar, M^a José Márquez Borrego, Rosario García Juárez

El Informe de Continuidad de Cuidados (ICC) es un vehículo de información sobre los cuidados realizados al paciente durante su ingreso. Un requisito indispensable para que con esta herramienta se obtengan resultados óptimos es el uso de un lenguaje común. Analizamos la situación de la aplicación de taxonomía NANDA en el ICC tras dos años de implementación en nuestra unidad. Estudio descriptivo, observacional; revisión de ICC emitidos en la unidad durante el periodo comprendido entre Enero 2004 y Diciembre 2005. Los parámetros valorados han sido: cumplimentación adecuada de registros (datos paciente, cuidador, C.A.P.), nº de ICC mensuales, uso de taxonomía NANDA (ICC con uso correcto ó incorrecto), uso de taxonomía NIC. Se obtienen tablas de frecuencia anual y mensual de estos parámetros.

RESULTADOS

Total de ICC revisados: 379. El formato del ICC se modificó en dos ocasiones, lo que afectó a la cumplimentación de algunos parámetros. Desde junio de 2005 se comienza a utilizar un registro informatizado y en noviembre y diciembre el total de ellos se emiten en este formato. Del estudio temporal de los datos se desprende una emisión irregular del informe. Se observa una disminución de errores en el uso de la taxonomía durante el 2005 respecto al 2004. Los errores se derivan del uso indistinto de las palabras: "trastorno, deterioro y alteración". A partir de junio 2005 todos los ICC se redactan con total de etiquetas NANDA correctas.

CONCLUSIONES

Es necesario analizar la variabilidad de la emisión de ICC e identificar los factores que influyen en ella. Existe un creciente implicación del personal en la utilización del lenguaje normalizado. La informatización es una herramienta clave en la implementación de este lenguaje.



LOS INDICADORES NOC EN LA DEFINICIÓN DEL PROCESO ASISTENCIAL FRACTURA DE CADERA EN EL ANCIANO

Dolores Delgado Durán, Silvia Oliveros Corral, M^a Carmen Cortés Fernández, Juan Díaz Martino, M^a Luisa Vilches Campos, Juan Carlos Collado Mateo

INTRODUCCIÓN

Objetivo:

Identificar los indicadores NOC de interés para la continuidad de cuidados en el Proceso Asistencial Fractura de Cadera en el anciano. En esta comunicación presentamos los datos del estudio-seguimiento realizado sobre la población anciana ingresada en el Hospital por Fractura de Cadera durante el año 2005.

Material y método:

Las Enfermeras de Enlace del Hospital de La Línea, realizaron 584 valoraciones, de las cuales 61 correspondieron al proceso Fractura de Cadera con Derivación e Informe a Enfermero Comunitario de Enlace de la Zona Básica de Salud. Para la realización del estudio se utilizó dicho Informe como base de datos. Está estructurado de la siguiente forma: Datos Filiación, Datos Clínicos al ingreso, Recogida de datos y valoración sobre situación anterior al ingreso, entorno de cuidados y necesidades al alta (Henderson), Diagnósticos y Objetivos de interés o no resueltos al alta, intervenciones desarrolladas en el Plan de Cuidados durante la Hospitalización y aquellas para continuar en Subprocesos de Rehabilitación y Seguimiento tras el alta Hospitalaria.

MARCO CONCEPTUAL

La importancia de la evaluación en campos clínicos de los Resultados, radica en la información que proporciona sobre la utilidad de estos; la relación que existe entre diagnósticos, intervenciones y resultados enfermeros, y el proceso de aplicación de los resultados en los sistemas de información clínica (Manual de Proceso Asistencial).

RESULTADOS

Los resultados que aquí presentamos corresponden a los datos obtenidos de una muestra aleatoria de 35 pacientes asistidos durante el año 2005. Los datos que obtenemos de ella son los siguientes: edad comprendida entre 70 y 85 años, 33 informes correspondían a pacientes de sexo femenino y 2 masculino. Corresponden todos los casos a fracturas pre y post traumática de origen no metastásico. Todos los pacientes se incorporan al Proceso Asistencial a partir del Subproceso Atención Prehospitalaria 061. Traslado, o Subproceso Urgencias Hospitalarias. Los Diagnósticos no resueltos al alta descritos en el total de la muestra son: 00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea, 00085 Deterioro de la movilidad física, 00155 Riesgo de caídas, 00108, 00109; 00110 Déficit de autocuidados, 00074 Afrontamiento familiar comprometido. Referidos a



los Resultados e Indicadores NOC al alta la muestra se manifestó de la siguiente forma: 0204 Consecuencias de la inmovilidad. fisiológicas: (020401 UU.PP. 12 pacientes presentaban UU.PP al alta. Destaca que el 50% de estos casos se demora la intervención por estar con tto. previo de Acenocumarol). 0208 Movilidad: (020801 Mantenimiento del equilibrio. 3 pacientes con deterioro gravemente comprometido) (020806 Ambulación. 32 casos moderadamente comprometido; 3 casos sustancialmente comprometido) (020802 Mantenimiento de la posición corporal. 1 caso gravemente comprometido). 1909 Conducta de prevención de caídas: (190901 Uso correcto del dispositivo de ayuda (31 casos frecuentemente demostrado) (190910 Uso de zapatos con cordones bien ajustados. 31 casos a veces demostrado). (190902 Provisión de ayuda personal (35 casos siempre demostrado) (190912 Adaptación de la altura adecuada de la silla. 35 casos frecuentemente demostrado). 0300 Autocuidados: actividades de la vida diaria. (030012 Cambio de posición solo. 3 casos gravemente comprometido; resto moderadamente comprometido) (030002 Se viste de cintura para arriba . 32 casos levemente comprometido; 3 casos sustancialmente comprometido) (030006 Higiene. 32 casos levemente comprometido; 3 casos sustancialmente comprometido). 2600 Afrontamiento de los problemas de la familia: (260017 Utiliza el apoyo social. Todos frecuentemente demostrado) (260003 Afronta los problemas . 35 casos frecuentemente demostrado).

CONCLUSIONES

1. Un tercio de la población asitada debuta con un cuadro de inmovilidad (12 casos con uu.pp.) cuya trascendencia en los resultados orienta hacia la necesidad de consolidar los sistemas de apoyo verificados en este Proceso (35 entornos de paciente utilizan el apoyo social y afronta los problemas frecuentemente demostrado, además de contar con provisión de ayuda personal).
2. 32 de los pacientes mantienen un nivel moderado o leve de compromiso de las capacidades de autocuidado lo que invita a replantear medidas preventivas iguales a las aconsejadas en el Subproceso de Prevención en Atención Primaria.

BIBLIOGRAFÍA:

- Consejería de Salud. Proceso Asistencial de Fractura de Cadera. año 2002.
Marion Johnson. Meridian Maas. Sue Moorhead. Clasificación de Resultados de Enfermería. Harcourt 2ª edición. NANDA INTERNACIONAL. Diagnósticos Enfermeros: Definición y Clasificación 2003 -2004. Elsevier.



CASO CLÍNICO: RESULTADOS ENFERMEROS EN UN “AFRONTAMIENTO FAMILIAR INCAPACITANTE”

M^a José Márquez Borrego, M^a José Orozco Cózar , Rosario García Juárez

Varón, 26 años, coma estructural secundario a ACVA hemorrágico..Valoración enfermera del paciente por el modelo de V. Henderson: dependencia total para las AVD. Valoración familiar por patrones funcionales (M. Gordon): patrón cognitivo-perceptual con dificultad para el aprendizaje y decisión “no quiero que mi hijo termine en un hospital de crónicos”; patrón autopercepción-autoconcepto: estado de ánimo general = 5 = nervioso; patrón rol-relaciones: sus dos hermanas se erigen como líderes de la familia; patrón afrontamiento-tolerancia al estrés: cambio en la situación de salud de un miembro de la familia, la familia está tensa con frecuencia, agresividad hacia el sistema sanitario, negación de la situación, . Dx familiar: 00073 Afrontamiento familiar incapacitante r/c experiencias negativas en la hospitalización, hostilidad y negación a afrontar la situación de salud del paciente m/p distorsión de la realidad del problema de salud del cliente, falta de satisfacción de las necesidades. Resultado NOC 1302 Afrontamiento de problemas. Indicadores NOC 1302.05 Verbaliza la situación (I:1, E:4; C:5); 1302.15 Busca ayuda profesional de forma adecuada (I:1, E:4, C:5); Resultado NOC 2205 Rendimiento del cuidador principal: cuidados directos. Indicadores 220503 Conocimiento del proceso enfermedad, (I:1, E:3, C:3),220504 Conocimiento plan de tratamiento, (I.1, E:4, C:3), 220513 Confianza en la realización de las tareas necesarias (I:1, E:3I, C:5) Intervenciones NIC: 7140 Apoyo a la familia; 7110 Fomentar la implicación familiar; 5240 Asesoramiento; 5230 Aumentar el afrontamiento; 5616 Enseñanza: Medicamentos prescritos; 5618 Enseñanza: Procedimiento/tratamiento. Reflexión: trabajar y cuidar a la familia del paciente se ha traducido en una vuelta a su entorno con seguridad, confianza y aceptación del estado de salud del paciente.



AVANZANDO EN LA COMUNICACIÓN DE LOS CUIDADOS DE LAS ENFERMERAS DE LA UNIDAD DE AGUDOS DE SALUD MENTAL DE GRANADA

Yolanda Mejías Martín, Aurora Quero Rufián, Elisa Guarnido Guindo, Concepción Vallejo Muros, Concepción Roldán Martín, María Aguilera Ruiz

INTRODUCCIÓN

Un grupo de enfermeras de la Unidad de Agudos de Salud Mental (U.A.S.M.), reflexionando sobre el proceso de enfermería que veníamos desarrollando y sobre las aportaciones ⁽¹⁾ que habitualmente realizábamos en el equipo interprofesional sobre las valoraciones y cuidados individuales llevados a cabo con los pacientes ingresados en la U.A.S.M., llegamos a la conclusión de que debíamos mejorar el contenido de nuestra información. Para ello creímos que era necesario:

- Integrarnos en un modelo teórico de enfermería. En nuestro caso adoptamos el modelo de Virginia Henderson con el que se trabaja en nuestro hospital
- Realizar nuevos registros ⁽²⁾ que unificaran la búsqueda de datos de los problemas de salud del paciente. Estos registros nos servirían a las enfermeras de la Unidad para guiar y organizar nuestras valoraciones, planificar los cuidados enfermeros y nos facilitarían también el seguimiento de estos cuidados durante la hospitalización. Además nos permitirían desarrollar y potenciar la información sobre la continuidad de cuidados al alta para las enfermeras de los distintos dispositivos de Salud Mental,
- Conseguir expresarnos en un lenguaje común y consensuado como son las taxonomías NANDA ⁽³⁾ (Diagnósticos Enfermeros), NOC ⁽⁵⁾ (Clasificación de Resultados de Enfermería), NIC ⁽⁴⁾ (Clasificación de Intervenciones de Enfermería). Así añadíamos rigor y valor al plan de cuidados individual que realizamos.

De acuerdo con estas premisas y objetivos, desarrollamos una hoja de valoración del paciente al ingreso ⁽²⁾ adaptada a nuestra unidad, específica para los pacientes agudos de patologías psiquiátricas.

Para ello, en primer lugar realizamos una exploración sobre las necesidades básicas de los pacientes. El hecho de encontrar que algunas de ellas no estaban satisfechas nos llevó a la teoría y al concepto de Diagnóstico de Enfermería. Término ⁽⁶⁾ introducido en 1953 por Vera Fry para describir el paso necesario en el desarrollo del plan de cuidados: "Una vez que las necesidades del paciente son identificadas, pasamos al siguiente apartado: formular un diagnóstico de enfermería."

En nuestro impreso de valoración teníamos establecidas diez etiquetas diagnósticas ⁽⁷⁾ (añadimos 5 más como consecuencia del desglose de la etiqueta trastorno de la per-



cepción sensorial). Esta selección partió de las etiquetas que tenían un índice kappa de concordancia excelente, como resultado del estudio de validación de las taxonomías diagnósticas de la NANDA realizado en esta Unidad de Agudos en el año 1992.

Además se incluyeron varios espacios para añadir otros diagnósticos identificados por la enfermera tras la valoración.

Posteriormente pusimos en relación estos diagnósticos⁽¹⁾ con 49 resultados (NOC) y 75 intervenciones (NIC). Tras un período de 26 meses de seguimiento y evaluación, podemos establecer unos puntos de mejora que nos van a servir para medir la efectividad de los cuidados enfermeros, especialmente se ha producido una reducción del número de intervenciones en consonancia con las que en esta Unidad de Agudos realizamos las enfermeras. Algunas de estas intervenciones las hemos organizado mediante protocolos (protocolo de paciente con riesgo de suicidio, protocolo del grupo de relajación, protocolo de gimnasia matutina).

Y también hemos reducido el número de resultados esperados en los pacientes concretándolos más a nuestro ámbito de actuación clínica así simplificamos más nuestras actuaciones y nos facilita la evaluación de los cuidados enfermeros.

METODOLOGÍA

Por ello, en una segunda fase, nos propusimos como objetivo: Mejorar la hoja de valoración al ingreso de los pacientes de la U.A.S.M., adecuando el número de resultados e intervenciones asociados a los diagnósticos enfermeros más frecuentes.

A nivel metodológico hemos realizado un estudio descriptivo con carácter retrospectivo para analizar la hoja de valoración al ingreso de los pacientes. Las variables del estudio han sido los 49 resultados NOC y las 75 intervenciones NIC, establecidas en el registro de valoración. La muestra se ha extendido a 734 pacientes que ingresaron en la Unidad de agudos del Hospital Virgen de las Nieves de Granada en el periodo comprendido entre el mes de octubre de 2003 hasta diciembre de 2005.

Análisis de los datos:

1.- Sobre Los Diagnósticos Enfermeros

Al analizar los resultados observamos que los tres diagnósticos enfermeros mas frecuentes son:

- 00146 Ansiedad (494 pacientes)
- 00130 Trastornos de los procesos del pensamiento (409 pacientes)
- 00095 Deterioro del patrón del sueño (392 pacientes)

Durante el análisis y discusión tomamos las siguientes decisiones:

- No desglosar en la nueva hoja de valoración los diagnósticos relacionados con los trastornos de la percepción sensorial: olfatoria, táctil y gustativa, ya que no habían aparecido



en la muestra.

- Emplear para el nuevo registro la codificación de la Taxonomía II.
- Sustituir el diagnóstico Riesgo de lesión por los de Riesgo de violencia dirigida a otros y Riesgo de violencia autodirigida. Nos parecían más apropiados los factores de riesgo de estos problemas de salud para los pacientes que atendemos.
- Hemos añadido el diagnóstico Manejo inefectivo del régimen terapéutico, ya que es un problema enfermero que apreciamos con frecuencia en la práctica clínica. Además haremos uso de la guía de este diagnóstico que está elaborando la Subcomisión de cuidados provincial de Salud Mental de Granada.

Hemos decidido utilizar dos cuestionarios validados⁽⁸⁾ para dos diagnósticos enfermeros y así apoyar la valoración del problema detectado. Estos son:

- La Escala de ansiedad de Hamilton para el diagnóstico enfermero de 00146 Ansiedad.
- El Cuestionario de Oviedo del sueño para 00095 Deterioro del patrón del sueño.

2.- Sobre Resultados

Los resultados desarrollados con más frecuencia en nuestra Unidad han sido:

- 1402 Control de la ansiedad (412).
- 1401 Control de la agresión (293).
- 1403 Control del pensamiento distorsionado (264).
- 1405 Control de los impulsos (262).
- 0004 Sueño (239).

En el análisis detectamos como aspecto para mejorar:

- a) Qué para medir un resultado debemos establecer los indicadores que nos ayudan a determinar el estado del paciente en relación a este resultado y según el problema de salud del paciente valorado. Así continuamos trabajando en la unificación de criterios en el equipo.
- b) Decidimos añadir las escalas de medición de la NOC.
- c) De los 49 resultados seleccionamos 19 para el nuevo registro, y utilizaremos la terminología de la tercera edición de la NOC.

3.- Sobre Intervenciones

En el grupo de trabajo hemos valorado de forma positiva la coincidencia entre las intervenciones seleccionadas y las intervenciones que se realizan en la práctica diaria, tales como:

- 6040 Terapia de relajación simple (seleccionada para 512 pacientes). Esta intervención se realiza diariamente por la enfermera según un protocolo establecido en la unidad.
- 2304 Administración de la medicación: oral (346).
- 2300 Administración de medicación (315).



- 2380 Manejo de la medicación (341). Hemos consensuado utilizar solo el de Manejo de la medicación, pues abarca las acciones que realizamos con los pacientes de forma más concreta para los problemas que queremos mejorar.
- 5340 Presencia (292).

Todas las intervenciones a lo largo del ingreso se realizan un número mayor de veces, aunque solo se registra la vez que al ingreso se ha valorado que es necesaria su realización.

Dentro de nuestro análisis, cómo punto débil, hemos detectado que se han aplicado intervenciones sin tener en cuenta el diagnóstico enfermero que se le asociaba. O que una misma intervención podía aplicarse para ayudar a solucionar dos diagnósticos enfermeros valorados para el mismo paciente. Esperamos que con el nuevo diseño la selección sea más exacta.

De las 75 intervenciones propuestas en la valoración al ingreso del paciente las hemos reducido a 27 en el nuevo diseño de registro.

RESULTADOS

- 1.- Tablas de resultados
- 2.- Nueva valoración de enfermería al ingreso

	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	Nº de veces identificados
9.3.1.	Ansiedad	494
6.5.2.	Déficit del autocuidado: baño / higiene	147
6.5.3.	Déficit del autocuidado: vestido / acicalamiento	126
	Trastorno de la autoestima	105
1.6.1.	Riesgo de lesión	273
8.3.	Trastorno de los procesos de pensamiento	409
3.1.2.	Aislamiento social	184
6.2.1.	Deterioro del patrón de sueño	392
	CRITERIOS DE RESULTADO	
1401	Control de la agresión	293
1402	Control de la ansiedad	412
1405	Control de los impulsos	262
1608	Control de síntomas	172
1502	Habilidades de interacción social	105
0301	Cuidados personales: baño	119
0305	Cuidados personales: higiene	125
1204	Equilibrio emocional	122
1205	Autoestima	101
1403	Control del pensamiento distorsionado	264
0004	Sueño	239
2601	Ambiente de la familia: interno	108
	INTERVENCIONES	
5820	Disminución de la ansiedad	439
6480	Manejo ambiental	291
4354	Manejo de la conducta: autolesión	161
6160	Intervención en caso de crisis	176
5380	Potenciación de la seguridad	122
2380	Manejo de la medicación	341
4330	Terapia artística	324
6040	Terapia de relajación simple	512
5340	Presencia	292
1800	Ayuda al autocuidado	135
1801	Ayuda autocuidado: baño / higiene	105
4480	Facilitar la responsabilidad propia	134
4420	Acuerdo con el paciente	103
5270	Apoyo emocional	246
5400	Potenciación de la autoestima	116
5450	Terapia de grupo	256
4370	Entrenamiento para controlar los impulsos	114
6450	Manejo de ideas ilusorias	231
2300	Administración de medicación	315
2304	Administración de medicación: oral	346
7140	Apoyo a la familia	166
1850	Fomentar el sueño	285
4390	Terapia ambiental	168
4310	Terapia de actividad	191
7560	Facilitar las visitas	112

- 1.- Tablas de resultados
(sólo incluimos aquellos identificados en más de 100 ocasiones)

**Ejemplo: Modelo de valoración sobre la ANSIEDAD.**00146 ANSIEDAD.

NOC	Indicadores	Valo- ración *	NIC	Selección (x)
1402 Autocontrol de la ansiedad	140202 elimina precursores de la ansiedad 140203 disminuye los estímulos ambientales cuando está ansioso 140204 busca información para reducir la ansiedad 140207 utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad		6040 Terapia de relajación simple 5820 Disminución de la ansiedad 2380 Manejo de la medicación 4330 Terapia artística 5340 Presencia	
1401 Autocontrol de la agresión	140107 comunica necesidades de forma adecuada 140101 se abstiene de arrebatos verbales 140104 se abstiene de dañar a los demás 140106 se abstiene de destruir la propiedad 140121 utiliza actividades físicas para reducir la energía acumulada			
1405 Autocontrol de los impulsos	140503 identifica conductas que conducen a acciones impulsivas 140506 evita ambientes y situaciones de alto riesgo 140510 acepta ser remitido para tratamiento			

*ESCALA LIKERT de 5 puntos: 1(nunca demostrado), 2 (raramente demostrado), 3(a veces demostrado), 4(frecuentemente demostrado), 5(siempre demostrado)

Resultado obtenido en la Escala de Ansiedad de Hamilton al ingreso:

CONCLUSIONES

- El uso de un lenguaje normalizado en el proceso de enfermería nos permite evaluar el trabajo que realizamos y mejorar la práctica clínica con la propuesta de nuevos registros.
- La utilización de las taxonomías enfermeras en la elaboración del plan de cuidados nos facilita la planificación y la medición de los resultados obtenidos.
- En el desarrollo de nuestra actividad profesional con el uso de las taxonomías enfermeras somos capaces cada vez con más facilidad de especificar los resultados e intervenciones de los cuidados que aplicamos a los enfermos de salud mental
- El trabajo dentro de un equipo multidisciplinar contribuye a que otros profesionales se familiaricen, reconozcan e incluso utilicen la terminología enfermera (intervención de presencia, cansancio en el desempeño del rol de cuidador).

BIBLIOGRAFÍA

1. Quero, A., Mejías, Y., Romero, A., Ramírez, D., Guarnido, E., Aguilera, M. Intervenciones y resultados relacionados con diez diagnósticos enfermeros validados en la unidad de Salud Mental de Granada. XX Congreso Nacional de Salud Mental. Alicante. Espacios de encuentro en los cuidados enfermeros. 2003. Pág. 85-97 I.S.B.N.: 84-930806-4-0





2. Mejías Martín, Y., Quero Rufián, A., Guarnido Guindo, E., Sánchez Ramírez, D., Vallejo Muros, C., Acosta Martín, P. La gestión de los cuidados enfermeros: el informe de continuidad al alta de los pacientes ingresados en la Unidad de Agudos de Salud Mental de Granada. XXII Congreso de Enfermería en Salud Mental. Elementos Terapéuticos de los cuidados de enfermería de Salud Mental. 2005. Pág. 347-357. I.S.B.N.: 84-930806-9-1.
3. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y Clasificación 2003-2004. NANDA INTERNATIONAL. Elsevier (2003)
4. Dochterman, Bulechek. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Cuarta edición. Elsevier España, S.A. 2005
5. Moorhead, Johnson, Maas. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Tercera edición. Elsevier España, S.A. 2005.
6. Torres Esperón J.M., Pérez Sánchez A. Aspectos éticos-legales en los diagnósticos de enfermería y su influencia para la profesión. Rev. Cubana Salud Pública, set.-dez. 2002, vol 28 n. 3 p 1-1. ISSN 0864-3466.
7. Quero Rufián A., Ramírez Sánchez M^a D., Aguilera Ruiz M^a, Guarnido Guindo E. Validación de la Taxonomía Diagnóstica de la NANDA en una unidad de Psiquiatría y Salud Mental. Garnata 91, 1997, nº 11: 27-37.
8. López Alonso S.R., Huizing E., Lacida Baro M. Cuestionarios, tests e índices para la valoración del paciente salud mental. 2004 Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía





INFORMÁTICOS Y ENFERMERAS: COMPARTIENDO EL APRENDIZAJE

Carme Espinosa i Fresnedo, Miquel Viladrich Gimenez.

Le Escuela de enfermería de la Universidad de Andorra ha venido utilizando los lenguajes estandarizados enfermeros (LEE) como la base de su currículum de formación desde hace más de cuatro años.

En estos momentos, con la utilización de los LEE ya consolidada, y cuando la utilización en papel es bien conocida, no solo por los estudiantes, sino también por la mayoría de las enfermeras de la práctica clínica, la escuela se plantea un nuevo reto que es la utilización amplia de los lenguajes en la práctica. Para lograr esta meta, será imprescindible disponer de sistemas informáticos y ser capaces de utilizarlos.

¿Cómo hacer que trabajen conjuntamente informáticos y enfermeras?

Si ya en el presente, pero sobretodo en el futuro, los sistemas de información del sistema sanitario estarán gestionados por ordenadores, parece evidente pensar que será necesario que los profesionales de la salud i los informáticos sean capaces de comunicarse de manera eficaz.

Las escuelas de enfermería y de informática de la Universidad de Andorra han decidido llevar a cabo una experiencia piloto basada en el aprendizaje colaborativo de estudiantes de enfermería y de informática.

Con este fin, dos profesores de informática y de enfermería, crearon una situación simulada en la que los estudiantes de informática debían ser capaces de producir un juego de cartas electrónico relacionado con los diagnósticos de enfermería NANDA, siguiendo las instrucciones de los estudiantes y profesores de enfermería.

PROPÓSITO

- Compartir la experiencia de aprendizaje colaborativo entre estudiantes de informática y de enfermería de formación básica.
- Establecer una comunicación efectiva entre los estudiantes de las dos disciplinas
- Producir un aplicativo informático de ayuda al aprendizaje de los diagnósticos de enfermería NANDA.

METODOLOGÍA

- Participación de estudiantes de la diplomatura universitaria de enfermería y de Informática (diploma profesional avanzado y diploma tura universitaria)
- Simular una situación de "diseño centrado en el cliente" donde los clientes son los estudiantes de enfermería y los proveedores, los estudiantes de informática.
- La parte conceptual se supervisará desde la disciplina enfermera, mientras que la parte



tecnológica será supervisada desde la disciplina informática.

RESULTADOS

Presentación del aplicativo desarrollado (Demo) en vivo.

DISCUSIÓN

Uno de las complicaciones fundamentales que los sistemas sanitarios deben afrontar en la introducción de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) para la gestión de la información clínica es la dificultad de comunicación entre los profesionales de ambas disciplinas.

Probablemente, esta dificultad tenga que ver con la creencia generalizada de que la salud y la informática són disciplinas opuestas, una fundamentalmente humanística y la otra casi exclusivamente técnica.

Desde el punto de vista tecnológico, la TIC han recorrido un largo camino, y hoy día prácticamente cualquier cosa es posible en este campo, sin embargo, continuan apareciendo resistencias a la implementación masiva de los sistemas informáticos en el ámbito de la salud.

Nuestra tesis es que, si ambas disciplinas aprenden conjuntamente desde el inicio de la formación, esto contribuirá disminuir las resistencias a la utilización generalizada de la TIC en la práctica.



METODOLOGÍA PARA VALIDACIÓN CLÍNICA DE INTERVENCIONES NIC

José Carlos Bellido Vallejo, José Carlos Águila Barranco

INTRODUCCIÓN

Existe un importante esfuerzo desde las organizaciones sanitarias por adaptarse a las necesidades y demandas de los ciudadanos, esto se traduce en que las instituciones tienen que mantenerse abiertas al cambio y reordenar sus recursos en base a las nuevas exigencias y necesidades que van planteando (1-2).

Las enfermeras son agentes fundamentales en la organización sanitaria, no sólo por su número (3), sino porque los cuidados, hoy día, son un pilar fundamental en la mejora de la salud de los ciudadanos y parte esencial del sistema sanitario, sin las cuales no es posible conseguir abordajes integrales y resultados en los pacientes.

En los últimos tiempos, las enfermeras han conseguido instaurar el Proceso Enfermero con éxito y eficiencia, dado que la aparición de diversas Clasificaciones y Taxonomías han supuesto una herramienta muy poderosa de cara a poder establecer y llevar a la práctica clínica este proceso de una manera estandarizada, permitiendo establecer las fases diagnóstica, de planificación y ejecución de una manera homogénea.

Siendo todas las Clasificaciones NANDA-NOC-NIC(4-6) muy importantes en la implementación del Proceso Enfermero, interesa destacar la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) como aquella que por su sencillez y cercanía a las enfermeras se asume con facilidad y permite una transición a la clínica con mayor facilidad .

La NIC se encuentra sustentada en un importante potente investigación, avalada además por un procedimiento de validación, que le permiten tener un gran peso a la hora de documentar el trabajo de las enfermeras, tanto en la planificación como en el trabajo de campo con el paciente. No obstante, se hacen necesarias investigaciones adicionales que permitan un enfoque e implementación adecuada de las intervenciones en los distintos contextos de cuidados.

OBJETIVOS.

- Buscar un método de trabajo que permita implementar las intervenciones NIC adecuadamente a los diferentes contextos de cuidados.
- Exponer la metodología establecida para la validación clínica de intervenciones NIC.
- Analizar el peso de cada una de las actividades en el seno de la intervención.



- Averiguar aspectos / enfoques relacionados con las actividades, no contemplados en la intervención.

MATERIAL Y MÉTODO.

Se establece un proceso de investigación que incluye los siguientes consideraciones:

- Se plantea una reflexión sobre el contexto de cuidados y pacientes a estudio en el que se quieren validar clínicamente las intervenciones.
- Identificación de las Intervenciones NIC susceptibles de validar, utilizando la Cuarta edición (2004).
- Mediante grupo de expertos se realiza un análisis y selección de las Intervenciones posibles ajustadas a la situación de salud y unidad que pretende realizar la validación clínica.
- Se parte del principio de asumir la etiqueta y la definición, las cuales no son modificadas.
- Para poder registrar, documentar y poder crear la estructura de recogida de datos que permita un tratamiento informático y estadístico de los mismos, se crean registros específicos sobre las Intervenciones a validar, en los que se incluyen todas las actividades de la intervención, así como otras que se puedan considerar adecuadas y en consonancia con la intervención y que resulten pertinentes como consecuencia de la experiencia y de la revisión bibliográfica.
- Para la puesta en marcha del trabajo clínico se establece un grupo de profesionales de la misma unidad, Grupo Clínico (GC); y para el contraste de resultados, se establece otro Grupo de Expertos (GE). El GC realiza el trabajo de campo mediante la cumplimentación de registros clínicos a los pacientes que cumplan los criterios de inclusión. El GE lo que realiza es una reflexión mediante la cumplimentación un registro sobre la intervención, en su análisis reflexivo el experto dice que actividades son las que realiza habitualmente en su práctica clínica. El contraste de los resultados de los dos grupos sirve para confirmar que lo que ocurre en la clínica se corresponde con lo que piensa el profesional.
- Una vez diseñado el estudio, los registros y el GC, se plantea un Estudio Piloto para poner a prueba el diseño y los registros. Esto permite realizar ajustes y lo que es importante desde el punto de vista de la validación de las actividades, el ajuste de términos a la realidad asistencial y al contexto de cuidados de la unidad.
- Para poder cuantificar y medir el peso de las actividades se establecen niveles de relación de las actividades con respecto a la intervención (7). Se plantean tres niveles de relación:
 - o Nivel 1 Actividades de Alta Relación con la intervención: son aquellas que aparecen en los registros con porcentajes de ejecución iguales o superiores al 70%
 - o Nivel 2 Actividades con Mediana Relación: aquellas que en los registros aparecen en porcentajes de ejecución entre el 50% y el 69%.
 - o Nivel 3 Actividades con Baja Relación: aquellas que en los registros aparecen en por-



centajes de ejecución iguales o inferiores al 49 %

- También se establecen niveles de ejecución mínimos que permitan plantear la pertinencia o no de la intervención en la situación de salud planteada.

- Se buscan enfoques diferentes de la Intervención, para lo que se establecen cualidades en las actividades de manera que permitan ampliar la visión de los cuidados que se prestan a los pacientes bajo determinada intervención:

- o Cuidados directos / indirectos.

- o Actividad de valoración / tratamiento / evaluación.

- o Cuidados dirigidos al paciente / hijo / familia / acompañantes.

- o Entono de cuidados físico / emocional / psicológico / administrativo.

- Se realiza una búsqueda bibliográfica sobre el tema para poder contrastar los resultados y apoyarlos en la evidencia científica, que permita una discusión de aquellas actividades que han resultado más llamativas, bien por su peso dentro de la intervención, bien porque consideradas importante no han obtenido valores destacables o porque plantean importantes divergencias entre los expertos y la clínica.

RESULTADOS.

Esta metodología de trabajo ha permitido la evaluación clínica de las intervenciones “Cuidados Intraparto”, “Parto” y “Preparación Quirúrgica” (6), las dos primeras en la Unidad de Partos del Hospital Universitario Materno-Infantil y la última en el Área Quirúrgica de Urgencias del Hospital Universitario Medico-Quirúrgico del Complejo Hospitalario de Jaén, a través de dos proyectos de investigación.

A través de esta metodología ha sido posible aproximarse a la realidad clínica que viven los profesionales y documentar muy bien cual es el trabajo que se realiza con los pacientes.

A través de estos estudios hemos tenido la oportunidad de conocer cuales de las actividades se realizan a cada uno de los pacientes con criterios de inclusión, la opinión de expertos en su práctica clínica, el establecimiento de niveles de ejecución para las actividades y la posibilidad de agruparlas por grupos homogéneos de cuidados.

CONCLUSIONES.

Esta metodología permite conocer en mayor profundidad como se implementan las intervenciones NIC en la práctica clínica, aportando enfoques antes no explorados.

Los datos que se obtienen siguiendo esta metodología permiten conocer el peso de las intervenciones y la calidad científico-técnica de los cuidados que se están dispensando a los pacientes.



Los datos que se obtienen afloran tanto los puntos fuertes de la ejecución de las intervenciones como sus puntos débiles. Esto propicia la reflexión sobre la práctica clínica al tiempo que permite explorar las posibles áreas de mejora; lo que sin duda supone una oportunidad para mejorar la calidad de los cuidados y obtener mejores resultados en nuestros pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Consejería de Salud. 3er. Plan de Salud 2003-2008: Andalucía en Salud, construyendo nuestro futuro juntos. Consejería de Salud-Junta de Andalucía. Sevilla. Diciembre 2003.
2. Martínez Riera JR. Enfermería y Europa. Rev ROL Enf 2004; 27(5):360-366.
3. INE Instituto Nacional de Estadística. Anuario Estadístico de España 2005. Disponible en: <http://www.ine.es>. Consultado el 13 de Marzo 2006.
4. North American Nursing Diagnoses Association. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y Clasificación. 2005-2006. Elsevier. Madrid 2005.
5. Moorhead S, Johnson M, Maas M. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Tercera Edición. Elsevier. Madrid 2004.
6. McCloskey Dochterman J, Bulechek GM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Cuarta edición. Elsevier. Madrid 2004.
7. Rivero Cuadrado A, Pajares Costal C, Pacheco del Cerro E, et al. Proyecto NIPE: Normalización de las Intervenciones para la Práctica de la Enfermería. Ministerio de Sanidad y Consumo, Consejo General de Enfermería. Madrid 2002.



VALIDACIÓN DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA A TRAVÉS DE MÉTODOS INDIRECTOS DE VALORACIÓN DE CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO

Ana Covadonga González Pisano, Marta M^a González Pisano

INTRODUCCIÓN

El cumplimiento del tratamiento se define como el “grado en el que el comportamiento de una persona (en términos de tomar la medicación, seguir una dieta o asumir cambios en el estilo de vida) coincide con los consejos sanitarios”.

No existe un método estándar que mida el cumplimiento, los utilizados más fiables son el Test de Morisky-Green, el Test de Batalla, la Comunicación de Autocumplimiento, la asistencia a citas sanitarias y la automedicación.

Entre los diagnósticos enfermeros (DdE) que valoran el cumplimiento se encuentran: Manejo efectivo del régimen terapéutico, Manejo inefectivo del régimen terapéutico, Incumplimiento del tratamiento y Afrontamiento defensivo.

El objetivo del estudio es valorar el grado de correlación que existe entre los DdE descritos y los métodos indirectos mencionados.

MATERIAL Y MÉTODOS ESTUDIO TRANSVERSAL

La muestra la constituyen 140 usuarios elegidos aleatoriamente en dos Centros de Atención Primaria de Salud de Asturias y León que precisen seguir un tratamiento para algún problema de salud. Para recogida de datos se elaboró un cuestionario autocumplimentado, los DdE fueron registrados por dos enfermeras que recogieron los datos. Se realizó un análisis descriptivo de cada variable, un análisis comparativo entre los métodos de valoración indirecta y los DdE, y se estudió la relación entre la variable resultado (cumplimiento) y el conjunto de todas las variables predictoras.

RESULTADOS

La menor dificultad en la adherencia la presentan para los fármacos (69,6%), después para el ejercicio (50%) y por último la dieta (40%).

Encontramos significativa estadísticamente la correlación entre los DdE, el Test de Morisky-Green y el Cumplimiento Autocomunicado, no así la relación con los otros métodos indirectos (Batalla, Automedicación...), ni éstos entre sí.

CONCLUSIONES

Los DdE tienen sensibilidad para valorar el cumplimiento a régimen dietético, ejercicio físico y fármacos; el resto de los métodos utilizados únicamente son sensibles a la adherencia a fármacos.



BIBLIOGRAFÍA

- NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2003-2004. Ed. Elsevier 2004
- Piñero F, Gil V, Donis D, Orozco D, Pastor R, Merino J. Validez de 6 métodos indirectos para valorar el cumplimiento del tratamiento farmacológico en la hipertensión arterial. *Aten Primaria* 1997; 19: 372-375
- Sackett DL, Haynes RB, Tugwell P. Eds. Cumplimiento. En: *Epidemiología Clínica, una ciencia básica para la medicina clínica*. Madrid: Díaz de Santos 1989; 250-290.
- Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care* 1986; 24: 67-74
- Batalla C, Blanquer A, Ciurana R, García M, Cases E, Perez A et al. Cumplimiento de la prescripción farmacológica en pacientes hipertensos. *Atención Primaria* 1984; 1: 185:191





ANÁLISIS DE LA CALIDAD DE LOS REGISTROS INFORMÁTICOS DEL SERVICIO DE PREVENCIÓN EN MAYORES DE 75 AÑOS EN UN ÁREA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE MADRID

Lucía Serrano Molina, Antonio Diaz Holgado,
Esther Nieto Blanco, Carmen Arevalo Perez

INTRODUCCIÓN

El programa de gestión de la actividad asistencial en los Equipos de Atención Primaria (EAP) de la Comunidad de Madrid, es la "oficina informática médica" (OMI). En sus inicios no tenía previsto recoger los procedimientos de trabajo de enfermería, con el paso del tiempo han ido incorporándose versiones nuevas que han subsanado en parte algunas de estas lagunas. Las enfermeras que llevan más tiempo utilizando OMI manifiestan sus dudas a cerca de la calidad de este sistema de registro, por una parte, parecen insuficientes los datos que el programa permite recoger como datos de valoración y por otra parte, no refleja concordancia entre lo que manifiesta el sujeto y lo que al final la herramienta te permite registrar. En el caso que nos ocupa, el Protocolo de Prevención de Mayores de 75 años, sólo permite valorar 5 de los 11 Patrones Funcionales.

OBJETIVO GENERAL

Analizar la calidad y el grado de cumplimiento del "protocolo de prevención de personas mayores de 75 años", a través de los registros en OMI.

Material y métodos: Se utilizó un diseño observacional, descriptivo, retrospectivo, cuyo ámbito de estudio son 6 EAP del área 6 de Madrid con más de 18 meses de utilización de OMI, analizando todas las historias de personas mayores de 75 años.

RESULTADOS

De los 9.445 pacientes con cita, un 32% tiene cumplimentado este protocolo, en un 56.7% se realiza el Test de Barber, y el Pfeiffer en un 47.29%. En un 9.89% se valora el dolor y la situación sociofamiliar en un 23,93%. Analizados los apartados de texto libre donde se registran los problemas identificados y las intervenciones, existen registros en un 5,87% de los casos e intervenciones en un 3,51%.

CONCLUSIONES

Destacar que siendo este un protocolo de prevención su realización es baja y sorprende que tanto el dolor como la situación sociofamiliar sean tan poco valorados en este grupo de población, por lo que es preciso aumentar la captación y hacer modificaciones en el sistema de registro de los datos que recoge este protocolo, que permitan valorar un mayor número de necesidades en salud.

VI SIMPOSIUM INTERNACIONAL DE DIAGNOSTICO
DE ENFERMERÍA

Resultados, gestión y liderazgo

POSTERS

POSTERS





MAPAS DE CUIDADOS ESTANDARIZADOS Y USO DE LA TAXONOMÍA NNN: LA FÓRMULA IDÓNEA PARA LA PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Blanca Fernandez-Lasquetty Blanc, M^a Luisa Calonge Reillo,
Isabel Angulo Ramirez, Gloria Lorente Granados,
Apolonio Castillo Calcerrada.

INTRODUCCIÓN

Actualmente el trabajo que realizan las enfermeras es prácticamente invisible. En los registros de Enfermería, pocas veces se deja constancia de los cambios observados en el paciente como resultado de los cuidados, de los problemas de salud observados, de la respuesta de los pacientes a estos problemas de salud, etc.

Los planes de cuidados son un instrumento que documenta la situación del paciente.

El formato mapa de cuidados combinado con el uso de taxonomía NANDA-NIC-NOC resulta ser la fórmula idónea para la planificación de cuidados.

MATERIAL Y MÉTODOS

La estructura de un mapa de cuidados, es una matriz temporal en cuyas columnas aparecen los días de ingreso según la estancia media del centro para esa patología, en las filas se reflejan los diagnósticos enfermeros NANDA y problemas de colaboración derivados de la valoración estandarizada de las necesidades para el paciente tipo y en la intersección de filas y columnas en cada día de ingreso y para cada diagnóstico aparecen los resultados NOC propuestos con sus indicadores y escala de medida y las intervenciones NIC necesarias para alcanzar el resultado.

Entre las ventajas que aportan los mapas de cuidados estandarizados destacamos, el hecho de que proporcionan una visión global de los cuidados que recibe el paciente, dirigen y coordinan los cuidados cada día del ingreso, garantizan la uniformidad de los cuidados y permiten conocer aproximadamente el momento del alta al disponer de un registro temporalizado.

Los componentes de los mapas de cuidados son taxonomía NANDA, NOC, NIC, lenguaje enfermero único, universal y normalizado que permite ser codificado en cualquier sistema informático.



RESULTADOS

Se presenta un mapa de cuidados estandarizado.

CONCLUSIONES

Los mapas de cuidados estandarizados desarrollados con taxonomía NNN, constituyen una herramienta de gestión que asegura la eficiencia, efectividad y calidad de los cuidados.



INCIDENCIA ANUAL DE DIAGNÓSTICOS NANDA EN PACIENTES DEPENDIENTES EN EL DISTRITO CAMPO DE GIBRALATAR

Alvaro Bernalte Benazet, Ceferino Prieto García,
Maria Teresa Miret García, María Encarnación Sánchez Olmedo,
Vicente Gil Rivera, Angel Fernández Nistal

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

Los objetos de estudio, no son algo lejano, en realidad son la pura transcripción de nuestras percepciones unas veces, y preocupaciones otras; entre las preocupaciones las hay que surgen en la práctica en esta línea de investigación, presentamos un estudio que estamos desarrollando, y que sitúa su "mirada" en un determinado escalón asistencial y alrededor del que podíamos llamar "acto enfermero", al cual históricamente no se le ha dado una gran importancia, quizás por que es sólo un momento fugaz dentro del proceso de la enfermedad, tal como indica José Luis García, dado que el profesional vive esta situación (enfermedad) solamente en las interacciones, no así el enfermo que "carga" con ella, todo el día.

nuestro grupo (interdisciplinar) pretende unir dos "mundos" para analizar algunas cuestiones desde la perspectiva de las ciencias del hombre y el de las ciencias de la naturaleza, y evitar la muralla de la que habla Morin entre ambas perspectivas. en esta investigación, nos referiremos, a uno de estos interrogantes básicos: ¿a quienes cuidamos en la comunidad y porque los cuidamos?. utilizando el programa de enfermeros de enlace que cumple para nosotros con varios y heterogéneos objetivos: la atención a los enfermos encamados utilizando la coordinación de los recursos sanitarios y sociales; la ayuda a los cuidadores; la mejora de la atención personal al enfermo y a la familia; la movilización y aumento de la eficacia de los recursos humanos propios; la dedicación de los recursos enfermeros a su tarea de cuidar, humana, técnica y científicamente correcta; el interés por el desarrollo y por el trabajo de los enfermeros comunitarios es tal, tanto en el servicio andaluz de salud como en las escuelas de enfermería, que el distrito de atención primaria del Campo de Gibraltar y la Escuela Universitaria de Enfermería de Algeciras hemos decidido aunar esfuerzos.

OBJETIVO

Conocer la incidencia de diagnósticos de enfermería en la población atendida por los enfermeros de enlace del distrito del Campo de Gibraltar, estableciendo las necesidades de cuidados de esta población

METODOLOGÍA.

Lugar: comarca del Campo de Gibraltar; Universo: todas las personas dependientes



valoradas por los enfermeros de enlace del distrito del Campo de Gibraltar de APS (Servicio Andaluz de Salud); período: 1 febrero del 2005 a 31 de enero del 2006; Técnica: visita domiciliaria (valoración de patrones funcionales); sistema de declaración de nuevos casos: establecido por la dirección del distrito con frecuencia mensual; Base de datos propia: mediante Epiinfo 2000; información que se recogida: datos demográficos del paciente o cuidador principal, etiquetas diagnósticas, intervenciones y resultados; Lenguajes empleados: NANDA, NIC y NOC.

RESULTADOS

Se establecerá la incidencia de diagnósticos enfermeros (NANDA) en el universo de pacientes dependientes valorados de la comarca del Campo de Gibraltar (265), dándolos a conocer en el congreso; si bien podemos ya significar que de los 2296 casos los diagnósticos de máxima incidencia son:

CÓDIGO	Nº CASOS	INCIDENCIA %	ETIQUETA DIAGNÓSTICA (NANDA)
155	310	13,50	RIESGO DE CAÍDAS
47	230	10,02	RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA
46	228	9,93	DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA
85	122	5,31	DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA
126	104	4,53	CONOCIMIENTOS DEFICIENTES
62	100	4,36	RIESGO DE CANSANCIO EN EL DESEMPEÑO DEL ROL DE CUIDADOR
61	97	4,22	CANSANCIO EN EL DESEMPEÑO DEL ROL DE CUIDADOR
82	78	3,40	MANEJO EFECTIVO DEL RÉGIMEN TERAPEÚTICO



ESTUDIO MULTICÉNTRICO DEL USO Y UTILIDAD DE LAS TAXONOMIAS ENFERMERAS EN UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA: OBJETIVOS Y DISEÑO

Maria Teresa Lluch Canut, Flora Murua Navarro,
Rosario Garcia Carrascosa, Roser Cadena Caballero,
Esther Atienza Rodríguez, Elvira Martinez Masegosa.

INTRODUCCIÓN

En este trabajo se presentan los objetivos y el diseño de un estudio multicéntrico, que se está desarrollando actualmente, para evaluar el uso y utilidad de las taxonomías enfermeras en unidades de hospitalización psiquiátrica. A partir de los registros de planes de cuidados de enfermería realizados a pacientes psiquiátricos hospitalizados se pretende: a) identificar los tipos de taxonomías enfermeras que se utilizan, b) detectar la taxonomía enfermera más utilizada, c) determinar las etiquetas enfermeras prevalentes (North American Nursing Diagnosis Association-NANDA, Nursing Outcomes Classification-NOC y Nursing Interventions Classification-NIC) en los distintos grupos de patologías psiquiátricas y d) analizar la correlación entre las etiquetas diagnósticas de la NANDA identificadas para los diferentes tipos de patologías psiquiátricas, las intervenciones (NIC) realizadas y los resultados (NOC) obtenidos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se está aplicando un diseño descriptivo y correlacional, dirigido desde la Escuela de Enfermería de la Universidad de Barcelona. Participan cinco centros asistenciales que tienen unidades de hospitalización psiquiátrica, pertenecientes a 3 comunidades autónomas: Cataluña, Galicia y País Vasco. La muestra está configurada por los registros de planes de cuidados de enfermería de pacientes ingresados en unidades de hospitalización psiquiátrica durante los últimos 6 meses retrospectivamente desde la fecha de inicio de la recogida de datos. Las variables que se están teniendo en cuenta son: tipo de centro, tipos de taxonomías utilizadas, grupos de patologías psiquiátricas, GDR, etiquetas taxonomicas. Los datos se analizarán con el programa SPSS-X extrayendo los estadísticos descriptivos principales de tendencia central y desviación. Asimismo se realizarán análisis correlacionales (r de Pearson) para explorar relaciones significativas entre etiquetas diagnósticas NANDA, intervenciones y resultados.

Resultados y conclusiones (pendientes de elaboración).

ANOTACIONES ADICIONALES

La escasez de diseños de investigación sobre uso de taxonomías en enfermería de salud mental y la necesidad de potenciar el trabajo en redes, justifica la presentación parcial del proyecto



ANÁLISIS CONSENSUADO DE UN AÑO DE INVESTIGACIÓN DE CAMPO BASADO EN LAS TERMINOLOGÍAS NANDA, NIC Y NOC

M^a Luz Araujo Bueno, M^a Luisa Ocaña Moreno,
Francisco Manuel Esteban Moya, Roberto Fernández Ruiz,
Manuel Ocaña Moreno, M^a Teresa López Pérez, Juan María Díaz Martino

INTRODUCCIÓN

Un equipo conjunto del Distrito de APS Campo de Gibraltar del SAS, y de profesores de la Universidad de Cádiz, fue becado ya hace casi dos años por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, por medio de la Fundación Puerta del Mar para investigar sobre el Programa de Enfermería de Enlace, creemos que con un año de experiencia nuestros enfermeros tenían una información sobre su vivencia que había que compartir, no solo en cuanto al programa y a los actores del mismo, sino a las dificultades encontradas.

METODOLOGÍA

Empleamos dos tipos de métodos:

El primero un cuestionario para recoger aspectos como: si habías participado en algún grupo de investigación con enfermeros o con otro tipo de profesionales; si la investigación había significado un sobre esfuerzo; si compensaba personal o curricularmente; y la satisfacción existente con el programa por parte tanto de los enfermeros de enlace, como la percibida en los enfermos, los cuidadores y su propia empresa.

El segundo ha sido una Técnica Delphi, con la que pretendíamos consensuar las dificultades encontradas en su trabajo diario de valoración de enfermos.

RESULTADOS

Biográficos, solo 12,5% de los enfermeros había participado con enfermeros y con otros profesionales en grupos de investigación; el 87,5 % reconocía como un esfuerzo suplementario el trabajo investigador; sobre la compensación personal el 87,5% lo creía así, sobre la curricular el 100%; en una escala del 0 al 4, la satisfacción con el programa era: en el caso de los profesionales 3,6 (Media), en el caso de lo percibido de los enfermos 3,3 (Media) y de los cuidadores 3,4 (Media), en cuanto a la empresa 3,3 (Media); por último en la Técnica Delphi, las tres dificultades más importantes en la utilización de las TERMINOLOGÍAS NANDA, NIC Y NOC, en definitiva en su actividad de valorar los enfermos, exponemos los resultados por orden de prioridad:



Nº orden

CONCEPTOS

- 1 Dificultad para discriminar entre algunos diagnósticos
- 2 Diagnósticos diferenciales sobre afrontamiento
- 3 Tiempo requerido para la consulta (Se necesita más tiempo para trabajar con esta metodología)
- 4 Saber si el diagnóstico es correcto

CONCLUSIONES

La primera es que no existía experiencia previa, la segunda que este mismo hecho implica ver la investigación no como un aspecto más del trabajo enfermero comunitario; la tercera, es que si compensa personalmente y por supuesto curricularmente; la cuarta, es que la valoración de los profesionales sobre el programa, estimula a mejorar la percepción de los otros actores y de su empresa; la quinta, creemos que queda fijada claramente en el cuadro anterior.



INFORMATIZACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN ASISTENCIA ESPECIALIZADA. PROYECTO IRATI DEL SERVICIO NAVARRO DE SALUD-OSASUNBIDEA

Francisca Irigoyen Iturri, Asunción Muruzábal Martínez,
Elena Manso Montes, Berta Vicuña Urtasun,
Paola Villalgorido Ortín, Luis Larraya Galarza.

INTRODUCCIÓN

El Proyecto IRATI nace como necesidad del personal de enfermería de utilizar una metodología y una herramienta informática común en la gestión de cuidados, que permita la mejora de la calidad de los mismos.

MATERIAL Y MÉTODOS

IRATI es un aplicativo propio del SNS-Osasunbidea desarrollado por un grupo de trabajo compuesto por personal enfermero, un técnico de sistemas de información del Gobierno de Navarra y una empresa externa. Ideado para la Asistencia Especializada, comenzará su pilotaje en unidades de hospitalización. Es requisito la integración del aplicativo con las aplicaciones sanitarias ya existentes: Admisión, Historia Clínica Informatizada, Farmacia, Laboratorio, etc. La metodología enfermera empleada se basa en la realización del PAE según la valoración de necesidades de Virginia Henderson, interrelacionando la misma con las taxonomías internacionales NANDA-NOC-NIC y asocia también estas dos últimas taxonomías a los Problemas Interdependientes.

RESULTADOS

Se desarrolla la estructura básica del programa en 7 niveles relacionándolo con las 5 fases del PAE y dando como resultado una "Agenda de Trabajo" :

- Valoración: nivel I "Necesidades/Sistemas" y nivel II "Signos, síntomas/Factores de riesgo" (codificación de las características definitorias o factores de riesgo)
- Diagnóstico: nivel III "Diagnósticos NANDA/Problemas Interdependientes" y nivel IV "Relacionado con"
- Planificación: nivel V "Resultados NOC" (indicadores), nivel VI "Intervenciones NIC" y nivel VII "Actividades a realizar" definidas en una Agenda de Trabajo.
- Ejecución: Agenda de Trabajo que incluirá las actividades a realizar derivadas del plan de cuidados del paciente, las del área de colaboración y la prescrip-



ción farmacológica

- Evaluación: en todas las fases y niveles anteriores.

CONCLUSIONES

- * Las clasificaciones enfermeras NANDA-NOC-NIC en el aplicativo IRATI consti-
tuyen el eje principal de su estructura.
- * La utilización de las taxonomías facilitará el estudio y la enseñanza del razona-
miento enfermero analizando las vinculaciones entre las características de los
pacientes, los diagnósticos, intervenciones y resultados dependientes de enfer-
mería.
- * Con el uso de la aplicación se podrá medir el coste-efectividad de las interven-
ciones enfermeras teniendo en cuenta la calidad de los cuidados y el coste sa-
nitario.





LENGUAJE ENFERMERO EN CUIDADOS DE ACCESO VENOSO CENTRAL

Isabel M^a de la Torre Gálvez, Inmaculada Vicente Peralta,
Candela Bonill de las Nieves, Matilde Pumarejo Rosado,
M^a Angeles Cerón Bernal, M^a Angeles Sans Guerrero.

SINOPSIS

Varón de 47 años en tratamiento con quimioterapia al que se le ha implantado catéter venoso central con reservorio (port-a-cath) hace dos meses e ingresa para nuevo ciclo quimioterápico.

VALORACIÓN

Mediante la valoración por necesidades humanas (Virginia Henderson) en el proceso específico de canalización y mantenimiento de tratamiento intravenoso se detectó una alteración en la necesidad de seguridad identificando un diagnóstico enfermero ya que es absoluta la responsabilidad del trabajo enfermero para que el riesgo potencial no se convierta en real.

DIAGNÓSTICO/PROBLEMA

Tras analizar la valoración se identificó como diagnóstico "Riesgo de infección" (NANDA 00004) relacionado con la canalización y mantenimiento de una vía venosa central.

RESULTADOS ESPERADOS

Resultados propuestos; indicadores no pactados con el paciente:

1101 Integridad tisular: piel y mucosas.

110101 Temperatura de la piel.

Al inicio de la valoración el indicador es no comprometido, consiguiendo al final el mismo indicador.

110121 Eritema

110124 Induración

Al inicio de la valoración el indicador es ninguno manteniéndose este indicador al alta.

INTERVENCIONES

Intervenciones realizadas:

4200 Terapia intravenosa.



EVALUACIÓN

Los indicadores se valoraron durante las actividades de mantenimiento del dispositivo venoso.

La utilización de resultados NOC cumple con los objetivos de dar a conocer un lenguaje común enfermero en la práctica diaria, universalizando los resultados para la resolución de las alteraciones valoradas y sobre las que planificamos nuestra actuación, en sus diferentes áreas, consiguiendo una base científica que fundamente la modificación de pautas de conducta, respecto a los cuidados aplicados.





CAMINANDO HACIA LA EXCELENCIA: MODELO DE FORMACIÓN, ELABORACIÓN Y VALIDACIÓN DE ESTANDARIZACIÓN DE CUIDADOS EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO MANCHA-CENTRO

Blanca Fernandez-Lasquetty Blanc, M^a Luisa Calonge Reillo,
Gloria Lorente Granados, Caridad Vela Abengozar,
M^a Carmen Sepúlveda Fernandez, Apolonio Castillo Calcerrada.

INTRODUCCIÓN

La Comisión de Cuidados (CC) del Complejo Hospitalario Mancha-Centro se constituye en 2002, con el objetivo de implantar el Proceso Enfermero como sistema de trabajo así como garantizar la continuidad de los cuidados, impulsar aspectos referentes a la mejora de la calidad asistencial y favorecer la consecución de los objetivos pactados con el SESCAM.

Entre los objetivos firmados en 2004/2005 y como parte del Plan de Calidad del SESCAM se recoge la necesidad de aplicar el proceso enfermero y sistematizar la atención de los problemas de salud mediante la implantación de Planes de Cuidados.

La Comisión de Cuidados (CC) como órgano asesor de la Dirección de Enfermería, formada por enfermeras/os expertos en metodología y taxonomía enfermera (NNN), fue la encargada de determinar y definir la metodología y tipo de planes de cuidados.

MATERIAL Y MÉTODOS

A lo largo de 2004-2005 se fue desarrollando el cronograma establecido, garantizando con ello el éxito del proceso. Tanto la CC como toda la enfermería del Complejo se implicaron de forma absoluta, participando activamente en cada una de las fases de desarrollo del proyecto.

RESULTADOS

Miembros de la CC fueron los responsables de la formación del 100% de los enfermeros del Complejo.

Se realizaron un total de 12 mapas de cuidados estandarizados con posibilidad de individualizarlos, según las normas establecidas por la CC y la formación recibida.

Se validaron todos ellos según metodología científica (Método Delphi y Método



Fehring).
(Se presentan resultados de la validación).

CONCLUSIONES

La aplicación del proceso enfermero como sistema de trabajo y como resultado de ello, la planificación y estandarización de cuidados utilizando lenguaje enfermero NANDA-NOC-NIC, garantiza unos cuidados de calidad, efectivos, eficientes, continuos, centrados en el paciente y evaluables lo que nos pone en el camino de la excelencia.



PLAN DE ACTUACIÓN FRENTE A LA PATOLOGÍA DE ESPALDA EN EL AGENTE POLICIAL

Rubén Romero Moya, Alberto Romero Moya.

INTRODUCCIÓN

La comunidad policial es uno de los colectivos más grandes que existen tanto en nuestro país (Policía Nacional, Guardia Civil, Policías Autonómicas [Ertzainza, Mossos...]) como en el resto de países, y el cual está expuesto a muchos factores internos y externos que hacen peligrar su estado de salud. Pero de todas las afecciones inherentes a este grupo, vamos a centrar nuestra mirada a la patología de la espalda.

OBJETIVOS

Conocer los diagnósticos de enfermería frecuentes en este gremio y a su vez a la patología predominante para que ayudados de esto se pueda realizar una propuesta de mejora para realizar un plan de actuación.

MATERIAL Y MÉTODOS

Emana por un lado de la experiencia relatada por parte de uno de los autores que hoy día desempeña función de “patrullero” y a su vez es DUE, bibliografía de enfermería laboral y especializada en patología de espalda y la NANDA–NOC–NIC.

RESULTADOS

Casi el 50% de los funcionarios policiales en su conjunto desempeñan su función como “patrulleros”, según fuentes sindicales, pasando 37,5 horas semanales dentro de un vehículo. Una de las patologías más frecuentes es la lumbalgia.

NANDA	NOC	NIC
Dolor crónico r/c incapacidad física m/p verbalización	Nivel de comodidad (2100) Calidad de vida (2000)	Manejo del dolor (1400)
Riesgo de desempeño inefectivo del rol r/c alteración de la autestima y dolor	Superación de problemas (1302)	Aumentar el afrontamiento (5230)



PROPUESTA DE MEJORA

Los talleres sobre educación postural son la clave. Éstos serían impartidos anualmente por los enfermeros del organismo hacia pequeños grupos (15-20 personas), para así una mayor asimilación de conceptos. Éstos se basarían en fomentar el dominio gradual de la situación mediante la puesta en común de sus experiencias, así como los factores que alteran el bienestar dentro del propio vehículo. Por otro lado, los profesionales aportarían conocimientos sobre higiene postural durante la conducción y en la práctica de las AVD.

CONCLUSIÓN

El problema del agente policial respecto a las patologías a nivel de la espalda se puede abordar desde la prevención y la educación por medio de la promoción de la salud. Con todo esto llegaríamos a paliar en cierto modo el problema del dolor crónico y a superar el mal afrontamiento de la situación. Tan solo hace falta la voluntad de toda la corporación policial para que todo esto se lleve a cabo.



ANÁLISIS DE LA NIC “Cuidados Intraparto” MEDIANTE GRUPO DE EXPERTOS

José Carlos Bellido Vallejo, José Carlos Águila Barranco

INTRODUCCIÓN

Las clasificaciones y taxonomías enfermeras han supuesto un importante avance y reconocimiento profesional. La Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) favorece la estandarización, la documentación y el reconocimiento del trabajo enfermero.

Apoyados en el importante trabajo previo de investigación y análisis realizado en la NIC, nos proponemos buscar nuevos enfoques que nos permitan extraer todo el potencial que presentan las intervenciones.

El objetivo es someter las actividades de la intervención NIC 6830 “Cuidados Intraparto” al análisis y opinión de un grupo de expertos, matronas asistenciales, para que sean ellas quienes expongan su consideración en cuanto a si consideran importantes las actividades incluidas en la Intervención para la asistencia de las embarazadas que atienden en las salas de dilatación de nuestro Hospital Materno-Infantil.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional descriptivo.

Se pretende recabar la opinión de los expertos mediante la creación de un cuestionario anónimo autoadministrado, en el que constan todas las actividades de la Intervención a estudio y una pregunta sobre el tiempo de experiencia profesional. Los cuestionarios se entregan de manera personalizada junto con un sobre prefranqueado para su devolución.

El grupo de expertos lo componen 12 profesionales, todas enfermeras asistenciales especialistas en obstetricia y ginecología (matronas) pertenecientes a la Unidad de Partos de nuestro Hospital.

Se exponen para su análisis todas las actividades de la NIC 6830 “Cuidados Intraparto” en su cuarta edición (51 actividades), mediante una escala tipo Likert (Totalmente de acuerdo/De acuerdo/Indiferente/En desacuerdo/Totalmente en desacuerdo) en la que los expertos determinan la importancia que para ellos tienen cada actividad con respecto a la atención de la embarazada en el intraparto de nuestro Hospital. Se les expone claramente que con independencia de lo que ellos realicen en su práctica habitual se trata de que



determinen la importancia que para ellos tienen cada una de las actividades.

El estudio se realiza en Octubre de 2005.

RESULTADOS

Un cuestionario no obtiene respuesta. Cuestionarios válidos 90,9%.

La experiencia profesional es de 14,50 años de media, con una desviación típica de \pm 7,17 años y un rango de entre 3 y 25 años.

De las 51 actividades que componen la Intervención, 23 (45%) son consideradas importantes para la atención de las embarazadas, con un nivel de acuerdo (Totalmente de acuerdo-De acuerdo) del 100%.

Otras 15 (29,50%) actividades son consideradas importantes pero presentan algún nivel de indiferencia con un nivel de acuerdo de entre el 77,8 y el 90%.

Las 13 actividades restantes (25,5%) presentan distintos niveles de desacuerdo.

CONCLUSIONES

Las actividades son la estructura y el fundamento de la Intervención por lo que es pertinente estudiarlas y buscar la opinión de profesionales expertos que puedan aportar su experiencia y conocimiento.

El análisis de la Intervención NIC "Cuidados Intraparto" por un grupo de expertos, permite una mejor aproximación y entendimiento de las actividades que la componen en cuanto a la importancia que tienen cada una de ellas en la atención de las mujeres embarazadas en salas de dilatación de nuestro Hospital.

Conocer la importancia que para los expertos tienen cada una de las actividades nos ayuda a conocer mejor como los profesionales entienden la intervención en su conjunto y cual es el grupo de actividades que son consideradas esenciales y prioritarias.

El análisis de expertos ofrece una proyección muy interesante de la Intervención / actividades, que complementado con un análisis clínico permite una aproximación veraz de cómo se implementación la intervención y de cual es la importancia de las actividades.



Análisis de la NIC "Cuidados Intraparto" mediante grupo de expertos

Actividades	TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	NO FERENTE	EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
	%	%	%	%	%
Determinar si la paciente está con contracciones.	80	20			
Determinar si existe rotura de membranas.	33,3	33,3	11,1	11,1	11,1
Ingresar en el área de partos.	22,2	55,6	22,2		
Conocer la preparación sobre el parto y los objetivos de la paciente sobre el parto.	22,2	55,6	22,2		
Animar la participación de la familia en el proceso del parto de forma coherente con las metas de la paciente.	20	70	10		
Preparar a la paciente para el parto según protocolo y las preferencias de la paciente.	12,5	62,5	12,5		
Asegurar la intimidad de la paciente durante la exploración.	70	30			
Realizar la maniobra de Leopold para determinar la posición fetal.	20	60	20		
Realizar examen vaginal, si procede.	80	20			
Monitorizar los signos vitales maternos entre las contracciones, según protocolo o si es necesario.	60	30	10		
Auscultar el corazón del feto cada treinta a sesenta minutos durante la fase latente, cada quince a treinta minutos durante fase activa y cada cinco a diez minutos en el segundo estadio dependiendo del estado de riesgos.		16,7	33,3	33,3	16,7
Auscultar la frecuencia cardiaca del feto entre las contracciones para establecer los datos de guía.		66,7	16,7	16,7	
Monitorizar la frecuencia cardiaca del feto durante y después de las contracciones para detectar desaceleraciones o aceleraciones.	50	37,5	12,5		
Aplicar registro cardiotocográfico.	80	20			
Informar los cambios anormales de frecuencia cardiaca fetal al ginecólogo.	90	10			
Palpar las contracciones para determinar la frecuencia, duración, intensidad y tono de reposo.	40	60			
Fomentar la deambulación durante los primeros dolores.	55,6	33,3	11,1		
Monitorizar el nivel de dolor durante las contracciones de parto.	50	37,5	12,5		
Buscar las posiciones que mejoran la comodidad materna y mantener la perfusión de la placenta.	50	50			
Enseñar / reforzar técnicas de respiración, relajación o visualización.	30	60	10		
Proporcionar métodos alternativos de alivio del dolor coherentes con las metas de la paciente (masajes simples, effeurage (masaje en la dirección de la corriente venosa), aromaterapia, hipnosis y estimulación nerviosa eléctrica transcutánea ENET).		42,9	42,9	14,3	
Proporcionar cubitos de hielo, toallita húmeda o caramelos duros.	14,3	28,6	42,9	14,3	
Animar a la paciente a que vacíe la vejiga cada dos horas.	33,3	66,7			
Ayudar al cuidador de parto o a la familia a proporcionar consuelo y apoyo durante los dolores.	40	50	10		
Administrar analgésicos para acomodar y relajar durante las contracciones dolorosas.	44,4	55,6			
Observar los efectos de la medicación en la madre y en el feto.	50	50			
Notificar a las pacientes acerca de las opciones de anestesia que requieran traslado a otro practicante.	55,6	33,3		11,1	
Ayudar con la analgesia / anestesia zonal, si procede.	22,2	55,6			22,2
Realizar o ayudar en la amniotomía, si procede.	66,7	33,3			
Auscultar la frecuencia cardiaca del feto antes y después de la amniotomía.	80	20			
Volver a evaluar la posición del feto y del cordón después de la amniotomía	55,6	44,4			
Documentar las características del líquido, frecuencia cardiaca fetal y patrón de contracciones después de la rotura espontánea o artificial de las membranas.	70	30			
Limpiar el perineo y cambiar las compresas absorbentes regularmente.	55,6	44,4			
Monitorizar el progreso de los dolores, incluyendo pérdida vaginal, dilatación cervical, posición y descenso fetal.	70	30			
Mantener a la paciente y al ginecólogo informado de los progresos.	40	50	10		
Explicar el objeto de las intervenciones de parto requeridas.	33,3	66,7			
Obtener el consentimiento válido antes de realizar los procedimientos invasivos.	33,3	66,7			
Observar la capacidad de afrontamiento de la familia durante el parto.	20	40	30		10
Realizar examen vaginal para determinar la dilatación cervical completa, posición fetal y etapa.	90	10			
Enseñar técnicas de empuje para la segunda etapa del parto, en función de la preparación y preferencias de parto de la madre.	66,7	22,2		11,1	
Dirigir el segundo estadio del parto.	60	40			
Monitorizar los progresos de empuje, descenso fetal, frecuencia cardiaca fetal y signos vitales maternos según protocolo.	80	20			
Fomentar los esfuerzos de bajad espontáneos durante el segundo estadio.	55,6	44,4			
Evaluar los esfuerzos de empuje para mejorar el descenso fetal.	60	40			
Recomendar cambios de empuje para mejorar el descenso fetal.	40	50	10		
Masajear el perineo para estirar y relajar el tejido.	11,1	22,2	22,2	22,2	22,2
Aplicar compresas calientes, si procede.			62,2	12,5	25
Ayudar al cuidador a continuar con las actividades de apoyo.	11,1	66,7	22,2		
Preparar los suministros de parto.	30	50		10	10
Documentar los sucesos del parto.	70	20	10		
Notificar al ginecólogo en el momento adecuado que asista en la atención del parto.	50	12,5		25	12,5



VALIDACIÓN POR EXPERTOS DE LA INTERVENCIÓN “Parto” (6720)

José Carlos Águila Barranco, José Carlos Bellido Vallejo

INTRODUCCIÓN

La Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) es una clasificación normalizada de las intervenciones que realizan los profesionales de enfermería. Cuenta con numerosas utilidades que abarcan desde la comunicación de cuidados hasta la evaluación de competencias, siendo un referente internacional que facilita la planificación de actividades dentro del proceso de enfermería. La 4ª edición presenta 512 intervenciones, cada una de ellas con un número variable de actividades, incluyendo aquellas que realizan enfermeros especialistas y en nuestro caso recoge las realizadas dentro de la Enfermería Especialista en Obstetricia y Ginecología.

La aportación de la NIC al desarrollo enfermero es innegable, no obstante, no podemos olvidar que el origen se encuentra en EE.UU. donde tanto la formación académica como la realidad profesional es distinta. Se hace necesario un proceso de reflexión sobre las intervenciones que utilizamos, para que intervención y actividades, concuerden con la realidad de nuestro contexto de cuidados.

El Parto es un acontecimiento muy intenso que se desarrolla en un periodo relativamente corto de tiempo pero que tiene unas consecuencias extraordinarias para la mujer y su familia. Por ello nos planteamos pedir la opinión de un grupo de expertos sobre la idoneidad de las actividades recogidas dentro de la intervención PARTO (6720).

MÉTODO

Estudio descriptivo realizado a través de un cuestionario anónimo a 12 matronas que desarrollan su actividad asistencial dentro de un paritorio. En este cuestionario se recoge el tiempo de experiencia profesional y cada una de las actividades que aparecen en la intervención. Cada actividad lleva asociada una escala de Likert de 5 elementos que indican el acuerdo con la inclusión de dicha actividad en la intervención, la escala va desde totalmente de acuerdo a totalmente en desacuerdo. Se recoge, además, si creen necesario añadir más actividades a las recogidas en la intervención.

RESULTADOS

De las 42 actividades recogidas en la intervención, 40 actividades tienen un nivel de acuerdo por encima del 50 %, de ellas 26 tenían un acuerdo del 100%, sólo 2 actividades quedan por debajo del 50%. Todos los profesionales creen necesario añadir más actividades a las oficiales. El tiempo medio de experiencia es de 15 +/- 7.9 años no habiéndose apreciado diferencias relacionadas con el tiempo de experiencia.



VALIDACIÓN POR EXPERTOS DE LA INTERVENCIÓN PARTO (6720)

TABLA					
Actividades de la Intervención "Parto"					
ACTIVIDADES	TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	INDIFERENTE	DESACUERDO EN	TOTALMENTE EN DESACUERDO
Proporcionar anticipadamente una guía del parto.	25	37,5	25	12,5	0
Disponer la presencia de una(s) persona(s) de apoyo durante la experiencia del parto, si es posible.	54,5	45,5	0	0	0
Realizar una exploración vaginal para determinar la posición fetal.	63,6	36,4	0	0	0
Facilitar la privacidad y el pudor de la paciente durante el parto en un entorno tranquilo.	63,6	36,4	0	0	0
Aceptar los requerimientos que realice el paciente sobre el parto cuando estos requerimientos sean coherentes con las normas de cuidado perinatales.	36,4	63,6	0	0	0
Obtener el permiso del paciente y de la pareja para la entrada del personal de cuidados adicional en la zona de parto.	12,5	50	25	12,5	0
Ayudar a la paciente con la posición para el parto	30	40	20	10	0
Estirar el tejido perineal, si procede, para minimizar los desgarros o episiotomía.	46,5	36,4	0	0	18,2
Informar al paciente sobre la necesidad e una episiotomía.	36,4	46,5	0	9,1	9,1
Administrar analgésicos locales antes del parto o la episiotomía, si está indicado.	30	50	10	10	0
Realizar la episiotomía, si resulta oportuno.	81,8	18,2	0	0	0
Enseñar al paciente a respirar tragando (p.ej. "jadeos") en el parto cefálico	50	12,5	12,5	12,5	12,5
Sacar la cabeza fetal lentamente, manteniendo la flexión hasta que salgan los huesos aprietales.	55,6	44,4	0	0	0
Sostener el perineo durante el parto.	72,7	27,3	0	0	0
Observar si se presenta el cordón en la nuca.	72,7	27,3	0	0	0
Reducir la presencia del cordón en la nuca, si procede (p.ej., sujetar y cortar el cordón o deslizarlo sobre la cabeza).	90	10	0	0	0
Aspirar las secreciones de la nariz y boca del bebé con una jeringa después de la salida de la cabeza.	0	20	50	10	20
Aspirar el líquido manchado de meconio, si es el caso.	72,2	27,3	0	0	0
Limpiar y secar la cabeza del bebé después de su salida.	55,6	44,4	0	0	0
Ayudar en la salida de los hombros.	72,7	27,3	0	0	0
Realizar maniobras par liberar la distancia de los hombros (p.ej., presión suprapúbica o maniobra de KcRobert), si procede.	66,7	22,2	11,1	0	0
Coger el cuerpo del bebé lentamente.	63,6	36,4	0	0	0
Soportar el cuerpo del bebé.	63,6	36,4	0	0	0
Sujetar y cortar el cordón umbilical después de que hayan cesado las pulsaciones, si no está contraindicado.	27,3	63,6	9,1	0	0
Sacar una muestra de sangre del cordón si es Rh negativo o si es necesaria para una valoración de gases en sangre de cordón.	45,5	27,3	18,2	9,1	0
Adelantar la expulsión espontánea de la placenta.	18,2	9,1	9,1	45,5	18,2
Asignar la calificación Apgar de 1 min.	54,5	45,5	0	0	0
Aplicar tracción controlada del cordón umbilical, a la vez que protege el fondo del útero.	20	20	20	30	10



VALIDACIÓN POR EXPERTOS DE LA INTERVENCIÓN PARTO (6720)

Inspeccionar si hay desgarros en el cerviz después de la salida de la placenta.	45,5	27,3	27,3	0	0
Administrar anestésicos locales antes de la reparación quirúrgica, cuando se indique.	72,7	27,3	0	0	0
Suturar la episiotomía o los desgarros, si procede.	81,8	18,2	0	0	0
Realizar un examen rectal para asegurarse de la integridad de los tejidos.	72,7	27,3	0	0	0
Inspeccionar la placenta, las membranas y el cordón después del parto.	81,2	18,2	0	0	0
Calcular la pérdida de sangre después del parto.	72,7	27,3	0	0	0
Limpiar el perineo.	63,6	36,4	0	0	0
Aplicar compresa perineal.	40	40	20	0	0
Alabar el esfuerzo materno y el de la persona de apoyo.	60	30	10	0	0
Proporcionar información sobre el aspecto y estado del bebé.	45,5	54,5	0	0	0
Animar a la manifestación verbal de preguntas o inquietudes a cerca de la experiencia del parto y del recién nacido.	36,4	63,6	0	0	0
Consultar con el médico acerca de síntomas de complicaciones reales o potenciales.	44,4	55,6	0	0	0
Registrar el desarrollo del parto.	81,8	18,2	0	0	0
Firmar el certificado de nacimiento, si procede.	18,2	54,5	27,3	0	0

CONCLUSIONES

La Intervención Parto es una base sólida que permite su utilización como herramienta de referencia en aquellas situaciones en la que el parto sea el eje sobre el que centrar nuestra atención.

Sería necesario añadir aquellas actividades que a nivel local fueran relevantes para los profesionales, estando justificado un estudio más extenso que explore aquellas actividades que en el contexto de la Enfermería española supongan un valor suplementario a la intervención original.

Sería interesante y necesaria una validación clínica que contraste los resultados obtenidos y permitiendo obviar los posibles desfases que siempre ocurren entre lo ideal y lo real.



REGISTROS Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN SIGUIENDO EL MODELO AREA PARA MEDIR RESULTADOS DE LA UNIDAD DE ENFERMERÍA DE ENLACE DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO “PUERTA DEL MAR” DE CÁDIZ

Inmaculada Perteguer Huerta EHE, Francisco G^a Pavón EHE,
Carlos Grandal García EHE

INTRODUCCIÓN

La figura de la Enfermera Hospitalaria de Enlace (EHE), como gestora de casos, es desarrollada por el Servicio Andaluz de Salud para promover una asistencia sanitaria de alta calidad y coste-efectiva en Atención Especializada, como respuesta a los cambios socio-demográficos y de morbilidad que están sufriendo los países occidentales que repercuten directamente sobre la salud de la población y sobre la demanda de asistencia sanitaria. La EHE enmarca su práctica en la “Gestión de Casos” y tiene como objetivo fundamental la coordinación del plan asistencial y la continuidad de cuidados interniveles. Ofrece un entorno centrado en la persona y no en la enfermedad.

El modelo AREA permite focalizar la orientación y centrarse en los resultados a alcanzar en vez de en la identificación de problemas. AREA requiere que sean considerados un conjunto de problemas al mismo tiempo y discernir, entre ellos, que problema o cuestión es la más importante (focalizar). El proceso debe centrarse en la determinación del resultado esperado, así como, en cual será la evidencia de la consecución de dicho resultado.

La utilización de un lenguaje estandarizado permite la comunicación entre profesionales, facilita la normalización de la práctica, la investigación y la docencia enfermera, por ello se emplean para el diseño de toda la documentación las taxonomías NANDA, NOC y NIC.

La medición del Servicio prestado por las Enfermeras de Enlace y el valor añadido que dan al proceso asistencial es un objetivo de nuestro sistema, es por ello que al constituirse la Unidad de Enfermería de Enlace del Hospital Universitario Puerta del Mar, se marca como objetivo prioritario el diseño de Sistemas de Información que permitan la monitorización continua de dicho servicio. La utilización del modelo AREA nos permite orientar nuestras intervenciones a los resultados que queremos conseguir, así como, focalizar nuestro interés a aquellos resultados relevantes para la coordinación del Plan Terapéutico y la correcta transición al domicilio, poniendo especial énfasis en las cuidadoras informales ya que serán estas las encargadas del cuidado una vez que el paciente se encuentre en el domicilio.

OBJETIVO

Diseñar sistemas de registros e información que permitan medir el impacto de las intervenciones llevadas a cabo por la Unidad de EHE en cuanto a coordinación y a continui-



dad de cuidados.

MÉTODO

Revisión bibliográfica sobre registros, Modelo AREA, Diagnósticos prevalentes abordados por los Enfermeros de Enlace, problemas y expectativas de las cuidadoras, diseño de Indicadores, etc. Consenso de expertos para: Determinar cual será la información relevante para la Unidad. La elección del tipo de registros atendiendo a los siguientes criterios: pertinencia, facilidad para la recogida de datos, sencillez en la cumplimentación y claridad con la información que generan .

RESULTADOS

Los resultados de esta fase preparatoria del servicio a prestar por la Unidad, se han centrado en el diseño de los Sistemas de Información que nos permitan determinar en cada momento la producción de la Unidad tanto en cantidad como en calidad, así como disponer de una serie de Indicadores que nos proporcionen información acerca del impacto del servicio prestado en determinados aspectos de la salud y la satisfacción de nuestros clientes: Registros para la Valoración focalizada con Indicadores de Resultado, Plan de Intervención según valor del Indicador, registro de Enlace Interniveles, todos ellos se han elaborado en Word para entregar a la Unidad de Informática del Hospital y su inclusión en el Módulo Clínico. Registros para la monitorización de cuidadoras informales y cuidadoras de Grandes Discapacitados, para las intervenciones indirectas y para la casuística, empleando los Programas Informáticos Access y Excel.

CONCLUSIONES

El sistema de registros diseñado ha de pasar por la fase de pilotaje y validación, con la que podremos determinar la validez y la fiabilidad, así como introducir las modificaciones oportunas.

Este sistema nos va a proporcionar información acerca de:

- * Situación de nuestros clientes externos en la valoración al ingreso y al alta.
- * Resultados alcanzados en el plan de cuidados.
- * Resultados pendientes de alcanzar y que precisan continuidad tras el alta hospitalaria.
- * Pacientes incluidos en servicio en cada momento
- * Captación: directa o por derivación.
- * Cuidadoras de grandes discapacitados (debut o incluidas en base de datos del SAS).
- * Aplicación de las medidas de discriminación positiva durante la estancia en el hospital de las cuidadoras de grandes discapacitados.
- * Gestión de recursos adicionales a los cuidados, etc.

Así mismo, los sistemas de información diseñados nos permitirán identificar mejoras en la efectividad, eficiencia del servicio y en la satisfacción de clientes internos y externos.



PACIENTES QUIRÚRGICOS MAYORES DE 65 AÑOS: MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA, NANDA-NIC-NOC

Pilar Fernández Burgos, Carles Bisquert Ylla, Concepció Plana Capdevila,
Emi Chirveches Pérez, Margarita Oriol Ruscallada, Anna Alsina Ribas,
Josep Roca Closa

INTRODUCCIÓN

Para describir los juicios que las enfermeras hacen al proporcionar cuidados enfermeros a las personas, en el 2001 la North American Nursing Association (NANDA), la Nursing Interventions Classification (NIC) y la Nursing Outcomes Classification (NOC) crearon la taxonomía NNN con la finalidad de facilitar a las enfermeras un lenguaje común. Se planteó este estudio con los objetivos de identificar las necesidades alteradas, las manifestaciones de dependencia, los diagnósticos NANDA, los NOC's y los NIC's que identifican a los pacientes quirúrgicos mayores de 65 años.

MATERIAL Y MÉTODO

Tipo estudio: prospectivo. Sujetos estudio: pacientes intervenidos de manera programada de cualquier especialidad quirúrgica en el Hospital General de Vic. Criterios inclusión: pacientes >18 años, con ASA inferior o igual a III. Criterios exclusión: pacientes intervenidos por Cirugía Mayor Ambulatoria, pacientes con ASA >III y pacientes que presenten dificultades de comprensión o comunicación verbal. Instrumentación: recogida de datos mediante visita semiestructurada de enfermería, detección de manifestaciones de dependencia y diagnósticos NANDA, formulación de NOC's con sus indicadores y planificación de NIC's y actividades.

RESULTADOS

Se estudió una muestra de 145 pacientes, 88 (60.7%) hombres y 57(39.3%) mujeres con una edad media de 75.14 (± 5.51) años, fueron intervenidos de diferentes procedimientos quirúrgicos, presentando ASA II 90(62.1%) de ellos. Según la puntuación del Barthel 73 (50.3%) de los pacientes no eran autónomos y según la Norton sólo 4 (2.8%) de ellos presentaban riesgo de lesión. Después de valorar las necesidades alteradas de los pacientes según Modelo Henderson, se identificaron 9 etiquetas NANDA, 7 NOC's, 7 indicadores NOC, 11 NIC's y 42 actividades NIC.

CONCLUSIONES

Se ha podido concretar el contenido de un plan de cuidados de enfermería estandarizado para el cuidado de los pacientes intervenidos quirúrgicamente, mayores de 65 años, a partir de una muestra representativa de pacientes atendidos en nuestro centro.



APLICACIÓN DE DIAGNÓSTICOS NANDA Y MODELO DE HENDERSON

Juan Antonio Sánchez Guerrero, María Ruiz Díaz,
Rebeca Camacho Herrero, Laura Calero Sanz,
Francisco Horrillo Jiménez, Rafael González Rodríguez

INTRODUCCIÓN

Con el presente trabajo pretendemos facilitar la aplicación del modelo de Henderson y el proceso enfermero.

OBJETIVOS

- Clasificar los diagnósticos NANDA por necesidades siguiendo el modelo de cuidados de Henderson.
- Identificar, atendiendo a la propia definición de Diagnóstico de Enfermería, los diagnósticos NANDA que podemos utilizar, los que debemos utilizar con precaución y los que no deberíamos utilizar en el contexto legal de nuestra profesión.

MATERIAL Y MÉTODO

Hemos identificado los contenidos teóricos que consideramos necesarios deben ser objeto de estudio, de comprensión e inclusión en cada una de las 14 necesidades del modelo. Analizamos las etiquetas diagnósticas propuestas por la NANDA, clasificación de 2005-06, y las clasificamos atendiendo a dichas necesidades.

Con la definición de diagnóstico propuesta por R. Alfaro y M. Gordon, entre otras, proponemos los diagnósticos NANDA que, a nuestro juicio pueden ser utilizados, los que deben ser utilizados con precaución y los que no deben ser utilizados.

RESULTADOS

Elaboramos una tabla con la clasificación de los diagnósticos NANDA por necesidades de Henderson y los diagnósticos que podemos utilizar los hemos resaltado en color verde, los que debemos utilizar con precaución en color naranja y los que no deberíamos utilizar en color rojo.

CONCLUSIONES

La clasificación de los diagnósticos NANDA por necesidades que proponemos, no pretende ser una clasificación estática, sino todo lo contrario, ya que pensamos que existen etiquetas diagnósticas que podrían ser incluidas en otras necesidades distintas de las que se encuentran ubicadas o pertenecer a más de una de ellas.

La definición de diagnóstico de enfermería “problema de salud real o potencial que las enfermeras/os pueden tratar de forma legal e independiente, indicando las actividades de enfermería necesarias para prevenirlos, resolverlos o reducirlos”, nos hace deducir que no podemos utilizar todas las etiquetas diagnósticas que la NANDA establece.



PLAN DE CUIDADOS PARA UN POSTOPERADO DE TGA MEDIANTE SWITCH ARTERIAL

Leticia Bazo Hernández, Jesús Corriero Alegre,
María Purificación Casanova Angulo

SÍNTESIS DE LA COMUNICACIÓN

Palabras clave: Cardiopatía congénita. Transposición de grandes arterias. Switch arterial. Jatene. Plan de cuidados.

INTRODUCCIÓN

La importancia de los diagnósticos de enfermería a la hora de unificar el lenguaje entre los enfermeros y el poco uso que se hace de ellos, hace que nos hayamos planteado la revisión de las actividades que más frecuentemente se realizan en nuestra unidad a los pacientes de transposición de grandes arterias (TGA) post-operados mediante la técnica de switch arterial o Jatene y el desarrollo de un plan de cuidados estandarizado.

Los avances en las técnicas quirúrgicas cardíacas han mejorado notablemente el pronóstico de los pacientes con cardiopatías congénitas, como la TGA, pudiendo incluso llegar a su corrección definitiva. En el caso de la TGA (la aorta nace del ventrículo derecho y la pulmonar del izquierdo), la cirugía reparadora es el switch arterial, que consiste en recuperar la posición normal de las arterias pulmonar, aorta y coronarias.

OBJETIVO

Establecer un plan de cuidados para el paciente intervenido mediante la técnica de switch arterial.

METODOLOGÍA

Se ha realizado una amplia revisión bibliográfica de diagnósticos de enfermería de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), intervenciones de Nursing Interventions Classification (NIC), y resultados de Nursing Outcomes Classification (NOC).

RESULTADOS

Seleccionamos los diagnósticos, intervenciones y resultados de mayor relevancia en pacientes post-operados de TGA de nuestra unidad, realizando el plan de cuidados según los mismos. Creación de un sistema de registro de diagnósticos, objetivos, actividades e intervenciones.



CONCLUSIONES

La elaboración de un plan de cuidados favorece la unificación de criterios a la hora de realizar los cuidados de enfermería en un paciente con TGA, con el objetivo de mejorar la calidad asistencial y facilitar el trabajo del personal enfermero.





PLAN DE CUIDADOS PARA UN LACTANTE CON DISPLASIA BRONCOPULMONAR

Jesús Corriero Alegre, Leticia Bazo Hernández,
María Purificación Casanova Angulo.

Palabras clave: Displasia broncopulmonar, plan de cuidados, ventilación mecánica.

INTRODUCCIÓN:

La importancia de los diagnósticos de enfermería a la hora de unificar el lenguaje entre los enfermeros y el poco uso que se hace de ellos, hace que nos hayamos planteado la revisión de las actividades que más frecuentemente se realizan en nuestra unidad a los lactantes con displasia broncopulmonar y el desarrollo de un plan de cuidados estandarizado.

La ventilación mecánica y el soporte de oxígeno han mejorado el pronóstico de enfermedades en el neonato, como prematuridad, infección respiratoria, enfermedad cardiaca congénita y otras enfermedades graves del recién nacido. Las presiones elevadas y, sobretudo, las altas concentraciones de oxígeno a las que son expuestos los pulmones de estos recién nacidos puede desencadenar que posteriormente presenten displasia broncopulmonar.

OBJETIVO:

Establecer un plan de cuidados para el lactante con displasia broncopulmonar.

METODOLOGÍA:

Se ha realizado una amplia revisión bibliográfica de diagnósticos de enfermería de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), intervenciones de Nursing Interventions Classification (NIC), y resultados de Nursing Outcomes Classification (NOC).

RESULTADOS:

Seleccionamos los diagnósticos, intervenciones y resultados de mayor relevancia en lactantes con displasia broncopulmonar de nuestra unidad, realizando el plan de cuidados según los mismos. Creación de un sistema de registro de diagnósticos, objetivos, actividades e intervenciones.

CONCLUSIONES:

La elaboración de un plan de cuidados favorece la unificación de criterios a la hora de realizar los cuidados de enfermería en un lactante con displasia broncopulmonar, con el objetivo de mejorar la calidad asistencial y facilitar el trabajo del personal enfermero.



MEJORA DE LA CALIDAD EN LA GESTION DE CUIDADOS HOSPITALARIOS

Rafaela Rodríguez Castro, Carmen Mañas Sánchez,
Juan A. Sánchez Guerrero, Luis Torrecilla Rojas.

1.INTRODUCCION

El Area de Gestión Sanitaria del Campo de Gibraltar se suma a la apuesta por parte del Servicio Andaluz de Salud de incluir en su cartera de servicios la figura de la Enfermera Hospitalaria de Enlace.

Con esta figura viene a cubrirse una necesidad de garantizar la continuidad de cuidados en un grupo de pacientes con gran necesidad de cuidados y en especial alas cuidadoras principales de estos.

Esta innovación en cuidados viene a dar respuesta a las necesidades tanto de los pacientes como de los familiares.

2.OBJETIVO

Mejorar los Cuidados enfermeros con la Personalización de los Cuidados relacionados con la aplicación de una metodología de cuidados con fundamento científico.

3.METODO

Estudio retrospectivo del impacto sobre los cuidados desde el comienzo de esta Unidad en Febrero del 2005 hasta Diciembre del mismo año.

4. CONCLUSIONES

La evaluación del primer año creo que ha sido muy positiva, ya que partíamos de una situación donde nunca se había trabajado con metodología enfermera, con un modelo biomédico muy arraigado, Y las EHE han servido de motor de cambio en este nuevo modelo enfermero .

Los pacientes se van de alta mucho más confiados en el Sistema sanitario y los familiares con tranquilidad de garantía de continuidad en los cuidados al alta.

Ha servido de consolidación para la comunicación entre los dos niveles y de garantía de que trabajamos juntos para el mismo paciente.



DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA (DDE) PREVALENTES EN ATENCIÓN DOMICILIARIA

Pilar Elena Sinobas, Ana Isabel Besoy González,
Olga Blanco Matínez, Rocio Cardeñoso Herrero,
M. Cruz Hernández Barranco.

Son muchos los años que las enfermeras comunitarias se responsabilizan de la prestación de cuidados profesionales a pacientes en domicilio. Es el momento de hacerlo basados en la evidencia científica. Se debe empezar a definir los DdE prevalentes y los resultados que de ellos se derivan.

Se plantea conocer los DdE prevalentes, describir el perfil de paciente, determinar el coste de los cuidados no profesionales y la aportación del cuidador principal.

ESTUDIO ANALÍTICO, DESCRIPTIVO

DdE prevalentes: riesgo de caídas, deterioro de la movilidad física, déficit de autocuidado para el baño, higiene, vestido,... riesgo de deterioro de la integridad cutánea y cansancio en el desempeño del rol del cuidador.

El perfil es: mujer, 84a, con deterioro de la movilidad física y riesgo de caídas que precisa ayuda o suplencia total para actividades básicas de la vida diaria. Dispone de familiar, como cuidador principal en 94'04% de los casos

El cuidador principal emplea 4h. diarias en la atención de cuidados básicos del paciente, suponiendo un coste de 1.000 euros/ mes

Los pacientes inmovilizados en domicilio precisan ayuda para sus autocuidados, que, en su mayoría es prestado por la familia. Las autoridades sociosanitarias deben plantearse la solución a las necesidades de este grupo poblacional.



PROCESO ENFERMERO EN USUARIO CON SINDROME DE GUILLIÁN BARRÉ

Nora Hilda González Quirarte, Gloria Acevedo Porras.

RESUMEN

El presente trabajo tiene la finalidad de dar a conocer el método a través del cual los estudiantes de enfermería en la UAT, México integran conocimientos teóricos y los aplican en la atención a los usuarios durante su práctica clínica hospitalaria.

En muchos países, el Proceso Enfermero es un requerimiento para la práctica profesional de enfermería. Es el centro de las acciones de enfermería en cualquiera de sus ámbitos, constituye además un método eficaz de organización destinado a tomar decisiones acertadas. Se centra en la identificación de respuestas humanas, es decir, como responde el usuario a los planes terapéuticos.

En la enseñanza ha sido empleado como una herramienta que facilita el proceso hipotético y deductivo de este profesional durante su inserción con la persona, familia y comunidad. Se realizó la valoración de un usuario con síndrome de Guillain Barré a través de los patrones funcionales de salud identificando de acuerdo a la N.A.N.D.A. los diagnósticos de enfermería (ameritan intervenciones independientes) y problemas de colaboración (ameritan intervenciones de enfermería interdependientes).

Se realizó el plan de intervenciones de enfermería estableciendo los resultados esperados de acuerdo a la clasificación NOC y se identificaron las intervenciones de enfermería de acuerdo a la clasificación NIC.

El usuario fue valorado por primera vez el día 9 de febrero cuando ingreso a urgencias y se realizó un seguimiento de 10 días.



DESCRIPCIÓN DEL USO DE DIAGNOSTICOS E INTERVENCIONES ENFERMERAS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

Guervós Narváez, Maria del Carmen; Martín Fernández, Agustín;
Ordóñez Cuadros, Pilar; Molina Bueno, José Antonio;
Tenorio Illescas Inmaculada; Martín Sabio, Isabel María.

1. INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

En el Servicio de Urgencias del Hospital General Básico de Motril las enfermeras llevamos diez años usando la metodología enfermera en la prestación de cuidados urgentes. Para el registro de estas actividades partimos de los Patrones de M. Gordon y elaboramos una Hoja de Valoración y Registro de Intervenciones donde pudiesen recogerse de una manera rápida y uniforme la información más importante que nos permitiese identificar “problemas” de enfermería que pudieran dar lugar a la puesta en marcha de un plan de cuidados individualizado. Comenzamos a adjudicar etiquetas diagnósticas usando la clasificación NANDA 2001, tras realizar cursos masivos de metodología enfermera que formaron al 70% de las enfermeras de nuestro hospital, pasando así a una nueva fase. Para facilitar el trabajo y habituar al personal se realizó una relación de los diagnósticos más frecuentes e importantes que se pueden encontrar en nuestro servicio, a partir de una muestra de los “problemas” anteriormente identificados, y se listaron una serie de intervenciones adaptadas a determinados problemas.

A tenor de lo anterior en el presente artículo nos proponemos explicar los resultados obtenidos en un estudio realizado en 2005 en nuestro servicio, Comprobamos así cual es la gama de diagnósticos e intervenciones más frecuentes con los que trabajamos de una manera sistematizada. Como veremos hemos analizado de forma especial la actuación de enfermería durante la aplicación de una intervención tan importante para enfermería como es: 6364 Triage: centro de urgencias.

2. Metodología.

Estudio descriptivo prospectivo en el que se ha estudiado una muestra de 180 pacientes que acudieron al Servicio de Urgencias del Hospital General Básico Santa Ana de Motril durante los meses de Junio a Noviembre de 2005, ambos incluidos.

Para la selección de la muestra se realizaron tres cortes mensuales entre los pacientes que consultaron con el servicio, seleccionándose 10 pacientes de entre los que asistieron los días 10, 20 y 30 de cada mes, resultando un total de 30 pacientes mensuales.

La selección de los pacientes dentro de cada día de corte se llevó a cabo usando una tabla de números aleatorios en base al orden de llegada del día.

Dentro de los anteriores se incluirán aquellos pacientes a los que se les haya atendido y





dado de alta, trasladado o ingresado desde nuestro servicio (Urgencias).

No se incluyen en el estudio aquellos pacientes que consultan con el servicio entre las 00:00 horas y las 7:59 horas, ya que en esa franja horaria la consulta de triage esta cerrada. Si se incluyen, debido a que estos son reevaluados en esta consulta, los pacientes derivados por Atención Primaria y/o Equipos de Emergencias Extrahospitalarias. No se incluyen los pacientes que son trasladados de otro centro para ingreso directo en planta. La recogida de datos se llevó a cabo siguiendo una Hoja de Recogida de Datos confeccionada específicamente para el estudio, donde se reflejaban las variables a estudiar. Estas fueron: Edad, Sexo, Motivo de consulta, Hora de entrada a consulta, Hora de llegada, Hora de triage, Prioridad, Tiempo de respuesta de triage, Constantes vitales y pruebas complementarias determinadas y/o iniciadas desde triage Intervenciones de Enfermería realizadas, Valoración inicial de enfermería completada o no, Problemas detectados / Diagnósticos de enfermería, Diagnóstico/Juicio Clínico y Destino

Los datos son manejados y tratados estadísticamente usando una base de datos en Microsoft Access específicamente diseñada para el estudio.

3. Resultados.

Se han estudiado un número total de 180 pacientes, resultando un 52,7% mujeres y un 47,3% hombres. La distribución por edades fue: menores de 15 años: 10,2%; entre 15 y 64 años: 65,0%; mayores de 64 años: 25,8%. El tiempo medio de espera de los pacientes desde que son registrados en el servicio por Admisión y son valorados en triage fue de 7 minutos y 42 segundos. La distribución por prioridades de los pacientes vistos en triage fue: Prioridad 1: 1,4%; Prioridad 2: 74,8%; Prioridad 3: 22,4%; Prioridad 4: 1,4%. El tiempo medio de espera para ser valorado por un facultativo del servicio fue de 47 minutos y 37 segundos. La distribución de tiempos medios de espera para valoración facultativa por prioridades fue: Prioridad 1: 30 segundos; Prioridad 2: 52 minutos y 48 segundos; Prioridad 3: una hora, 31 minutos y 34 segundos; Prioridad 4: 45 minutos.

Los motivos de consulta detectados en triage fueron: Traumatismos 11,97%, Dolor osteomuscular atraumático 7,98%, Dolor abdominal 14,82%, Heridas 3,42%, Mareo 6,84%, Vómitos 2,86%, Diarrea 2,86%, Hemorragia Digestiva 1,71%, ORL y Oftalmología 5,70%, Fiebre 5,70%, Astenia 1,14%, Cefalea 2,86%, Motivos urológicos 2,29%, Disnea 6,84%, Picaduras 1,14%, Nerviosismo 1,14%, Malestar General 3,43%, Metrorragia 0,57%, Odontalgia 0,57%, Dolor Costal 2,29%, Dolor en Fosa Renal 2,29%, Dolor Torácico 7,41%, Estreñimiento 0,57%, Hipoglucemia 0,57%, Hipertensión Arterial 0,57%, Lesiones cutáneas atraumáticas 2,29%.

A los pacientes clasificados en triage se les realizó la determinación de los siguientes parámetros vitales: Tensión Arterial, 58,9% de los pacientes; Frecuencia Cardiaca 57,4%; SaO₂ 17,4%; Temperatura 48,4%. De todos los pacientes valorados en triage, les fue solicitada radiografía en triage al 24,2%, se le realizó electrocardiograma desde triage a un 14,2%, se determinó la glucemia a un 1,6%, se le realizó tira analítica de orina a un



3,7%, se les solicitó test de gestación a un 1,6%.

Les fue realizada la valoración inicial de enfermería completa al 83,7% de los pacientes estudiados. Los diagnósticos de enfermería detectados en los pacientes estudiados fueron: ver Tabla 1.

Las intervenciones enfermeras registradas se muestran en la Tabla 2.

El destino de los pacientes estudiados fue: Alta 92,6%; Ingreso en planta: 3,7% y Traslado a Otro centro 1,1%. El tiempo medio de espera hasta derivación a destino desde la llegada del paciente a la unidad de Admisión fue de 2 horas, 33 minutos y 32 segundos.

4. Discusión de los resultados.

Como vemos, aunque la recogida de datos se ha realizado incluyendo época estival, donde gran parte del personal de enfermería es eventual y esta poco familiarizado con la dinámica del servicio, existe un alto grado de realización de la valoración de enfermería, que como hemos dicho se encuentra pre-confeccionada en una hoja de valoración basada en los Patrones de M. Gordon, permitiendo una valoración fácil, homogénea, rápida y uniforme. A priori no se ha determinado un lugar ni agente específico fijo para la realización de la valoración inicial de enfermería, recomendándose que esta se lleve a cabo por el enfermero que se encarga del paciente en el área de policlínica cuando es valorado por el facultativo. Sin embargo, a pesar de no estar recogido este dato en el estudio, la experiencia nos demuestra que la mayoría de las valoraciones de enfermería son realizadas por el enfermero que está encargado de la consulta de triage. Si tenemos en cuenta esta tendencia junto con el hecho de que el tiempo de triage esta disminuido con respecto al Gold Standard (10 minutos) y pensamos en las mejores condiciones de comunicación de nuestra consulta de triage (consulta tranquila separada del resto, con intimidad, luz y espacio), podríamos llegar a la conclusión de que es en esta consulta donde se debería de llevar a cabo la valoración inicial de enfermería. De esta manera el paciente llegaría al área de policlínica con la información necesaria para que el enfermero receptor en esta área conozca su estado y pueda iniciar un proceso metodológico de cuidados de enfermería. Esta opción se nos presenta como una alternativa a validar en un futuro próximo.

Como vemos en la Tabla 1, el espectro de diagnósticos utilizados pudiera parecer escaso, pero hemos hallado mas de los inicialmente listados, aunque encontrando dentro de este espectro muy pocos diagnósticos con frecuencias que puedan parecer significativas. Bien, es posible que así sea, pero la casuística de los pacientes atendidos en el servicio no aporta datos nuevos y se adapta a los estándares (1), reflejando gran diversidad pero mostrando aumentos muy significativos de frecuencia en los motivos de consulta clásicos, tales como los traumatismos y dolor abdominal y torácico. Esto concuerda con los diagnósticos de enfermería más comunes, que como vemos en la Tabla 1 son 911 Dolor



Agudo y también un gran porcentaje de diagnósticos relacionados con la angustia que le produce al paciente su enfermedad y la asistencia al servicio de urgencias: 931 Ansiedad y 932 Temor. La causa de la concentración de las etiquetas diagnosticas en estos pocos ejemplos es clara: es cierto, son los más frecuentes, pero también son muy fáciles de detectar y, lo que “a priori” nos parece lo más importante en nuestro servicio, plantean actuaciones fáciles, rápidas y criterios de resultado alcanzables dentro de Urgencias. A la vista de estos se desarrollan planes de cuidados específicos que se inician desde la detección del problema, donde el enfermero responsable valorará la existencia de Dolor, Ansiedad o Temor y en muy pocos minutos, (desde la consulta misma de triage, si allí se ha valorado al paciente) por ejemplo, activa mecanismos para aliviar el dolor o informa y tranquiliza al paciente y familia para disminuir su angustia (intervenciones más frecuentes: Tratamiento Parenteral 48,4%, Acceso Venoso 47,9%, Apoyo emocional 47,6%, Disminución de la Ansiedad 50%).

Evidentemente la mayor parte de los diagnósticos usados son de la esfera de los problemas interdependientes, sin embargo encontramos un gran porcentaje de etiquetas “Temor y Ansiedad” de los que se derivan intervenciones independientes que la enfermera usualmente maneja en Urgencias.

Y como última fase, en la actualidad, las enfermeras de nuestra unidad ya están demandando herramientas para la medición de resultados y consecución de objetivos.

La pregunta es, ¿podemos ampliar esta gama de diagnósticos detectados? Y, si esto es posible, ¿Es posible y viable en consecuencia iniciar en urgencias intervenciones como consecuencia de otro tipo de diagnósticos de enfermería que plantean objetivos de resolución más a largo plazo? Creemos que si. Como hemos visto, nos hemos dado cuenta de que somos capaces de hacerlo con determinados diagnósticos específicos, con lo que tan solo es cuestión de formación y planificación el ampliar este abanico de etiquetas sobre las que actuar.

En cuanto a las intervenciones de enfermería, vemos que son las clásicas que se pueden realizar en un servicio de urgencias de acuerdo a la bibliografía, llamando tan solo la atención la aparición de altos porcentajes en intervenciones como Apoyo emocional 47,9%, Disminución de la Ansiedad 50%, intervenciones que se llevan a cabo principalmente en la consulta de triage, cuando al paciente se le recepciona y se le da toda la información que necesite para facilitar la disminución de su angustia y temor ante los procedimientos a los que va a ser sometido, tiempos de espera, circuito de atención, etc.

5. Conclusiones.

- Se ha conseguido, con la instauración de una hoja de valoración fácil y rápida de cumplimentar, un alto porcentaje de valoraciones de enfermería realizadas, incluso en aquellos segmentos de tiempo, como en verano, donde la enfermería del servicio esta formada en gran parte por personal no adscrito habitualmente a la unidad y poco habituado a la dinámica de trabajo de esta.



- El abanico de diagnósticos detectados es escaso, y dentro de este la frecuencia de pacientes diagnosticados parece ser significativa tan solo en diagnósticos como Dolor Agudo, Ansiedad y Temor. Como hemos discutido, esto se debe principalmente a la facilidad para su detección, resolución y seguimiento dentro del tiempo y el espacio del servicio de urgencias.

- Sin embargo la detección de actuaciones metodológicas en este tipo de diagnósticos nos anima a seguir con la formación para poder ampliar el espectro diagnóstico en urgencias.

- Las intervenciones realizadas son paralelas a las de la literatura. Destaca que nuestro personal enfermero está muy concienciado de la necesidad de intervenir en el espectro conductual del paciente. Con esto se aumenta el confort del paciente durante su estancia en el servicio y al mismo tiempo se facilita la labor del personal sanitario, orientando al paciente hacia la colaboración y la actitud terapéutica positiva.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Martín, Agustín y cols. Estudio Triunf. Validación y Eficacia del Triage de Enfermería de Urgencias. *Enfermería Jaén* 26:26-32.
- Joanne C. McCloskey, Gloria M. Bulechek (Eds). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*. Segunda Edición. Madrid. Ed. Síntesis, 1999.
- Sue Moorhead, Marion Jonson, Merodean Maas (Eds). *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)*. Tercera Edición. Madrid. Ed. Elsevier, 2005.
- NANDA. *Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación*. Madrid. Ed. Elsevier, 2003.
- Luís Rodrigo, M^a Teresa. *Los Diagnósticos Enfermeros. Revisión crítica y guía práctica*. Tercera edición. MASON 2004.
- Gordon, M. *Diagnósticos de enfermería. Aplicación a la práctica clínica*. Novena edición. Mc Graw Hill. Madrid 2003.
- Proyecto NIPE: Normalización de las intervenciones para la práctica de enfermería Consejo General de Enfermería. Edit. M. de Sanidad y Consumo. Madrid 2002.
- Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias. Servicio Andaluz de Salud. www.juntadeandalucia.es
- Casares Cervilla y cols. *Guía de Práctica Clínica para la atención de enfermería de emergencias*. www.enfermeriadeurgencias.com. N^o 25, septiembre 2004.



Código	Enunciado Diagnóstico	% Pacientes
1223	Hipertermia	6,3
1312	Diarrea	1,1
1411	Perfusión tisular inefectiva (renal, cerebral, cardiopulmonar, gastrointestinal, periférica)	2,1
1412	Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos	4,2
1421	Disminución del gasto cardiaco	0,5
1513	Patrón respiratorio ineficaz	3,2
161	Riesgo de lesión	0,5
1611	Riesgo de asfixia	0,5
1211	Riesgo de Infección	2,1
1621	Deterioro de la integridad tisular	5,3
2111	Deterioro de la comunicación verbal	0,5
5211	Incumplimiento del tratamiento (especificar)	0,5
6111	Deterioro de la movilidad física	10
61113	Deterioro de la deambulación	1,1
72	Trastorno de la percepción sensorial: (visual, auditiva, cinestésica, gustativa, táctil, olfatoria)	1,1
822	Confusión aguda	1,1
911	Dolor	57,4
9111	Dolor crónico	5,3
*912	Náusea	4,2
931	Ansiedad	53,7
932	Temor	23,2
5111	Afrontamiento individual ineficaz	4,6
3221	Cansancio en el rol del cuidador	1,2
652	Déficit de autocuidados (baño - higiene)	2,0
13112	Estreñimiento	0,8
1322	Retención urinaria	0,4

Tabla 1. Diagnósticos de enfermería detectados en los pacientes estudiados.



Código	Intervenciones Enfermeras	% Pacientes
6360	Triaje	100
2305	Administración de medicación parenteral	48,4
2304	Administración de medicación oral	7,9
2440	Mantenimiento de vía venosa	2,6
3320	Oxigenoterapia	2,1
3620	Suturas	3,1
4190	Punción intravenosa	47,9
5270	Apoyo emocional	47,6
5510	Educación sanitaria	22,6
5820	Reducción de la ansiedad	49,9
6200	Cuidados de urgencia	100
6530	Inmunización - Administración de vacunas	1,1
7680	Ayuda a la exploración	80
6680	Monitorización de signos vitales	6,7
4230	Flebotomía: muestra de sangre venosa	47,9
4232	Flebotomía: muestra de sangre arterial	2,6
4030	Administración de productos sanguíneos	0,5
3660	Cuidado de las heridas	2,2
0910	Entablillado	2,1
7920	Documentación	21,1
2300	Admón. de medicamentos(Aerosolterapia)	3,2
4230	Flebotomía (Hemocultivos seriados)	0,5
0580	Cateterización urinaria (urocultivos)	6,7
4230	Flebotomía (Pruebas cruzadas)	1,6
1650	Cuidado de los ojos (lavado ocular)	1,7

Tabla 2. Intervenciones Enfermeras registradas.



ORDEN Y DESORDEN ENTORNO AL MÉTODO

Esperanza Ferrer Ferrandis, Angela Olmedo Salas,
Fe Bregel Gabaldon.

INTRODUCCIÓN

El ámbito de la práctica, estudio e investigación de la disciplina enfermera, como ciencia humana, la construimos a partir de las vivencias de las personas que cuidamos, relacionadas con la salud, enfermedad, sufrimiento, dolor o muerte. Experiencias compartidas a través de las diferentes "voces" de las personas, que se constituyen como los personajes principales del estudio, con los significados intersubjetivos que cada uno de ellos les otorga según sus propia consciencia y experiencia.

Interrogantes que surgirían ¿cómo integrar los relatos de vida, narrativas experienciales de situaciones complejas, no sujetas a reglas predictivas, desordenadas, ambiguas, rodeadas de las incertidumbres que se dan alrededor de acontecimientos de vida-muerte, en lenguajes categóricos, clasificados, predictivos y deterministas? ¿Cómo poder conciliar en este momento del discurso enfermero, los lenguajes emergentes en torno a los juicios clínicos, las intervenciones y los resultados del proceso?

Planteamos mediante una representación gráfica, el pensamiento reflexivo de un intento de conciliación, entre la complejidad del sujeto y la concreción del método.

METODOLOGÍA: análisis documental de textos.

RESULTADOS

Intento de construir el estándar de un proceso de cuidados, planteando conciliar lo complejo de la acción humana y lo concreto de un método, contemplando la búsqueda de elementos (indicadores NOC) dispersos, aparentemente independientes y desconectados, pero reales y que logran darle sentido, iniciando una búsqueda orientada a los fenómenos que a priori se pueden dar alrededor de esa situación de salud vivida por el sujeto que puede ser o no común a otros, pero contemplando la particularidad del sujeto por los indicadores NOC obtenidos, que siempre estarán circunscritos a las respuestas individuales, la obtención de ellos nos podrán confirmar la presencia o no de los problemas que normalmente aparecen recogidos como predictivos en un estándar de cuidados, haciendo mas transitable el camino de incertidumbre que toda situación de cuidados supone.



REPRESENTACIÓN GRÁFICA, DEL MODELO DE V. HENDERSON COMO HERRAMIENTA DIDÁCTICA

Matilde Celma Vicente, Pilar González Carrión,
M^a Dolores Cano-Caballero Gálvez

RESUMEN

Un modelo enfermero es la expresión del marco conceptual o matriz disciplinar. Muestra imágenes mentales acerca de los fenómenos de interés de una disciplina. En palabras de Rigol (2005) los modelos y teorías enfermeras, son uno de los ejes principales que estructuran y fundamentan el currículum educativo. No se puede enseñar sin un modelo conceptual, ya que éste delimita el área de competencia, orienta la práctica profesional, la gestión y administración de los cuidados, delimita el área de decisión y responsabilidad, y dirige la enseñanza e investigación. Además, no podemos perder de vista, que para el uso de las taxonomías enfermeras es imprescindible tener como base un marco teórico. Pero esto no está exento de dificultades dado el grado de abstracción teórica de los modelos y a las dificultades estructurales para llevarlo a la práctica.

Hemos elegido el modelo de Virginia Henderson porque emplea una terminología de fácil comprensión, su construcción teórica es muy abierta resultando coherente con nuestros valores culturales, e incluye también como parte de la actuación de la enfermera el rol de colaboración (Luis, 2000).

Una de sus ventajas, consiste en la aportación de una estructura teórica que permite el trabajo enfermero por necesidades de cuidado, facilitando así la definición del campo de actuación enfermero, y a nivel más práctico, la elaboración de un marco humanístico de valoración de enfermería en base a las catorce necesidades básicas descritas por la autora.

Creemos que la exposición visual del modelo, ayuda a los alumnos a tener una representación gráfica del mismo, facilitando su aprendizaje y su comparación con otros modelos.

OBJETIVO

Crear una herramienta didáctica que contenga todos los elementos fundamentales del modelo de Henderson, de una forma sencilla, esquemática, clara y atractiva para los alumnos.

Metodología: Se creó un grupo de expertos cuyos primeros pasos consistieron en: a) Revisar las fuentes primarias bibliográficas. b) Analizar documentos bibliográficos sobre la utilidad práctica del modelo c) Reunir y analizar la información sobre las dificultades o problemas de comprensión más frecuentes de nuestros alumnos en la aplicación teórico-práctica del modelo. En segundo lugar se consensuó el diseño de un póster cuyo contenido, forma y color, respondiera a las características planteadas. En tercer lugar se



pilotó con 5 enfermeros y 10 alumnos de 2º de enfermería que ya conocían el modelo de Henderson, a los que tras una breve explicación se les mostró el formato y posteriormente, calificaron el contenido, la claridad y el atractivo del mismo, así como su utilidad como herramienta didáctica.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El póster ha resultado una herramienta sencilla y económica para que los componentes de un modelo, dejen de ser algo abstracto, y se muestre más amigable para los alumnos.

BIBLIOGRAFÍA

Henderson V. "La naturaleza Enfermera. Reflexiones 25 años después. Madrid: Interamericana-McGraw- Hill, 1994.

Luis M, Fernandez C, Navarro MV. "De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI". 2ª ed. Barcelona:Masson; 2002.

Fernández C, Novel G. "El modelo de Henderson y el proceso de atención de enfermería", Barcelona: Masson/Salvát, 1993.

Rigol A. El marco conceptual enfermero: pasado o presente. Presencia 2005 ene-jun; 1(1).





SOLICITUD DE UNA NUEVA INTERVENCIÓN ENFERMERA: “CUIDADOS DE LAS QUEMADURAS”.

Jesús Bujalance Hoyos, M^a Teresa Pérez Boluda,
Susana Padín López, Francisco Fernández Camino,
Rosa M^a Palop Gonzalez, M^a Concepción Fernández Mérida.

INTRODUCCION

La presente intervención “Cuidados de las quemaduras” define los cuidados que las enfermeras administramos a los pacientes que sufren una quemadura, durante todo el curso de la lesión. Hemos contemplado todas las actividades del proceso, desde el momento en el que se produce la lesión, los cuidados extra e intrahospitalarios, los procedimientos para una curación más óptima, sin olvidar el apoyo emocional y psicológico que necesitan estos pacientes así como su posterior integración social tras la curación. Solo así, entendiendo al paciente quemado desde una perspectiva holística garantizaremos la máxima calidad en el plan de cuidados de enfermería y aseguraremos una continuidad de cuidados en el tránsito del paciente interniveles asistenciales.

OBJETIVOS

1. Diseñar una nueva intervención siguiendo los criterios de la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) donde se refleje todas las actividades que enfermería realiza en el cuidado de un paciente quemado.
2. Solicitar a la NIC para que sea admitida.
3. Garantizar el uso de la metodología enfermera en nuestra práctica asistencial.

MATERIAL Y METODOS

La intervención que proponemos está abalada con más de 20 años de experiencia en el cuidado de estos pacientes en nuestra Unidad de Quemados del Hospital Regional Universitario Carlos Haya de Málaga. De todo este trabajo nace en 2004 la “Guía de actuación ante el paciente quemado” donde se refleja el plan de cuidados estandarizado del paciente quemado. Para realizar la intervención “Cuidados de las quemaduras” hemos buscado la evidencia existente y hemos reflejado todo los cuidados de estos pacientes para garantizar una prestación de cuidados de la máxima calidad. Una vez diseñada se ha enviado al Consejo General de Enfermería (proyecto NIPE) para su apoyo metodológico y revisión, y esta semana próxima la enviaremos a la NIC review para solicitar su aprobación.



RESULTADOS

Se presentará el poster con la Intervención solicitada, detallando todas las actividades enfermeras.

CONCLUSIONES

1. En nuestra intervención definimos claramente todos estos cuidados, que están identificados en el Plan de Cuidados estandarizados del paciente quemado que poseemos en la unidad, y que en la práctica diaria individualizamos con cada uno de nuestros pacientes garantizando una prestación de cuidados de la máxima calidad.
2. Esperamos que esta intervención que hemos diseñado sea aprobada por la NIC, pues así contribuiremos a transmitir todos estos conocimientos a los profesionales de enfermería que en algún momento tengan que enfrentarse a la difícil tarea de cuidar a un paciente que ha sufrido una quemadura.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Joane McCloskey Dochterman, Gloria M. Bulechek. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE): Nursing Interventions Classification (NIC). 4ª edición. Editorial Mosby 2005.
- 2.- Gómez, B., Díaz, L., & Luna, A.C. (2005). Cuidado en enfermería para la persona adulta quemada en etapa aguda. Guías ACOFAEN. Biblioteca Lascasas. Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0029.php>
- 3.- Baxter, C.R., Waeckerle, J.J. (1998). Emergency treatment of Burn Injury. *American Emergency Medicine*, 17(12), 1305-1315.
- 4.- Badger, J.M. (2001). Burns: the psychological aspects. *American Journal of Nursing*, 101(11), 38-42.
- 5.- Weddell R. (2004). Improving pain management for patients in a hospital burns unit. *Nursing Times*, 100(11), 38-40.
- 6.- Pérez, M., Lara, J., Ibáñez, J., Cagigal, L., León, CM. (2006). Guía de Actuación ante el paciente quemado. Unidad de Enfermería de Quemados. Dirección de Enfermería. Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga.
- 7.- Flynn M.B. (2004). Nutritional support for the burn-injured patient. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 16(1), 139-44.
- 8.- Thompson J.T., Meredith J.W., Molnar JA. (2002). The effect of burn nursing units on burn wound infections. *Journal Burn Care Rehabilitation*. Jul-Aug, 23(4), 281-6.



DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA MAS PREVALENTES EN POBLACIÓN ATDOM

Lopez Pinell M^a Luz, Martinez Galvez Susana,
Porras Benjumea Raúl ,Mingarro Lago Nuria,
Pons Poch Mónica, Peinado Bedmar Alicia.

RESUMEN

Estudio descriptivo en una ABS urbana de 31.000 hab. Del total de pacientes incluidos en el programa de Atención domiciliaria (6%).

Población definida según edad, sexo, estado funcional y estado cognitivo (mediante escalas validadas de Barthel y Pfeiffer) .

Utilización del Proceso de Atención de Enfermería con valoración por patrones de Gordon para destacar los diagnósticos de Enfermería más prevalentes.

CONCLUSIONES

La mayoría de los pacientes en programa ATDOM son mujeres de 80 años con dependencia moderada para las AVD y deterioro cognitivo leve.

El diagnostico enfermero más prevalente es el deterioro de la movilidad física, seguido del riesgo de caídas y incontinencia urinaria total.

El uso del proceso enfermero con lenguaje unificado favorece la comunicación, la continuidad y la calidad del cuidado.





ESTANDARIZACIÓN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN TRASTORNOS ADAPTATIVOS

M^a José Gómez Lozano, María Lorenzo Tojeiro,
M^a Teresa Delgado Almeda, M^a Carmen Rubio Muñoz,
M^a Carmen Vilchez Esteve, Jordi González Jiménez

INTRODUCCIÓN

El proceso de estandarización de cuidados de enfermería es parte de un proyecto iniciado por Benito Menni CASM de Sant Boi en 1995. El punto de partida viene marcado por la elección de una metodología asistencial, basada en planes de cuidados, tomando como referente el modelo conceptual de Nancy Roper, que marca el grado de dependencia de cada usuario en las diferentes actividades vitales.

OBJETIVO

Estandarizar los cuidados de enfermería en Trastornos Adaptativos según el modelo conceptual de Nancy Roper.

DESARROLLO

Inicialmente se realiza un estudio de prevalencia de diagnósticos médicos, sobre una muestra de 205 individuos dados de alta entre enero y junio de 2004, ambos incluidos. Del análisis de datos se obtiene que la patología prevalente es la Esquizofrenia, con un porcentaje del 40,5%. Los Trastornos Adaptativos representan un 17,6%.

Los datos se obtienen mediante revisión de historias médicas y de los Planes de Cuidados de Enfermería. Su análisis determina los diagnósticos de enfermería prevalentes en cada actividad vital, resultantes de la patología de Trastorno Adaptativo.

Se utiliza la taxonomía NANDA/NOC/NIC a lo largo de todo el proceso.

CONCLUSIONES

El resultado de este proyecto es la configuración del Estándar de Cuidados de Enfermería para la patología de Trastorno Adaptativo.

La estandarización permitirá establecer una pauta de actuación de cuidados de enfermería para un grupo determinado de pacientes manteniendo siempre su individualidad. Tener una guía de trabajo sistemática y común, facilitará la evaluación de los cuidados en Enfermería y las investigaciones que se puedan llevar a cabo posteriormente.

Este es el paso necesario para elaborar, en un futuro, una trayectoria clínica.



CONOCIMIENTOS DEFICIENTES R/C CUIDADOS DEL RECIEN NACIDO.

Antonia María Rosales Cano, José Sánchez Gámez,
Raquel Padilla Matas.

INTRODUCCIÓN

La llegada del Recién Nacido (R.N.) genera cambios en su entorno que exigen un plan que de soluciones a las dificultades: Escasez de tiempo, diferencias culturales significativas, rangos de edad dispares, amplio intervalo de años entre nacimientos y parejas con déficit de conocimientos.

OBJETIVOS

- Detectar el nivel de conocimientos y habilidades en el desempeño de los cuidados y técnicas específicas.
- Eliminar los déficits.
- Fomentar el vínculo Madre-Padre-R.N.

POBLACION DIANA

- Primíparas y multíparas que lo demanden.
- Padre/pareja.
- Cuidadores habituales.

RECURSOS NECESARIOS

- Materiales:
 - Nido.
 - Lactario.
 - Trípticos informativos.
- Humanos:
 - Personal de enfermería.
 - Personal auxiliar.

METODOLOGÍA

- Valoración de los conocimientos iniciales de la paciente sobre cuidados del R.N., del tipo de alimentación que desea darle y experiencia previa.
- Instrucción de la puerpera y su pareja, o familiares sobre el baño, lavado ocular-nasal, cura umbilical, cambio de pañal, vestimenta y reposo-sueño del R.N.
- Charla sobre la lactancia materna, mixta y artificial, problemas alimentarios, cuidados del pezón y resolución de dudas.





- Valoración de la evolución en la realización de los cuidados y lactancia materna durante su estancia hospitalaria.
- Cumplimentación del informe de continuidad de cuidados de enfermería al alta para el posterior seguimiento.
- Realización de la encuesta de satisfacción al alta hospitalaria.

DISCUSIÓN-CONCLUSIÓN

-Tras aplicar nuestra nueva metodología observamos:

Mayor satisfacción al alta, mejora en la relación madre-padre-R.N., aumento de los conocimientos y/o habilidades específicas y alternativas y disminución de la ansiedad. Por otra parte a pesar de que este protocolo de actuación genera una mayor carga de trabajo para los sanitarios de enfermería durante el turno de trabajo debido a la continua demanda de asistencia e información durante la estancia hospitalaria de la púerpera y sus familiares, es imprescindible el trabajo del personal sanitario de enfermería, cuya influencia es fundamental en las unidades de obstetricia, apoyando a la paciente y a su unidad familiar.



ALGORITMO DE TOMA DE DECISIONES EN LA VALORACIÓN DEL DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL EN EL ANCIANO

Roberto Fernández Ruiz, María Teresa López Pérez,
Juan Augusto Rubio Muñoz, Francisco Javier Pérez Cabezas,
Ana de Irigoyen Díaz, Antonia Martínez Herrera.

INTRODUCCIÓN

Cuando las enfermeras realizamos una valoración de la alimentación en un paciente y se detecta una pérdida de peso, ya sea mediante patrones funcionales de Gordon o necesidades básicas de V. Henderson, nos encontramos con dificultades para discernir entre: aplicar un Plan de Cuidados, considerarlo exclusivamente como un Problema de Colaboración, o cuando en la aplicación de un Plan de Cuidados Enfermero es necesaria la participación de otros profesionales.

Además solemos recurrir a nuestro bagaje personal y a los conocimientos adquiridos al no disponer de una herramienta estructurada y adecuada para discriminar y tomar decisiones.

Nuestra propuesta se basa en la utilización de un algoritmo como herramienta para facilitar la toma de decisiones en la sospecha de Desequilibrio nutricional por defecto y eliminar con ello la subjetividad en la práctica enfermera.

OBJETIVO

- Facilitar la toma de decisiones diagnósticas
- Aportar un instrumento de valoración basado en la bibliografía existente
- Evitar las creencias relacionadas con una ingesta adecuada o inadecuada
- Fomentar el uso de escalas validadas

MATERIAL Y METODO

- Diseño de algoritmo de toma de decisiones
- Escalas de valoración: M.N.A. e I.M.C.
- Entrevista nutricional: Análisis de la ingesta retrospectiva 24 horas /semanal
- Tabla de Requerimientos nutricionales basada en cálculo por raciones en población anciana sana



APLICACIÓN DE PLANES DE CUIDADOS ENFERMEROS PARA LA OPTIMIZACIÓN DE RECURSOS: VALORACIÓN DE INCONTINENCIAS

Mónica Casado Daza, María Teresa López Pérez,
Roberto Fernández Ruiz, M^a Luisa Ocaña Moreno,
Inmaculada Urbina Faraldo, Ceferino Prieto García.

INTRODUCCIÓN

El incremento en la expectativa y calidad de vida actual ha supuesto un aumento exponencial del uso de absorbentes en ancianos con incontinencias. A su vez las Enfermeras asumen un papel cada vez más importante en el manejo de los recursos en Atención Primaria, si bien no prescribiendo directamente si influyendo mediante la valoración de las necesidades de estos pacientes.

Partiendo de la existencia en nuestra Area de Gestión Sanitaria de un Informe de Valoración de Incontinencias, siendo éste de obligada cumplimentación por el Médico o la Enfermera de Familia para la gestión de absorbentes, se ha añadido un modelo de valoración bed-side para facilitar tanto la realización de Planes de Cuidados como la propuesta de utilización de absorbentes según las necesidades individuales. Además se contempla la posibilidad de justificar el aumento de absorbentes en situaciones que impliquen la aparición de nuevos problemas o agravamiento de los existentes.

OBJETIVOS

- Promover Planes de Cuidados específicos con el uso de Metodología NANDA-NIC-NOC
- Fomentar el uso de escalas validadas para apoyar al Diagnóstico Enfermero en incontinencias
- Proporcionar a las Enfermeras un instrumento útil para la toma de decisiones en el manejo de absorbentes
- Optimizar el uso de absorbentes según criterios objetivos

MATERIALY METODO

- Informe valoración de Incontinencia Urinaria
- Informe valoración de Incontinencias en situaciones especiales
- Hoja de cumplimentación de Diagnósticos de Enfermería y Planes de Cuidados
- Escala de NORTON
- Algoritmo para Diagnósticos de Enfermería de Incontinencia Urinaria de la A.S.A.N.E.C.
- Tabla relacional: tipo de absorbentes / tipos de incontinencia



DESCRIPCIÓN DE LOS CUIDADOS REALIZADOS EN LA FATIGA DE PACIENTES TRASPLANTADOS DE MEDULA ÓSEA.

Jaén Toro, M, Cubillo Arjona G, Rejano Castañeda M.,
Manuel Rich Ruiz

INTRODUCCION

La Fatiga es uno de los problemas más frecuentemente expresados por los pacientes oncológicos, varía entre el 70% y 90%. Pero además, la fatiga es experimentada como un estado sumamente frustrante que conlleva importantes consecuencias.

El objetivo es describir el uso de este diagnóstico en pacientes hospitalizados para trasplante de médula ósea, sus resultados asociados y las intervenciones realizadas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño: descriptivo.

La población de estudio se ha definido como: pacientes hospitalizados para trasplante de médula ósea, en la unidad de hematología del H. U. Reina Sofía de Córdoba, entre el 1 de Enero y el 31 de Diciembre de 2005 (n = 39).

Fuente de datos: Módulo de sistemas de información del Programa de Cuidados Azahar. Se ha realizado la distribución de frecuencias de cada uno de los componentes incluidos en el Plan de cuidados.

RESULTADOS

El diagnóstico de Fatiga aparece en 32 de los 39 pacientes trasplantados de médula ósea.

En los 32 casos aparece el malestar físico como factor relacionado. En 31, además, se identifica la privación del sueño, y en 16 (50 %), la ansiedad.

Respecto a las manifestaciones de fatiga, en 31 de los 32 casos se identifican: falta de energía, cansancio e incapacidad para mantener el nivel habitual de actividad física.

El resultado trabajado es energía psicomotora, coincidiendo los indicadores utilizados con los incluidos en el estándar.

Respecto a las intervenciones, existe, igualmente, uniformidad en los cuidados realizados: En los 32 casos se realiza ayuda en los autocuidados: baño/higiene, aseo (eliminación) y alimentación, junto a las intervenciones manejo de la energía y fomentar el sueño. En 31 se realiza, además, ayuda para el vestido. En dos se incluye el manejo del dolor.

CONCLUSIONES

Los cuidados realizados finalmente a este tipo de pacientes son muy uniformes y coincidentes con el plan de cuidados estándar.



LA APLICACIÓN DE LAS TAXONOMIAS NANDA NIC NOC EN LA PRACTICA CLINICA

Teresa Álvarez Rodríguez, M^a Antonia Fernández Lamelas,
Francisco José Álvarez Aragón.

INTRODUCCIÓN

La formación de los estudiantes de Enfermería en la utilización de las taxonomías NANDA NIC NOC es necesaria para adaptarse a las necesidades de los nuevos Modelos de atención de Enfermería y a las exigencias de los cambios y demandas sociales. Es imprescindible delimitar con precisión el marco en el que las acciones enfermeras van a tener lugar, con el fin de tener una capacidad de respuesta asistencial autónoma, con un lenguaje que permita identificar la relación entre los elementos esenciales de la práctica enfermera, describir la cultura enfermera, estructurar el pensamiento y el proceso en la toma de decisiones, facilitar la memoria y la comunicación, proporcionando consistencia a los cuidados.

MATERIAL Y MÉTODO

Los estudiantes realizaron la atención integral a los pacientes ingresados en las unidades Quirúrgicas y Médicas del Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.

La valoración de Enfermería ha sido realizada según el modelo de Virginia Henderson y/o Marjory Gordon. La elaboración de dos diagnósticos y planificación de los cuidados utilizando las clasificaciones NANDA NIC NOC (durante siete semanas).

Nº de alumnas de 2º curso: treinta y dos; nº de diagnósticos sesenta y cuatro. El seguimiento por la tutora ha sido: dos visitas por semana a cada alumno, discutiendo cada caso de forma individual y una discusión en grupo.

RESULTADOS

Se han estudiado sesenta y cuatro diagnósticos. Siendo los prevalentes: (4) Baja autoestima situacional, (4) dolor agudo, (4) deterioro de la movilidad física, (3) deterioro de la integridad cutánea, (3) Riesgo de deterioro de la integridad cutánea, (2) desesperanza, (2) desequilibrio nutricional por exceso, (2) fatiga, (2) riesgo de infección, (2) hipertermia, (2) náuseas. Desarrollo como caso de baja autoestima situacional.

CONCLUSIONES

Los estudiantes han comprendido las ventajas de tener un lenguaje común para priorizar la planificación de los cuidados. Se ha detectado a lo largo del seguimiento un cambio sustancial en la elaboración de los diagnósticos al utilizar el pensamiento crítico y la reflexión alcanzando mayor autonomía y seguridad porque parten de una Evidencia Científica, sintiéndose más motivados al comprobar la utilidad.



DISEÑO Y VALIDACIÓN DE UN REGISTRO CON SISTEMAS DE LENGUAJE ESTANDARIZADO DESDE EL MODELO DE HENDERSON, EN LA ATENCIÓN URGENTE EXTRAHOSPITALARIA

M^a Dolores Gómez Madrid, David Sánchez Casado,
Carolina Moreno Castillo, Marina Jiménez Fernández,
M^a José García Fernández, Francisco Linares Herrero

INTRODUCCIÓN

Los enfermeros de los DCCU estamos en una posición privilegiada para el abordaje de la continuidad asistencial y según nos demuestra nuestra experiencia profesional, existe la necesidad de elaborar un registro que de respuesta a las necesidades humanas y sea un nexo de unión entre los distintos niveles sanitarios para mantener el objetivo prioritario de la continuidad de cuidados.

OBJETIVOS

- Elaboración de un registro que unifique criterios y que sirva de herramienta para establecer una mayor calidad asistencial, primando la continuidad de cuidados.
- Mejorar la comunicación entre los distintos niveles asistenciales.
- Diseño de una estrategia de implementación del registro.

MÉTODO

1. 1) Mediante un grupo de expertos se diseñó un registro que reuniera los siguientes criterios:

- Uso del modelo conceptual de Virginia Henderson en la práctica diaria.
- Uso del Sistema Estandarizado del Lenguaje Enfermero (SELEs).
- De fácil manejo.
- Que forme parte de la historia clínica del paciente.

2) Validación del contenido por un grupo de expertos.

3) Difusión: el registro fue presentado a todos los profesionales de enfermería del dispositivo.

4) Formación: se pretenden hacer talleres de formación para dar a conocer el manejo del registro.

5) Pilotaje: se realizara durante un periodo de tres meses por doce profesionales en los DCCU.

6) Evaluación: consta de tres criterios:

- Fiabilidad: reproduce en distintos contextos y por distintos profesionales la información adecuada.



- Sensibilidad: capaz de detectar o registrar toda la historia clínica relevante.
- Especificidad: capaz de ser selectivo.

7) Implantación definitiva: tras pilotaje y corrección de errores.

8) Indicadores de evaluación: se hará mediante auditorias (a medio y largo plazo).

CONCLUSIONES

Lo que se pretende con este documento, es que sea un instrumento de comunicación con los demás niveles asistenciales manteniendo así la continuidad de cuidados.

Constituye una iniciativa novedosa de alto valor científico y profesional, que aporta elementos adicionales en la motivación y desarrollo de la Enfermería de los DCCU y una ayuda imprescindible en la reorientación de la práctica profesional desde un modelo enfermero.



ESTUDIO DE LOS DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS PREVALENTES EN PACIENTES CON ALCOHOLISMO Y TRASTORNO DE SALUD MENTAL (PATOLOGÍA DUAL)

Jordi González Jiménez, M^a Teresa Lluch Canut,
Judith Balaguer Sancho, Jordi Montia Acosta,
Fco. Javier Selva Freire, Miriam Jiménez Rodríguez

INTRODUCCIÓN

La elevada comorbilidad y las perspectivas futuras de un incremento de pacientes con patología dual, generó la necesidad de una atención especializada. Para afrontar esta realidad se creó la unidad de Patología Dual del Benito Menni Complejo Asistencial en Salud Mental (CASM) que acoge pacientes con una problemática doble de alcoholismo y salud mental. Enfermería precisa conocer los problemas de salud prevalentes de estos pacientes con la finalidad de poder elaborar planes de cuidados estandarizados. En este sentido, el objetivo principal del estudio ha sido identificar los diagnósticos enfermeros prevalentes de estos pacientes con patología dual.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio cuantitativo con un diseño descriptivo retrospectivo. Los sujetos que configuraron la muestra fueron extraídos de la población de pacientes de la Unidad de Patología Dual de Benito Menni CASM de St Boi de Llobregat, ingresados entre enero de 2004 y febrero de 2005 (muestra N=100).

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Plan de cuidados de enfermería cumplimentado al alta.
- Diagnósticos médicos al ingreso:
 - * Dependencia Grave de Alcohol.
 - * Trastorno Mental Inducido por Alcohol.
- Edad entre 21 y 65 años.

Para la recogida de datos se elaboró una plantilla informatizada con las siguientes variables:

- Edad



- Sexo
- Fecha de ingreso en la UPD
- Fecha de alta en la UPD
- Centro primario de referencia
- Diagnósticos de enfermería registrados en el Plan de Cuidados de Enfermería.

Los datos se obtuvieron a partir de la revisión de las historias de enfermería y de los Planes de Cuidados de Enfermería de los paciente incluidos en la muestra.

Están siendo analizados con el programa estadístico SPSS-X 11.0. Se realizarán análisis descriptivos de frecuencias y porcentajes. Asimismo se explorarán posibles correlaciones entre variables aplicando la r de Pearson.

RESULTADOS

Actualmente los datos están siendo analizados y se presentarán de forma definitiva en el Congreso.

CONCLUSIONES

Pendiente de los resultados.



FAMILIA RECEPTORA DE CUIDADOS: DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS

Eva Cumbreira Díaz, M^a José Morano Torrescusa,
Dolores Pilar Alfonso Pérez, Isabel Contreras Pereira,
Manuel Fernández Vázquez y M^a Sonia García Navarro.

En la unidad de cuidados intensivos (UCI) del Hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva se plantean los cuidados de enfermería de nuestros pacientes desde una perspectiva holística.

Los profesionales de enfermería, debemos atender no solo al paciente sino también a su entorno familiar (unidad de cuidados), ofreciendo así cuidados de calidad integrales y ampliando nuestra cartera de servicios.

En nuestro hospital trabajamos bajo la influencia de la filosofía de Virginia Henderson y si nos trasladamos al metaparadigma enfermero de su modelo recordaremos que para ella el ENTORNO lo comprendían las relaciones persona/familia además de otros factores que pueden influir en la salud.

Estos motivos son los que han llevado a este grupo de mejora de nuestro hospital a realizar un plan de cuidados para los familiares de nuestros pacientes.

Los objetivos que nos planteamos son.

- Mejorar la calidad de los cuidados a los familiares de nuestros pacientes.
- Detectar los principales diagnósticos enfermeros de la familia.
- Establecer un plan de cuidados estandarizados para los cuidadores principales

de nuestros pacientes.

El plan de cuidados está basado en el modelo de Virginia Henderson, utilizando la taxonomía NANDA, NIC, NOC como herramientas para un lenguaje normalizado y contemplando los diagnósticos enfermeros como rol independiente de nuestra profesión.

La valoración de nuestra unidad familiar, está basada en la observación directa a los familiares durante la información enfermera y según protocolos de nuestro servicio y en los resultados obtenidos de un estudio de investigación de un año de duración sobre el grado de satisfacción de los familiares con la información enfermera (208 encuestados).

En nuestro plan de cuidados presentamos diagnósticos enfermeros que se dan en la mayoría de los familiares y otros que aunque se dan en menor proporción los consideramos importantes porque son característicos de familiares con larga estancia en UCI.



PLAN DE ACTUACIÓN ENFERMERO EN LA HIPEREMESIS GRAVÍDICA

Lourdes Guereñu Miranda, Isabel Ortiz Jimenez,
Josefa González Ruano, Francisco Javier Arias Rodriguez,
M^a Angeles Sans Guerrero, Isabel M^a de la Torre Gálvez.

Gestante 22 años, 7 semanas de gestación; ingresa en servicio de Alto Riesgo Obstétrico por hiperemesis gravídica.

VALORACIÓN

Valoración inicial, por necesidades humanas (Virginia Henderson) se detectan alteraciones:

Necesidad hidratación/ nutrición: riesgo de deshidratación y/o desnutrición por vómitos incohercibles.

Necesidad seguridad: vía venosa para tratamiento intravenoso canalizada en servicio de urgencias.

Necesidad comunicación/ creencias: labilidad emocional, expresión de desesperanza y desconocimiento del proceso que le acomete.

DIAGNÓSTICOS/PROBLEMAS

Ansiedad R/C falta de conocimientos sobre su enfermedad y evolución M/P labilidad emocional, expresión verbal de desesperanza; para este problema se realizó la Escala de Hamilton para Evaluación de la Ansiedad (HRSA), obteniendo puntuación de moderada.

Riesgo de infección R/C canalización y mantenimiento de dispositivo venoso.

Riesgo de desnutrición R/C hiperemesis gravídica.

Además , se detectan los siguientes problemas de colaboración:

Vómitos.

Deshidratación.

RESULTADOS ESPERADOS:

- Autocontrol de la ansiedad. Puntuación indicadores de 2 a 4.
- Estado nutricional. Puntuación indicadores de 3 a 5.

Los indicadores de los resultados anteriores fueron pactados con la paciente.

- Integridad tisular: piel y mucosas. Indicadores de signos de infección. Puntuación indicadores: 5.



- Hidratación. Puntuación indicadores de 3 a 5.

INTERVENCIONES:

- Disminución de la ansiedad.
- Enseñanza: proceso de la enfermedad.
- Terapia intravenosa.
- Manejo de la nutrición.
- Manejo del vómito.
- Manejo de electrolitos.

EVALUACIÓN

Los indicadores se valoraron frecuentemente y dependiendo del problema; la ansiedad se evaluó con escala HRSA siendo ausente al alta. Los resultados en los demás problemas se evaluaron de forma objetiva por control de los riesgos, desaparición de signos/síntomas y pruebas diagnósticas.

Al planificar los resultados tras valorar un problema, se consigue un diseño real de intervenciones a realizar minimizando el tiempo asistencial y aumentando la calidad del cuidado.



CUIDADOS ENFERMEROS Y NUEVOS REGISTROS EN UNA UNIDAD NEONATAL

M^a. Jose Ferrer Bueno, Antonio Jose Zurita Muñoz

INTRODUCCIÓN

La elaboración de nuevos registros en la Unidad de Neonatología responde a la necesidad de nuevas herramientas de trabajo que faciliten la transición de un modelo de atención enfermera biomedica a un modelo de cuidados que aborde las respuestas humanas y la función interdependiente de la enfermera.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza una revisión bibliográfica sobre metodología enfermera y modelos de cuidados para la posterior evaluación de los registros.

RESULTADOS

Se elaboran los siguientes registros: Valoración al ingreso según las 14 necesidades de Virginia Henderson, Planes de cuidados con los diagnósticos NANDA más frecuentes en Neonatología, La orientación a resultados NOC y a las intervenciones NIC, Informe de continuidad de cuidados.

DISCUSIÓN

La elaboración de registros optimizados para la Unidad Neonatal ha permitido cruzar la franja que separaba a la enfermera de la metodología propia y del lenguaje común permitiéndonos entrar en la transición que marca el cambio de paradigma, con las consecuentes repercusiones positivas que este cambio tendrá en la sociedad como receptor de medidas



LOS PROBLEMAS EN LA TOMA DE DECISIONES AL FINAL DE LA VIDA. PLANES DE CUIDADOS

Adoración Molina Ruiz, Inés M^a Barrio Cantalejo,
Gabriel E. Sedano Molina.

INTRODUCCIÓN

La sociedad actual avanza exigiendo un derecho de autonomía para decidir en situaciones límite, sobre el destino de su propia vida y sobre los tratamientos de soporte vital que les deben, o no, ser aplicados, en definitiva y sin obviar las creencias de cada uno, derecho a tener una muerte digna.

OBJETIVO

Asesorar y educar a la población en general a abordar y tratar con naturalidad los temas tabú: Enfermar, envejecer y muerte.

MATERIAL Y MÉTODOS

Marco Teórico Enfermero y aplicación de la 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.

RESULTADOS

Dx: Sufrimiento Espiritual.

R/C deficit de conocimientos.

M/P Manifestaciones Verbales.

NIC: Asesoramiento (5240)

Utilizar herramientas de valoración(papel, Lápiz, cinta de audio o ejercicios interactivos con otras personas) para ayudar a que aumente la conciencia de si mismo.

Ayudar al paciente a identificar el problema de la situación causante del trastorno.

Clarificación de Valores (5480)

Tener en cuenta los aspectos éticos y legales de libre elección, dada la situación particular, antes de comenzar una intervención.

Guía de anticipación (5210)

Ayudar al paciente a identificar los recursos y opciones disponibles.

Proporcionar al paciente una referencia preparada (materiales/panfletos educativos)

NOC: Bienestar personal (2002)

Oportunidades para elegir cuidados de salud. (200214)

Autonomía Personal. (1614)



Afirma las preferencias personales.(161410)

Participa en las decisiones de los cuidados de salud. (161411)

Toma decisiones vitales informadas. (161401)

CONCLUSIONES

Los derechos de los pacientes se consideran la base óptima de la relación entre los usuarios y los profesionales sanitarios.

Enfermería goza de una posición privilegiada para abordar los temas del final de la vida, poseyendo dos herramientas potentes como son el Proceso de Atención Enfermero y las voluntades vitales anticipadas.





“CREACIÓN DE LA UNIDAD DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NTRA. SRA. DE CANDELARIA DE TENERIFE, FACILITADORA EN LA IMPLANTACIÓN DEL PROCESO ENFERMERO”

Cristina Y. Mielgo Merillas, Jesús Cerdeña Marrero,
Roberto S. Hernández Pérez, Concepción Rubiralta Juanola,
M^a Concepción García Andrés

INTRODUCCIÓN

Los beneficios de la continuidad de cuidados enfermeros entre atención primaria y especializada, se ponen de manifiesto en la evidencia científica:

Un programa de rehabilitación cardiaca y prevención entre una organización de Atención Primaria y su hospital de referencia, disminuye considerablemente los reingreso y la morbilidad (BMJ-2003-326:481-4).

Mediante ensayo clínico randomizado (evidencia tipo A), en un hospital norteamericano la Gestión de Casos como instrumento en la coordinación para planificar altas tempranas, mejora la satisfacción del paciente y la adherencia al plan de tratamiento (Arch-Intern-Med-2003-163-(7):809-17).

Un protocolo planificado de alta hospitalaria y seguimiento a domicilio en pacientes ancianos reduce el número de admisiones y los costes sanitarios (JAMA-1999-281:613-620).

El Plan de Salud de Canarias y el Plan Estratégico, recomiendan la coordinación entre niveles asistenciales y la continuidad de los cuidados (Ley-11/1994 de 26 de julio).

El Servicio Canario de la Salud, crea el SERVICIO DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA, implantando la Unidad de Continuidad de Cuidados de Enfermería que entre sus objetivos contempla facilitar la utilización del Proceso Enfermero y las taxonomías NANDA-NOC-NIC para la elaboración de planes de cuidados.

MATERIAL Y MÉTODOS

Elaboración de registros consensuados de informes de continuidad de cuidados al alta y al ingreso.

Valoración por Patrones Funcionales de Salud M-Gordon.

Realización de cursos de metodología enfermera en ambos niveles asistenciales.

Dos enfermeras gestoras de cuidados denominadas “Enfermeras de Continuidad de Cuidados”, una de Atención Primaria y otra de Atención Especializada.

Despacho con recursos ofimáticos.

Ubicación estratégica de la unidad en el corazón del hospital facilitando la conexión con las diferentes áreas de enfermería.



Planificación conjunta de los cuidados al alta con las enfermeras responsables, paciente y familia.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES

Los múltiples y diversos beneficios de la implantación de la continuidad de cuidados usando el proceso enfermero, implantado en otras comunidades (Andalucía-Cataluña), garantizan la rentabilidad de esta unidad.



PROPUESTA PARA LA IMPLANTACIÓN DE UN NUEVO REGISTRO DE ENFERMERÍA DE URGENCIAS HOSPITALARIA BASADO EN EL PROCESO ENFERMERO

Raúl Pérez González, Adelaida Fernández Rodríguez,
Joaquín J Blanca Gutiérrez, Rafael Muñoz Segura
José Antonio Nieto Cuevas.

INTRODUCCIÓN

Uno de los principales motivos por el cual trabajar con diagnósticos de enfermería en los servicios de urgencias es tema de controversia, es que es una terminología que precisa entrenamiento y su presunta incompatibilidad con el cuidado del paciente agudo por la lentitud para identificarlos y registrarlos.

Debido a esto y para facilitar la aplicación clínica del proceso enfermero se ha elaborado un registro tipo check- list, proponiendo una lista con los problemas más frecuentes y relevantes que pueden presentar los pacientes con un proceso agudo y relacionándolos, mediante la asignación de letras, con los objetivos que nos podemos plantear y las intervenciones necesarias para solucionar dichos problemas de salud. De esta forma identificaremos y registraremos de forma fácil y rápida las tres fases del proceso (Diagnósticos de Enfermería, NIC y NOC).

Nuestro objetivo es introducir este documento en los servicios de urgencias hospitalarias para registrar nuestro trabajo de una forma organizada y estandarizada, de tal manera que nos permita unificar criterios en nuestra labor, disminuyendo la variabilidad existente entre los profesionales de Enfermería.

Material y método

Revisión bibliográfica a través de las Bases de Datos: MEDLINE, CUIDEN PLUS, ENFISPO. Consulta exhaustiva de los manuales con la terminología NANDA, NOC, NIC. Discusión y consenso de los autores.

RESULTADOS

El registro al completo aparece en el póster a presentar en el Simposium.

CONCLUSIÓN

Con este registro conseguiremos una mayor calidad asistencial en el paciente de urgencias ya que, además de continuar realizando una actuación urgente rápida y eficaz, completaremos nuestra asistencia satisfaciendo las necesidades que se han visto alteradas por su estado de salud, cubriendo su pérdida de independencia e identificando problemas que podremos solucionar, así como monitorizar su evolución, lo que nos proporcionará una mayor satisfacción profesional.



ESTRATEGIAS DE ESTANDARIZACIÓN EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN

José Carlos Bellido Vallejo, María Isabel Carrascosa García ,
Francisco Pedro García Fernández, María Del Pilar Tortosa Ruiz.

INTRODUCCIÓN

En el Complejo Hospitalario de Jaén (CHJ) se está trabajando en estrategias de estandarización creando un Manual de Planes de Cuidados (MPC) que contiene Planes de Cuidados Genéricos, articulándose con ellos tanto situaciones estandarizadas de situaciones prevalentes de una unidad como, los Procesos Asistenciales Integrados de la Consejería de Salud.

MATERIAL Y MÉTODO

la Unidad de Formación, Investigación y Calidad (UFIC), coordina la Comisión de Planes de Cuidados (CPC) de la Junta de Enfermería y los PC creados por las Unidades. La calidad de los Planes de Cuidados que se incorporan al Manual en sus aspectos formales y metodológicos se garantiza siguiendo el circuito de validación descrito: Check-List de verificación de aspectos formales del PC recibido en la UFIC; devolución a la unidad generadora si no cumple con los criterios formales de calidad, orientando mejoras; envío de Planes de Cuidados que sí cumplen criterios a dos revisores miembros de la CPC para evaluar su adecuación metodológica: solicitud de ajustes, modificaciones o incluso la devolución del PC, o bien considerar el Plan "Apto" siendo aprobados por la Comisión asignándose código y fecha de implantación e incorporación a todos los MPC del CHJ.

RESULTADOS

MPC, estructurado en base a: Documentos de apoyo para la elaboración de Planes de Cuidados. Líneas Genéricas. PCs Específicos del CHJ. PCs por Procesos Asistenciales de la Consejería de Salud.

Actualmente son doce los PC que se encuentran en fase de revisión, evaluación o ajustes (Cateterismo cardíaco, Hemorragia Digestiva Aguda, Accidente Cerebro-Vascular, Trastorno de la Conducta Alimentaria, Quimioterapia, Paciente Hematológico, Paciente en Hemodiálisis...

CONCLUSIONES:

La creación y puesta en marcha del MPC ha supuesto la implantación de PCs de forma estructurada y normalizada, permitiendo participación y operativizando notablemente la evaluación y puesta en marcha de los PC generados en las unidades del CHJ.



COMISIONES DE CUIDADOS PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD ENFERMERA

M^a Ángeles Ferrer Pardavila, M^a José Reino Perez,
José M^a Barreiro Bello, Rosario García Sanpedro

INTRODUCCIÓN

Existen en el Hospital Comisiones de Calidad, formadas por grupos de expertos. En el año 1997 la Dirección de Enfermería consideró necesario crear la Comisión de Cuidados de Enfermería; para discutir y marcar líneas de actuación en los cuidados y coordinar actividades que posibiliten el desarrollo de la calidad asistencial.

Uno de los indicadores de la calidad ofrecida a los usuarios es que el contenido de la documentación clínica y los registros de enfermería respondan a la planificación de cuidados y a los resultados obtenidos.

En esos momentos se valoró el beneficio y las repercusiones para la enfermería del uso de la informática.

Objetivos:

- 1- Exponer las funciones de la Comisión de Cuidados dentro de una organización sanitaria.
- 2- Analizar retrospectivamente las competencias y evolución como comisión de cuidados en sus 9 años de trabajo.

Material y Método

La Comisión de cuidados se crea en el año 1997, con los mismas características en relación a sus funciones y utilidades que el resto de las Comisiones Clínicas de nuestro hospital; el Sergas corrobora por ley posteriormente su inclusión en el programa de calidad de los centros sanitarios.

En relación al trabajo desarrollado en estos años:

- * Elegir un Modelo de Cuidados.
- * Trabajar con lenguaje enfermero.
- * Elegir un programa informático.
- * Guía de planes de Cuidados Estandarizados.
- * Implantación de nuevos lenguajes NIC y NOC.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La enfermería necesita un desarrollo de capacidades, habilidad de pensamiento crítico,



así como el compromiso de seguir el camino, basándose en hallazgos actuales de la práctica e investigación y asumir más responsabilidades; haciendo juicios y tomando decisiones de manera más independiente.

En la actualidad estamos en la etapa de diseño de estudios que nos permita establecer criterios e indicadores de resultado, así como las acciones de mejora necesarias.

1. Galego P, Gutierrez A M, Puime P, Lopez Fernandez M D, García Quintans A, Castro R. Calidad en el sistema público sanitario de Galicia. Revista Calidad Asistencial 2004; 19(3): 169-76
2. Fay Yocum R. RN,BS,MSN. Cuidados de Calidad. Registre el curso de la productividad, la calidad y la efectividad. Revista nursing 2003; marzo: 23-27
3. Documentación clínica de Cuidados de Enfermería e a súa incorporación a Historia clínica en soporte papel. Circular Servicio Galego de Saude 10/2003; 7/11/2003.
4. Normas de funcionamiento de las Comisiones Clínicas del Complejo H Juan Canalejo. Junta Técnico Asistencial. (3/4/ 98.)
5. Pulido Justicia R, Baraza Saz A, Cruz Lendinez, Guerra Arencibia V, De las heras Conversa F, Vallespin Montero R. Registros enfermeros adaptados a nuestra realidad asistencial. Enfermería Científica; Marzo Abril 2003: 252-253.



VALORACIÓN DE SEDIEN, SISTEMA EXPERTO DE AYUDA AL DIAGNÓSTICO ENFERMERO

M. Lourdes Jiménez Rodríguez, José M. Santamaría García,
Manuela Monleón, Esther Nieto, Berta Carro, Carmen Escalera.

INTRODUCCIÓN

El sistema SEDIEN (Sistema Experto de Ayuda en Diagnóstico Enfermero) es un Sistema basado en conocimiento de ayuda para el diagnóstico enfermero 'cansancio en el desempeño del rol del cuidador'.

Este Sistema ha surgido de la colaboración entre dos disciplinas tan dispares, pero complementarias, como son la Enfermería y las Ciencias de la Computación, con el ambicioso proyecto de obtener un "producto" de utilidad en el ámbito sociosanitario.

El Sistema proporciona distintos tipos de información. Según se van contestando las preguntas que SEDIEN hace, el sistema proporciona la siguiente información parcial acerca del diagnóstico: vulnerabilidad, riesgo, predisposición, potencialidad y severidad.

OBJETIVO

Comprobar la efectividad de SEDIEN. Para ello se realizará:

- Validación teórica: eficacia del sistema.
- Validación práctica: casos reales.

MATERIAL Y MÉTODO

Tipo de estudio: experimental

Ámbito de estudio: Centro de salud de Delicias AP. SERMAS

Tiempo de estudio: Febrero-Abril 2006

Población de estudio: casos de cansancio en el desempeño del rol de cuidador en el último año en el EAP.

Método de validación:

- 1º Validación teórica por parte de profesores de informática y matemáticas.
- 2º Utilización del sistema bajo un caso real, lo que determinará el valor inicial de comparación (valor normalizado para ese caso).
- 3º
 - o Validación real: modificación de variables, atendiendo a la evolución tras la fecha de formulación diagnóstica, de los elementos codificados en el sistema experto.



o Validación teórica: modificación de variables atendiendo a criterios establecidos a priori.

- 4º Comparación de los resultados propuestos por SEDIEN con la opinión clínica de los profesionales
- 5º Análisis de los resultados obtenidos acerca de la Sensibilidad y Usabilidad de SEDIEN.

RESULTADOS

Hasta ahora se ha comprobado la validación teórica del sistema, y están siendo desarrollados los pasos que permitirán extraer conclusiones acerca de su validez práctica.



ANALISIS DISCIPLINAR Y PROFESIONAL DE LA AYUDA ENFERMERA ANTE EL TESTAMENTO VITAL O DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS (DVA)

Cristina Díaz Perez, M^a Sol Ochandorena Juanene,
José María Santamaria García, Milagros Beamud Lagos,
M^a José Gil De Pareja, Javier Pérez Rivas

INTRODUCCION

El DVA contendría instrucciones básicas sobre aplicación de un tratamiento, procedimiento o intervención, donación de órganos, así como el rechazo, al mantenimiento y prolongación artificial de la vida con medios dolorosos y fútiles.

OBJETIVO

Análisis profesional y conceptual de la actuación enfermera ante el derecho del paciente terminal a manifestar su capacidad de decisión y autonomía mediante el DVA.

METODOLOGIA: Revisión bibliográfica y síntesis de la literatura relacionada con el tema.

RESULTADOS

REQUISITOS DE DESARROLLO DE LA SALUD DEL PACIENTE TERMINAL:

- Modelo de normalidad de OREM continuado en todas la etapas de la enfermedad.
- Aplicación del DVA cuando el individuo sea incapaz de dar un consentimiento válido (enfermedad progresiva o senil).
- Capacidad de decisión del paciente: manifestada a través del DVA.
- Capacidad de actuación: en manos del profesional que seguirá las órdenes expresas del paciente.

CONCLUSIONES

ETIQUETAS DIAGNÓSTICAS RELACIONADAS CON EL DVA:

- CONFLICTO DE DECISIONES: Cuando el paciente tiene disminuida su capacidad elección de tratamiento que implique riesgo, pérdida o suponga un reto para sus valores personales, el DVA, redactado por él mismo de forma anticipada, pasa a ser el protocolo a seguir por el profesional.



•DUELO ANTICIPADO

Ante la cercanía de la muerte el paciente puede sentir temor e incertidumbre sobre su propio proceso de morir y la agonía que sufrirá. Mediante el DVA puede expresar su deseo de no alargar su vida con tratamientos fútiles y dejar constancia del rechazo a la aplicación de técnicas incruentas

•AFRONTAMIENTO INDIVIDUAL INEFECTIVO

Ante la incapacidad para elegir adecuadamente las respuestas habituales o usar los recursos de tratamiento, el DVA es el referente que contiene las decisiones expresas y la voluntad del paciente.

INTERVENCIONES NORMALIZADAS DE ENFERMERIA ANTE LAS ÓRDENES EXPRESAS DEL DVA

- Este SCP implica realizar un estándar mínimo de cuidados o intervenciones
- El respeto del DVA no implica el abandono de los cuidados básicos.
- De un SISTEMA DE COMPENSACIÓN TOTAL pasamos a un SISTEMA DE COMPENSACIÓN PARCIAL puesto que el paciente rechaza recibir tratamientos fútiles e innecesarios.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Ley 41/ 2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica
- 2.- McCloskey, J.C., Bulechek G. (2000). Clasificación de Intervenciones de Enfermería. (CIE)
- 3.- Kozier B., Erb G. (1999). Fundamentos de Enfermería. Vol. 1.
- 4.- Stephen J. Cavanabh. Aplicación Práctica del modelo de Orem. Masson- Salvat Enfermería. ISBN 84-458-01166-X



RESULTADO DE LAS INTERVENCIONES ENFERMERAS EN LOS NIÑOS DE 1 A 14 AÑOS EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN

José Carlos Bellido Vallejo, María Isabel Carrascosa García,
Francisco Pedro García Fernández, María Pilar Tortosa Ruiz

INTRODUCCIÓN

El periodo de vida que transcurre de 1 a 14 años, como periodo de profundo cambio a todos los niveles del ser humano, requiere una atención muy especial, exigiendo al personal de enfermería una continua adaptación a las necesidades de este grupo de población.

Las taxonomía NANDA-NOC-NIC suponen realizar el trabajo enfermero con los niños de manera estructurada, codificada y actualizada, favoreciendo que la atención y los cuidados sean de calidad.

OBJETIVO

Exponer los resultados de las intervenciones enfermeras en la salud de los niños entre 1 a 14 años atendidos en el CHJ basándonos en la mejora de resultados NOC contemplados en el Plan de Cuidados Genérico del niño 1 a 14 años.

METODOLOGÍA

Estudio retrospectivo descriptivo desde 1 de Octubre a 30 de marzo, sobre los resultados obtenidos con los Planes de Cuidados aplicados sobre niños 1 a 14 años ingresados en el Hospital Universitario Materno-Infantil.

Los NOC evaluados son:

Adaptación del niño a la hospitalización

Autocontrol de la ansiedad

Conducta de prevención de caídas

Conocimiento: cuidados en la enfermedad

Conocimiento: proceso de la enfermedad

Control del riesgo

Detección del riesgo

Participación en actividades de ocio

Sueño



RESULTADOS

Se han evaluado 29 Planes de Cuidados aplicados sobre niños con dicha situación.

Se identifican todos los Criterios de Resultado que se han activado al ingreso del paciente tras su valoración inicial. Análisis del progreso obtenido por el paciente en cada Criterio de Resultado en el momento del Alta Hospitalaria.

Los resultados comparativos en este momento están en proceso de análisis.

CONCLUSIONES

La estandarización ha permitido aplicar el proceso enfermero a estos pacientes.

En estos momentos, tenemos capacidad para medir la efectividad de las intervenciones enfermeras. Los NOC son una herramienta clave para el desarrollo de posteriores investigaciones sobre la contribución enfermera a la mejora de la salud de los pacientes.



RESULTADOS DE LAS INTERVENCIONES ENFERMERAS EN LOS PACIENTES ADULTOS/ANCIANOS CON PROCESO AGUDO

Maria Isabel Carrascosa García, José Carlos Bellido Vallejo,
Francisco Pedro García Fernández, Maria Pilar Tortosa Ruiz

INTRODUCCIÓN

El plan de cuidados del paciente adulto/anciano con un proceso médico agudo abarca un grupo numeroso e importante de pacientes y situaciones clínicas, que al ser agudas requieren un importante despliegue de actividad enfermera. Los cuidados de enfermería en estos pacientes en el ámbito hospitalario pueden estandarizarse basándose en las respuestas y hallazgos más comunes que presentan, intentando con nuestra ayuda promover la mayor independencia del paciente y el mejor apoyo al cuidador.

OBJETIVO

Exponer los resultados de las intervenciones enfermeras en la salud de los pacientes adultos/ancianos con proceso agudo atendidos en el CHJ basándonos en la mejora de resultados NOC contemplados en el Plan de Cuidados Estandarizado Genérico elaborado para esta situación de salud.

METODOLOGÍA

Estudio retrospectivo descriptivo desde 1 de Octubre a 30 de marzo, sobre los resultados obtenidos con los Planes de Cuidados aplicados sobre pacientes adultos/ancianos con proceso agudo ingresados en el CHJ.

Los NOC evaluados son:

Autocontrol de la ansiedad

Autocuidados: comer

Autocuidados: higiene

Autocuidados: uso del inodoro

Autocuidados: vestir

Conducta de prevención de caídas

Sueño

RESULTADOS

Se han evaluado 118 Planes de Cuidados aplicados sobre pacientes con dicha situación.



Se identifican todos los Criterios de Resultado que se han activado al ingreso del paciente tras su valoración inicial. Análisis del progreso obtenido por el paciente en cada Criterio de Resultado en el momento del Alta Hospitalaria.

Los resultados comparativos en este momento están en proceso de análisis.

CONCLUSIONES

La estandarización ha permitido aplicar el proceso enfermero a estos pacientes.

En estos momentos, tenemos capacidad para medir la efectividad de las intervenciones enfermeras. Los NOC son una herramienta clave para el desarrollo de posteriores investigaciones sobre la contribución enfermera a la mejora de la salud de los pacientes.





USO DE CRITERIOS DE RESULTADO DE LA NURSING OUTCOMES CLASSIFICATION COMO VARIABLES DE RESULTADO EN LA INVESTIGACIÓN: LA BASE PARA EL ANÁLISIS DE LA EFECTIVIDAD DE LA INTERVENCIÓN ENFERMERA. (FIS PI031161)

Celdrán Mañas Miriam, Bonill de las Nieves Candela,
Morales Asencio Jose Miguel, Silvano Arranz Agustina,
Artero López Consuelo, Rivas Campos Antonio

INTRODUCCIÓN

En el 2002 se comenzó a incorporar en Andalucía un nuevo modelo de gestión de casos a través de Enfermeras Comunitarias de Enlace (ECEs), asignadas a los equipos básicos de atención primaria. El modelo establecía dos niveles de responsabilidad en la atención a pacientes: un nivel de atención directa, responsabilidad de los profesionales de referencia, y un nivel de gestión de casos. Para el análisis de efectividad se decidió utilizar criterios de resultado NOC como variables de resultado y analizar su comportamiento.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio de efectividad, de diseño quasi-experimental con grupo control, multicéntrico (Estudio ENMAD FIS PI031161), realizado desde 2003 hasta finales del 2005 en los Servicios de Atención Domiciliaria (AD) de los Distritos de Málaga, Almería, Granada y Costa del Sol, con una muestra de 460 sujetos (211 del grupo control y 249 del grupo intervención) con necesidades de cuidados domiciliarios e incluidos en los programas de inmobilizados, terminales, altas y cuidadoras. Los criterios de resultados medidos fueron: NOC 1806 (conocimiento: recursos sanitarios) y NOC 1813 (conocimiento: régimen terapéutico). Los datos se recogieron "ad hoc" por ECE en el grupo Intervención y mediante encuesta telefónica en el control. Se presentan datos comparando resultados basales y del primer seguimiento.

RESULTADOS

En inmobilizados no hubo diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos en los NOCs basales, sin embargo a los 6 meses se pudo observar una mejora espectacular tanto del conocimiento de recursos sanitarios, como del conocimiento del régimen terapéutico en el grupo atendido por ECEs, siendo estas diferencias estadísticamente significativas. En cuanto a las altas hospitalarias con necesidad de cuidados domiciliarios,



aunque el grupo intervención partía de una peor puntuación basal en ambas NOC a los 2 meses se pudo apreciar una evolución notable de los criterios de resultados medidos en el grupo intervención, aunque en este caso, las diferencias no fueron estadísticamente significativas. En los terminales sólo se pudieron medir las NOCs basales, no hallándose diferencias entre ambos grupos.

CONCLUSIONES

El grupo atendido por el nuevo modelo de AD consiguió una mejora espectacular de los criterios de resultados, fundamentalmente en el subgrupo de Inmovilizados. El uso de indicadores sensibles a la práctica enfermera en estudios experimentales de efectividad abre un nuevo horizonte de análisis de los resultados de la atención sanitaria y posibilita una mejor detección de factores explicativos de resultados en salud en aquellos procesos en los que interviene la enfermera, hasta ahora, ocultos a los diseños y variables más tradicionales.



RESULTADOS DE LAS INTERVENCIONES ENFERMERAS EN LOS NIÑOS DE 0 A 1 AÑO

Francisco Pedro Garía Fernández, María Isabel Carrascosa García,
José Carlos Bellido Vallejo, María Pilar Tortosa Ruiz

INTRODUCCIÓN

En el periodo neonatal el niño se encuentra dependiente de los padres o cuidadores, lo cual es una situación muy especial sobre la que se requieren unos cuidados de calidad, teniendo en cuenta al niño y su entorno, lo que obliga a los profesionales a modular las actuaciones dependiendo de la fase de desarrollo y el entorno materno y familiar que rodea al niño.

OBJETIVO

Exponer los resultados de las intervenciones enfermeras en la salud de los lactantes atendidos en el CHJ basándonos en la mejora de resultados NOC contemplados en el Plan de Cuidados Genérico del niño 0 a 1 año.

METODOLOGÍA

Estudio retrospectivo descriptivo desde 1 de Octubre a 30 de marzo, sobre los resultados obtenidos con los Planes de Cuidados aplicados sobre niños 0a1año ingresados en el Hospital Universitario Materno-Infantil.

Los NOC evaluados son:

Adaptación del Recién Nacido

Autocontrol de la Ansiedad

Autocontrol del Miedo

Conocimiento: Cuidados del Lactante

Conocimiento: Cuidados en la enfermedad

Conocimiento: Dieta

Establecimiento de la Lactancia Materna: lactante

Establecimiento de la Lactancia Materna: madre.

Estado Inmune

Lazos afectivos padre-hijo.

Mantenimiento de la Lactancia Materna

Sueño.

RESULTADOS

Se han evaluado 32 Planes de Cuidados aplicados sobre niños con dicha situación.



Se identifican todos los Criterios de Resultado que se han activado al ingreso del paciente tras su valoración inicial. Análisis del progreso obtenido por el paciente en cada Criterio de Resultado en el momento del Alta Hospitalaria.

Los resultados comparativos en este momento están pendientes de análisis.

CONCLUSIONES

La estandarización ha permitido aplicar el proceso enfermero a los pacientes.

En estos momentos, tenemos capacidad para medir la efectividad de las intervenciones enfermeras. Los NOC son una herramienta clave para el desarrollo de posteriores investigaciones sobre la contribución enfermera a la mejora de la salud de los pacientes.





RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN ENFERMERA EN LOS PACIENTES DE SALUD MENTAL DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN

José Carlos Bellido Vallejo, María Isabel Carrascosa García,
Francisco Pedro García Fernández, María Pilar Tortosa Ruiz

INTRODUCCIÓN

Este Plan de Cuidados Estandarizado del Enfermo Mental va dirigido a aquellos pacientes que demandan asistencia en cualquier dispositivo del área de Salud Mental, bien sea en Consulta Externa, Hospitalización Parcial (Hospital de Día) o Total y permite realizar un enfoque coordinado entre todos los profesionales implicados en los cuidados que facilita la medida del producto enfermero

OBJETIVO

Exponer los resultados de las intervenciones enfermeras en la salud de los pacientes con proceso de Salud Mental atendidos en el CHJ basándonos en la mejora de resultados NOC contemplados en el Plan de Cuidados Estandarizado Genérico elaborado para esta situación de salud.

METODOLOGÍA

Estudio retrospectivo descriptivo desde 1 de Octubre a 30 de marzo, sobre los resultados obtenidos con los Planes de Cuidados aplicados sobre pacientes con proceso de Salud Mental ingresados en el CHJ.

Los NOC evaluados son:

Autocontrol de la agresión

Autocontrol de la ansiedad

Autocontrol del impulso suicida

Conducta terapéutica: enfermedad o lesión

Conocimiento: régimen terapéutico

Habilidades de interacción social

Implicación social

Autocuidados: higiene

Autocuidados: vestir

Caídas

Conducta de búsqueda de la salud

Autocuidado: baño

Participación en actividades de ocio

Sueño.



RESULTADOS

Se han evaluado 124 Planes de Cuidados aplicados sobre pacientes con dicha situación.

Se identifican todos los Criterios de Resultado que se han activado al ingreso del paciente tras su valoración inicial. Análisis del progreso obtenido por el paciente en cada Criterio de Resultado en el momento del Alta Hospitalaria.

Los resultados comparativos en este momento están en proceso de análisis.

CONCLUSIONES

La estandarización ha permitido aplicar el proceso enfermero a estos pacientes.

En estos momentos, tenemos capacidad para medir la efectividad de las intervenciones enfermeras. Los NOC son una herramienta clave para el desarrollo de posteriores investigaciones sobre la contribución enfermera a la mejora de la salud de los pacientes.



RESULTADO DE LAS INTERVENCIONES ENFERMERAS EN LOS PACIENTES QUIRÚRGICOS EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN

Francisco Pedro García Fernández, María Isabel Carrascosa García,
José Carlos Bellido Vallejo, María Pilar Tortosa Ruiz

INTRODUCCIÓN

El Plan de Cuidados Estandarizado por la Consejería de Salud para el paciente atendido en el Bloque Quirúrgico, pone de manifiesto la importante actuación de la enfermería en torno al proceso perioperatorio y queda de manifiesto en el despliegue de actividad enfermera que se realiza y supone un cambio importante en el sistema de trabajo relacionado con la actividad quirúrgica.

OBJETIVO

Exponer los resultados de las intervenciones enfermeras en la salud de los pacientes con Proceso Quirúrgico atendidos en el CHJ basándonos en la mejora de resultados NOC contemplados en el PC Estandarizado Genérico elaborado para esta situación de salud.

METODOLOGÍA

Estudio retrospectivo descriptivo desde 1 de Octubre a 30 de marzo, sobre los resultados obtenidos con los Planes de Cuidados aplicados sobre pacientes con proceso Quirúrgico ingresados en el CHJ.

Los NOC evaluados son:

Autocontrol de la ansiedad

Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas

Control del dolor

Control del riesgo

Equilibrio hídrico

Estado nutricional

Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias

Estado respiratorio: ventilación

Integridad tisular: piel y membranas mucosas

Curación de la herida: por primera intención

Nivel del dolor

Severidad de la lesión física

Termorregulación.



RESULTADOS

Se han evaluado 453 Planes de Cuidados aplicados sobre pacientes con dicha situación.

Se identifican todos los Criterios de Resultado que se han activado al ingreso del paciente tras su valoración inicial. Análisis del progreso obtenido por el paciente en cada Criterio de Resultado en el momento del Alta Hospitalaria.

Los resultados comparativos en este momento están en proceso de análisis.

CONCLUSIONES

La estandarización ha permitido aplicar el proceso enfermero a estos pacientes.

En estos momentos, tenemos capacidad para medir la efectividad de las intervenciones enfermeras. Los NOC son una herramienta clave para el desarrollo de posteriores investigaciones sobre la contribución enfermera a la mejora de la salud de los pacientes.



RESULTADO DE LAS INTERVENCIONES ENFERMERAS EN EL PROCESO ASISTENCIAL PLURIPATOLÓGICO EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAEN

María Isabel Carrascosa García, José Carlos Bellido Vallejo,
Francisco Pedro García Fernández, María Pilar Tortosa Ruiz

INTRODUCCIÓN

El Plan de Cuidados al paciente incluido en el Proceso Asistencial Pluripatológico, se implanta en nuestro Centro en el año 2005. Se aplica sobre pacientes no solo con presencia de más de una enfermedad, sino con una especial fragilidad (enfermedades que el sistema sanitario no cura, mantenidas y de progresivo deterioro, disminución gradual de autonomía y capacidad funcional, riesgos múltiples secundarios a patologías interrelacionadas.

OBJETIVO

Exponer los resultados de las intervenciones enfermeras en la salud de los pacientes Pluripatológicos atendidos en el CHJ basándonos en la mejora de resultados NOC contemplados en el Plan de Cuidados Estandarizado del Proceso Asistencial Pluripatológico.

METODOLOGÍA

Estudio retrospectivo descriptivo desde 1 de Octubre a 30 de marzo, sobre los resultados obtenidos con los Planes de Cuidados aplicados sobre pacientes pluripatológico ingresados en el CHJ.

Los NOC evaluados son:

Aceptación del estado de salud.

Afrontamiento de problemas.

Autocontrol de la ansiedad.

Autocuidados: actividades de la vida diaria (AVD)

Conducta de cumplimiento

Conducta de prevención de caídas

Conocimiento: proceso de la enfermedad

Eliminación intestinal

Integridad tisular: piel y membranas mucosas

Movilidad

Salud emocional del cuidador principal

Tolerancia de la actividad.



RESULTADOS

Se han evaluado 150 Planes de Cuidados aplicados sobre pacientes con dicha situación.

Se identifican todos los Criterios de Resultado que se han activado al ingreso del paciente tras su valoración inicial. Análisis del progreso obtenido por el paciente en cada Criterio de Resultado en el momento del Alta Hospitalaria.

Los resultados comparativos en este momento están en proceso de análisis.

CONCLUSIONES

La estandarización ha permitido aplicar el proceso enfermero a estos pacientes.

En estos momentos, tenemos capacidad para medir la efectividad de las intervenciones enfermeras. Los NOC son una herramienta clave para el desarrollo de posteriores investigaciones sobre la contribución enfermera a la mejora de la salud de los pacientes.



APRENDER-ENSEÑAR LAS TAXONOMIAS ENFERMERAS EN LA FORMACIÓN TEORICO-PRÁCTICA DEL ALUMNADO DE PRIMER CURSO DE ENFERMERÍA

M^a Purificación Daroqui Agusti, Ana M^a Arricivita Verdasco,
M^a del Cristo Robayna Delgado, Milafros Leal Felipe,
Julian Cabrera Figueroa, M^a Mercedes Arias Hernandez

INTRODUCCIÓN

La enseñanza y aplicación de los lenguajes estandarizados, Taxonomía II Diagnósticos de Enfermería NANDA, Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) y la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) en el 1º curso de la diplomatura de Enfermería, tiene como objetivos: de la adquisición conocimientos teóricos relacionados con las características de las taxonomías, su importancia para el desarrollo de la enfermería como ciencia y su integración en la practica. Para lograr estos objetivos, desarrollamos un programa teórico que integra la interrelación entre las tres taxonomías y a nivel práctico utilizamos el estudio de casos y las sesiones tutoriales de los casos clínicos reales que el alumnado tiene en sus prácticas hospitalarias. Contamos para ello con un dossier de prácticas clínicas, donde queda reflejada dicha actividad.

OBJETIVO

Presentar la metodología utilizada para “enseñar –aprender” el uso de las taxonomías y poner de manifiesto las principales dificultades que encontramos en dicho proceso.

MATERIAL Y MÉTODO

En el programa teórico utilizamos como marco de valoración los Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon, integrando dentro de cada uno de los 11 patrones, las categorías diagnósticas(NANDA), los resultados(NOC) y la intervenciones(NIC) más apropiadas al nivel de conocimientos de nuestro alumnado y a las competencias que deben alcanzar.

A nivel práctico diseñamos un dossier en el cual cada estudiante realiza la valoración de un paciente y posteriormente integra las taxonomías, quedando así materializado el plan de cuidados, el cual es presentado como caso de cuidados en las sesiones tutoriales de enfermería que se organizan con el resto del alumnado.

RESULTADOS CONCLUSIONES

Año tras año seguimos realizando cambios en la metodología que utilizamos en el proceso de enseñar- aprender fruto de nuestra ilusión, estudio y maduración, así como de las reflexiones y aportaciones de nuestros alumnos, siendo el producto de todo ello la metodología y las dificultades que presentamos.



“NUESTRO PRIMER PASO: VALORACIÓN DE NECESIDADES Y APLICACIÓN DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA”

Gema López-Menchero Minguez, Jose Manuel Loban Iza, Elena Sarasa Leri, Juan Carlos Oviedo Alfaro, M^a Angeles Perez Milla, Jesus Falces García, Teresa Egido Martinez

INTRODUCCIÓN

Desde hace 4 años, el equipo de enfermería de Urgencias del Hospital Provincial Ntra. Sra. de Gracia de Zaragoza, ha estado trabajando con un registro de enfermería propio pero que se revelaba muy medicalizado. Hace dos años se evaluó y se decidieron modificaciones que lo hicieran más eficaz, más rápido y respondiera a criterios mas enfermeros.

Desde el año pasado se viene trabajando en la confección de este nuevo registro intentando aplicar la metodología enfermera, es decir realizando una valoración de las necesidades del paciente a su entrada en el Servicio de Urgencias, aplicar los diagnósticos de enfermería correspondientes y trabajar sobre los resultados que deseamos conseguir por medio de intervenciones y actividades.

Pero esto tan bonito de decir resulta arduo, difícil y lento de poner en marcha, por lo que hemos tenido que ir planificando a corto y medio plazo las actividades que debíamos ir consiguiendo, o sea ir paso a paso. Este sencillo trabajo corresponde a nuestro 1er paso, como principio de partida de un proyecto mas amplio.

Nuestro objetivo desde el 1 de marzo al 31 de diciembre del año 2006, es la cumplimentación del nuevo registro de Enfermería de Urgencias, incidiendo en la valoración inicial que se realiza a un paciente a su entrada a Urgencias y aprender por medio del razonamiento clínico enfermero a emitir diagnósticos propios o de enfermería.

MATERIAL Y MÉTODO

Era imposible plantearse, con pocos conocimientos sobre taxonomías como NANDA, NOC, NIC y con actitudes tan defensivas como “en Urgencias esto no se puede hacer”, realizar todo el proceso enfermero de una sola vez. Se penso, y creemos que con acierto, que comenzar paso a paso, trabajando la formación entre los enfermeros de Urgencias y aplicando en un principio solo dos partes del proceso (Valoración y Diagnósticos) nos ayudaría a consolidar información, a fijar conocimientos, que posteriormente nos abrirán camino para dar el segundo paso, que por su estructura (Resultados e Intervenciones)



requiere una puesta en marcha continua y definitiva.

Para esto se estableció una metodología de trabajo:

1. Comenzamos y se ha continuado, con sesiones de trabajo mensuales. Desde la primera sesión se debatieron y consensuaron los grupos de diagnósticos de enfermería, que más frecuentemente se nos presentaban en nuestras urgencias relacionándolos con motivos de demanda de atención urgente ó problemas/patologías medicas. Se diseñó una hoja de consulta donde quedaban todos relacionados, constituyendo un documento flexible de “consulta rápida”

2. Se establecieron como método de evaluación dos indicadores a utilizar:

- 1er Indicador $\frac{\text{Nº de pacientes con registro de enfermería}}{\text{Nº Total de pacientes que acuden a Urgencias}}$
- 2º Indicador $\frac{\text{Nº de pacientes con DxE}}{\text{Nº de pacientes con registro de enfermería}}$

3. Durante las dos primeras reuniones mensuales de trabajo, se contabilizaron:

- Todas las Historias Clínicas de los pacientes que habían acudido durante esos dos meses a Urgencias
- De esas historias cuantas de ellas llevaban registro de enfermería
- De esos registros de enfermería cuantas de ellos habían sido cumplimentados con DxE
- Cuantos registros de enfermería se habían quedado sin abrir en Historias Clínicas de pacientes y porque
- Cuantos registros de enfermería no tenían DxE y porque

4. Debido a la cantidad de pacientes con patología leve, se realizó una metodología de trabajo con criterios para abrir un registro de enfermería y por lo tanto establecer unos DxE a pacientes ambulantes e ingresados.

A - Pacientes ambulantes que acuden a Urgencias:

- No se cumplimentara en pacientes con patología de Nivel III y IV que corresponden a urgencias relativas y no urgencias.
- No se cumplimentara en pacientes que no deberían venir a un Servicio de Urgencias y que su problema debe ser resuelto en Atención Primaria (su Centro de Salud), ejem.: curas, recetas, inyectables...
- Se cumplimentara cuando se atiendan pacientes que requieren observación, actuación y control por enfermería.



2º Resultados del mes de Marzo 2006

1er Indicador

Nº Total de pacientes con registro de E	<u>186</u> x 100 = 19,6 %
Nº Total de pacientes en Urgencias	947

2º Indicador

Nº de pacientes con DxE	<u>161</u> x 100 = 86,5 %
Nº Total de pacientes con registro de E	186

Resultados del mes de Abril 2006

1er Indicador

Nº Total de pacientes con registro de E	<u>216</u> x 100 = 24,4 %
Nº de pacientes en Urgencias	882

2º Indicador

Nº de pacientes CON DxE	<u>203</u> x 100 = 93,98 %
Nº Total de pacientes con registro de E	216

3º Contaje de Registros

	Marzo	Abril
A- Nº Pacientes en Urgencias	947	882
B- Nº H ^º s Totales de Enfermería	186	216
C- Nº Registos de Enfer CON DxE	161	203
D- Nº Registos de Enfer SIN DxE	25	13



4º Registro de enfermería: Localizar Historias de Urgencias

Se ha intentado recopilar las H^{as} Clínicas de los pacientes que fueron ingresados en planta desde el Servicio de Urgencias para valorar y contabilizar los mismos indicadores que en los pacientes ambulantes.

La mayoría de las H^{as} Clínicas de estos pacientes ha sido imposible localizarlas por diferentes motivos: falta de tiempo del personal de enfermería, para buscar por si solos las historias en archivos, ya que este personal tiene sus cargas de trabajo, historias que no se encuentran en archivos por estar prestadas a otros servicios, las historias de los pacientes fallecidos tienen otra localización...

Es necesario planificar otro medio de recogida de datos de los pacientes ingresados que no sea recurriendo a la historia clínica por la dificultad de su búsqueda por el personal de Urgencias.

5º Cuaderno de Dudas

Se ha recogido en el cuaderno de dudas el nombre y apellidos de los pacientes a los que se les abre registro de enfermería al ingresar y a la vez los DxE referidos, ya que el sistema de búsqueda de la historia en archivos ha sido inviable.

También se han recogido dudas como, ante dos diagnósticos muy parecidos, cual de ellos es conveniente usar, se discute entre todos y se aportan diferencias.

CONCLUSIONES

1. El 1er indicador demuestra que los criterios determinados para abrir un registro de enfermería deberían ser revisados, tal vez sean muy estrictos y poco efectivos si dejamos tantos pacientes sin diagnosticar en esta 1ª etapa. Era necesario aplicar unos criterios de cumplimentación del registro de EdU, que nos asegurara, a la vez, una buena utilización de los recursos existentes.
2. También es cierto que este 1er indicador demuestra lo ya tantas veces demostrado en los servicios de Urgencias, la cantidad de pacientes con patología leve, la gran cantidad de usuarios que acuden a nuestras Urgencias sin tener ningún tipo de patología urgente, ni situación de gravedad.
3. El 1er y 2º indicador puede tener un sesgo que esperamos poder corregir en los próximos meses y es referente al personal de enfermería que ocasionalmente viene a nuestro Servicio de Urgencias, a suplir al personal de enfermería fijo, que son los que están realizando y responsabilizándose de este trabajo y del Proyecto de Calidad. Este equipo de enfermería de "pull", hoy por hoy, no esta ni formada ni motivada para la colaboración en este trabajo.
4. El 1er indicador muestra un mayor nº de registros de enfermería abiertos, lo que sig-



nifica un mayor acercamiento al paciente en su necesidades y una mejor calidad en su atención.

5. El 2º indicador demuestra que cada vez que se ha abierto un registro de enfermería se ha cumplimentado en su totalidad y ha supuesto una mejor asistencia y atención integral del paciente. Al valorar con taxonomías tenemos presente una amplia visión que nos permite contemplar al paciente en su totalidad.

6. Diagnosticar nos lleva a la responsabilidad ética de dar soluciones desde nuestro campo competencial propio enfermero, esto nos obliga a la continuidad, en siguientes pasos, a desarrollar Planes de Cuidados. Para esto se esta recopilando un listado de los DxE mas frecuentes sobre los que aplicar resultados e intervenciones.

Los DxE más frecuentes en estos dos meses han sido:

Marzo

1. Dolor agudo
2. Ansiedad
3. Riesgo de Infección
4. Riesgo de Lesión
5. Deterioro del intercambio gaseoso
6. Patrón respiratorio ineficaz
7. Deterioro de la movilidad física

Abril

1. Dolor agudo
2. Ansiedad
3. Riesgo de Infección
4. Deterioro de la movilidad física
5. Deterioro de la Integridad cutánea
6. Déficit de Autocuidado
7. Temor

Y relacionados con los motivos de demanda:

1. Dolor Abdominal
2. Ansiedad
3. Problemas respiratorios
4. Lesiones por accidentes.

7. Hemos descubierto la necesidad y la satisfacción el equipo de enfermería del Servicio de reunirnos para realizar sesiones clínicas enfermeras donde discutir diversos diagnósticos que nos surgen con frecuencia y nos exigen buscar el mas idóneo, según factores relacionados, características definatorias, definiciones mas concretas.... No sabemos que pasara a 31 de diciembre pero estos dos meses están siendo una experiencia muy gratificante para todos.



Bibliografía

1. "Diagnósticos Enfermeros de la NANDA" Edición 2005-2006
2. "Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) 3ª Edición, ISBN 84-8174-788-2
3. "Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) 4ª Edición, ISBN 84-8174-788-2
4. V Jornadas de Trabajo AENTDE, Documentación de apoyo, Toledo 2005
5. "Diagnósticos, Resultados e Intervenciones. Interrelación NANDA, NOC, NIC". M. Jhonson, G. Bulecher, J. McCloskey, M. Maas, S. Moorheart. ISBN 84-8174-640-1
6. "Aplicación del Proceso Enfermero, Guía paso a paso" Alfaro-LeFevre, R.; ISBN 84-07-00197-X, Barcelona 1999



PRINCIPALES DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA EN EL TRASPLANTADO HEPATICO Y SU CUIDADOR.

Francisca Arenas Gonzalez, Ana Carmen Gonzalez Escobosa,
Susana Padin Lopez

INTRODUCCION

El paciente trasplantado hepático ha sido un enfermo crónico, con una calidad de vida cada vez más limitada, con desequilibrios entre él y su medio. Sus relaciones familiares, laborales, económicas, culturales y psico-sociales han sido alteradas. La familia constituye un pilar fundamental en el camino de la enfermedad crónica. Tras el trasplante esta situación cambia de manera importante; en el proceso de adaptación tanto del paciente como de la familia, la enfermera proporciona intervenciones encaminadas a resolver las respuestas humanas alteradas. Actualmente en el hospital Carlos Haya el nº de trasplantes hepáticos es de 394.

OBJETIVOS

1. Establecer los diagnósticos de enfermería más usuales del paciente trasplantado durante el período de hospitalización.
2. Identificar los diagnósticos de enfermería no resueltos al alta hospitalaria para asegurar la continuidad de cuidados.

MATERIAL Y METODOS

Revisión de los registros de enfermería de las historias clínicas, teniendo en cuenta que es a partir del año 2003 cuando se comienzan a elaborar los planes de cuidados estandarizados en nuestro hospital con el nuevo registro de planificación de cuidados: diagnósticos enfermeros, problemas de colaboración y problemas de autonomía, NIC, NOC.

RESULTADOS

Los Diagnósticos del paciente más usuales han sido:

- 00069 AFRONTAMIENTO INEFECTIVO
- 00148 TEMOR
- 00146 ANSIEDAD
- 00078 MANEJO INEFECTIVO DEL RÉGIMEN TERAPÉUTICO
- 00096 DEPRIVACIÓN DE SUEÑO
- 00155 RIESGO DE CAÍDAS
- 00002 DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL POR DEFECTO

Diagnósticos del cuidador:

- 00074 AFRONTAMIENTO FAMILIAR COMPROMETIDO





00061 CANSANCIO DEL ROL DE CUIDADOR

Al alta los diagnósticos no resueltos han sido: En el paciente: Temor, manejo inefectivo del régimen terapéutico y desequilibrio nutricional por defecto. En el cuidador los dos diagnósticos descritos, pueden mantenerse uno u otro en el momento del alta. Se expondrán en el póster los diagnósticos de enfermería desarrollados.

CONCLUSIONES

De la reflexión de los diagnósticos de enfermería encontrados, podemos concluir que la educación sanitaria esta implícita en todas las intervenciones enfermeras realizadas durante el período de hospitalización y deben ser continuados alta hospitalaria. Pensamos que el informe de continuidad de cuidados (ICC) debería ir dirigido no sólo a su centro de salud sino también a la enfermera de la consulta externa para así poder seguir reforzando la educación sanitaria y el cumplimiento del tratamiento y las normas terapéuticas por parte del paciente y familia.



APROXIMACIÓN DESDE LA PERSPECTIVA ENFERMERA A LOS GRUPOS ÉTNICOS ECONÓMICOS EN LA PROVINCIA DE MÁLAGA

Bernardo Vila Blasco, M^a Luisa Ruiz García, Isabel M^a Morales Gil,
Luis Sandino Dabán, Ana M^a García Parra, Ana Sáez Moleón

INTRODUCCIÓN

Partiendo del concepto de competencia cultural, la mayoría del profesorado de tercer curso de la Diplomatura en Enfermería de la UMA, se propone, principalmente:

- * Identificar los desajustes, personales y grupales, derivados del proceso de adaptación al nuevo medio.
- * Conocer las dificultades del acceso a los servicios de salud.
- * Identificar los criterios de calidad percibida en relación a los servicios de salud y la atención recibida.
- * Identificar las dificultades del servicio de salud para responder a las demandas del inmigrante.
- * Identificar y determinar la incidencia de una selección de diagnósticos NANDA en la población de estudio.

MATERIAL Y MÉTODO/DESARROLLO CONCEPTUAL étnico, dirigidos por un tutor.

- * Elaboración y entrega del modelo base de entrevista semiestructurada en coordinación con la Asociación Málaga Acoge.
- * Selección de la documentación básica sobre la competencia cultural y la discriminación diagnóstica.
- * Desarrollo de un curso sobre “comunicación intercultural”.
- * Elaboración de la memoria completa del estudio y sus conclusiones
- * Difusión en CD de los respectivos trabajos de los grupos a todo el profesorado implicado.
- * Presentación y defensa de los trabajos.
- * La evaluación supone entre el 25% - 30% de la nota teórica de cada una de las asignaturas troncales de tercer curso de la Diplomatura de Enfermería.

RESULTADOS

A pesar de los inconvenientes que supone trabajar con grupos de población con connotaciones de clandestinidad, los datos obtenidos a lo largo de la experiencia evidencian las posibilidades de mejora que en el entorno de salud se podrían planificar para reducir el riesgo de problemas subsanables.



CONCLUSIONES

Si la limitación para la comunicación y la diversidad cultural suponen trabas para la calidad de vida de las personas inmigrantes, es obvio la necesidad de mejorar las condiciones del sistema sanitario para afrontar sus puntos débiles y reforzar los fuertes.



INCIDENCIA DE RESPUESTAS HUMANAS EN PACIENTES DE LA CARTERA DE SERVICIOS DE ATENCIÓN DOMICILIARIA.(FIS PI031161)

Francisco Javier Martín Santos, Elena Gonzalo Jiménez,
Isabel Toral López, Miriam Celdrán Mañas,
Lola Navarrete Franco, AnaTobías Manzano

INTRODUCCIÓN

La creciente demanda de cuidados en atención domiciliaria constituye actualmente una prioridad para la gestión de los servicios de Salud. La necesidad de atención derivada de las respuestas humanas de esta población aporta una valiosa información para este propósito. Hasta ahora, la mayoría de estudios realizados al respecto han sido de crote transversal y se desconoce cuál es la incidencia desde el inicio en grandes grupos de pacientes y cuidadoras.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, longitudinal, prospectivo realizado en los Servicios de AD de los Distritos de Málaga, Almería, Granada y Costa del Sol, en el seno del estudio ENMAD (FIS PI031161). Se evaluó la incidencia de respuestas humanas en los casos que iniciaban AD. La medida utilizada ha sido la incidencia acumulada en el período que va desde diciembre de 2003 a diciembre de 2005 en la submuestra del grupo intervención (n=131 pacientes: inmovilizados, terminales y altas y n=118: cuidadoras).

RESULTADOS

El análisis de subgrupos revela en los pacientes inmovilizados, el perfil de pérdida de autonomía más nítido y cómo, cuando las enfermeras no usan un modelo conceptual para enjuiciar respuestas humanas, se emplean masivamente diagnósticos que desde el modelo de Henderson se corresponden con problemas de autonomía que requieren un rol de suplencia. En los pacientes terminales, en cambio, se modifica el patrón de respuestas humanas, apareciendo el dolor y la ansiedad ante la muerte, así como el trastorno de la imagen corporal. En los pacientes dados de alta de hospital que requerían atención domiciliaria, emergen respuestas como la ansiedad o el dolor agudo, así como el riesgo de infección, también propios de este tipo de pacientes. Las respuestas de mayor incidencia en las cuidadoras fueron ansiedad y riesgo de cansancio en el rol de cuidador.

CONCLUSIONES

La casuística resultante supone una fuente de datos muy valiosa ya que hasta el momento, todos los análisis de casuística de diagnósticos enfermeros en AD se han realiza-



do de forma transversal, obteniéndose sólo datos relativos a prevalencia en un momento del tiempo. El análisis longitudinal desde el inicio, en situaciones tan prolongadas como la atención domiciliaria, aporta una visión muy últi a la hora de establecer y analizar la demanda previsible de atención y su posterior evolución. En este estudio se aprecia como la ausencia de un modelo conceptual claro que guíe la práctica enfermera conlleva un uso indiscriminado de diagnósticos



INTERVENCIONES ENFERMERAS VERSUS RESULTADOS QUE EVIDENCIAN EL APRENDIZAJE DEL ALUMNADO DE TERCER CURSO DE LA DIPLOMATURA EN ENFERMERÍA

M^a Luisa Ruiz García, Bernardo Vila Blasco, Isabel M^a Morales Gil, Ana María García Parra, Luis Sandino Dabán, Ana M^a Sáez Moleón

INTRODUCCIÓN.

La incorporación de las universidades españolas al EEES ha motivado al profesorado titular de tercer curso de la Diplomatura en Enfermería para diseñar una asignatura, Ad Hoc, denominada "Metodología de Cuidados Aplicada", con objeto de garantizar el desarrollo de competencias específicas en materia metodológica.

MATERIAL Y MÉTODO/DESARROLLO CONCEPTUAL.

Para el abordaje del programa se realizaron varias reuniones de consenso con objeto de especificar los criterios, dada la diversidad existente entre asignaturas, estimándose alcanzable mediante el desarrollo del Modelo Área, con pequeños matices metodológicos para adaptarlo a las características de nuestro entorno. Esta asignatura consta de 1 crédito teórico para la adquisición de los conocimientos básicos y 5 prácticos, con una media de 15 días de prácticas, de los que se detraen dos días para el desarrollo de otra actividad académica paralela y que forma parte del 30% que se debe reservar para la ocupación individual del estudiante y que está orientada a un proyecto de trabajo cooperativo en materia de inmigración, motivo de otra comunicación en este mismo congreso.

El último día de clase presentan su trabajo individual, donde ha de haber trabajado las clasificaciones internacionales (NNN), y se concreta la planificación en grupo coordinados por el profesor/a que en ese momento está en la unidad que le compete.

La evaluación se basa en los criterios de resultado propuestos para cada competencia. La calificación definitiva será la media resultante de las cinco notas de las Sesiones Clínicas.

RESULTADOS.

Con esta dinámica se ha podido comprobar el grado de implicación y capacidad para la identificación de problemas y búsqueda de resolución efectiva y el desarrollo de actitudes inclinadas al autoaprendizaje.

CONCLUSIONES.

La metodología enfermera no es un medio independiente, sino un fin en el aprendizaje, por lo que en 2006/07 comprenderá el 30% de todas las asignaturas de tercer curso.



GESTIÓN DE CASO: ALTERACIÓN DE LOS PROCESOS FAMILIARES Y RIESGO DE CANSANCIO DE ROL CUIDADOR

Fernando González Posada, Juan Luis Pérez Corona,
Francisca Domínguez Guerrero, Rosalía Orellana Olave,
Ana María Rodríguez Vidal, Ana Barberá García

Familia de mujer de 23 años que tras ser tratada de procesos catarrales ingresa en hospital alejado 100 km. de su residencia con cuadro confusional y sospecha de Sd. Creutzfeldt-Jacob: 4 meses en UCI, 3 en unidad de neurología. IOT por convulsiones refractarias, neumonías repetidas, trombosis yugular, colonización por pseudomonas, streptococos, traqueostomía, PEG, tetraparesia, status epiléptico, juicio clínico de encefalitis vírica. Los padres (65 años) han permanecido a su lado a tiempo completo, incluida estancia en UCI (sala de espera y 20 minutos/día de visita a hija). Tras 7 meses traslado a nuestro hospital.

VALORACIÓN

Estructurada según Henderson. Gran implicación de padres en cuidados básicos y complejos. Permanecen sin querer salir habitación de su hija. Hijo fallecido hace 1 año en accidente laboral (en duelo). El matrimonio tiene dos hijos más, buena relación sin implicación en cuidados directos, disminuyen progresivamente sus visitas. Padre hernia discal, pinzamiento cervical, jubilación próxima (temporero agrario), cobrando subsidio desempleo, citado por inspección para revisar baja laboral, asume solo toma de decisiones, asertivo, muy demandante, expectativas demasiado optimistas sobre mejora del proceso. Madre ama de casa, tratamiento por sd. depresivo, madre ingresada en otro hospital por ACV, expectativas ajustadas, se inhibe de expresar opiniones diferentes a las de su marido. No reciben visitas no familiares. Esfuerzo Cuidador= 7, Valoración Socio-familiar= 15, Apgar familiar= 9.

DIAGNÓSTICO

Riesgo de cansancio del rol cuidador y Alteración de los procesos familiares r/c impacto de enfermedad y cambios de rutinas en sistema familiar.

RESULTADOS: 130501

Establecimiento objetivos realistas (2-4), 220304 Oportunidades para intimidad comprometidas (1-2), 260112 Familia participa en toma de decisiones (2-4), 260216 Los miembros pasan tiempo juntos (2-4), 260403 Mantiene rutinas habituales (2-4)

EVALUACIÓN

En proceso (caso abierto). La complejidad de la paciente nos hizo orientar el caso a asegurar su permanente proveedor de cuidados: su familia.



IDENTIFICAR LOS DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS (SEGÚN NANDA: NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION) EN PACIENTES CON NUTRICIÓN ENTERAL DEDUCIDOS DE LAS ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA REGISTRADAS

A. Manterola Conlledo, H. Lorenzo Benítez, A. Urruchi Campo,
M. Del Valle García

OBJETIVOS

- 1) Identificar los diagnósticos enfermeros en pacientes con nutrición enteral en relación a las actividades enfermeras registradas.
- 2) Determinar qué actividades enfermeras realizadas no figuran en los registros enfermeros.
- 3) Conocer el Ítem estado mental y el Ítem movilidad de la Escala Norton
- 4) Cuantificar los informes al alta de enfermería en relación al diagnóstico: cansancio en el rol del cuidador

Estudio descriptivo transversal de los pacientes con nutrición enteral: Año 2004.

Las fuentes de recogida de datos fueron las historias clínicas y hoja de valoración nutricional. Sistema estadístico SPSS

RESULTADOS

Se identificaron los siguientes diagnósticos enfermeros:

- 1º) Dominio 1 promoción de la salud. Clase 2 manejo de la salud 00163 :disposición para mejorar la nutrición
- 2º) Dominio 2 Nutrición. Clase I ingestión. 00002: Desequilibrio nutricional por defecto.
- 3º) Dominio 2 nutrición. Clase 5 hidratación.00025 .Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos.
- 4º) Dominio 3 eliminación clase 2 : sistema gastrointestinal.0013:Diarrea. 00015 Riesgo de estreñimiento.
- 5º) Dominio 5 percepciones / cognición. Clase 4 cognición 00126: conocimientos deficientes.
- 6º) Dominio 6 autopercepción .clase 3 imagen corporal.00118.Trastorno de la imagen corporal.
- 7º) Dominio 7.Rol /relaciones clase 1. rol de cuidador: 00061: Cansancio en el rol del cuidador.
- 8º) Dominio 11 seguridad /protección clase 1 infección 00004:Riesgo de infección
- 9º) Dominio 11 seguridad /protección clase 2 lesión física. 00039:Riesgo de aspiración
- 10º)Dominio 11 seguridad /protección clase 2 lesión física. 00047: Riesgo de deterioro de la integridad cutánea



11º) Dominio 11 seguridad /protección clase 2 lesión física: (sin codificar) Riesgo de deterioro de la mucosa oral.

Actividades registradas:

Lavados sonda: 94,6%

Constantes: 99,2%

Balance hídrico:74,4%

Registro deposiciones: 93,8%

Cambio preparado: 28,8%

Explicación 80,8%

Enseñanza: 78%

Hoja de control ingesta:85,7%

Dieta: 68,8 %

Nutrición: 26,4 %

Edad media: 69,08 años

Escala Norton respecto estado mental: 2,88 puntos

Escala Norton respecto movilidad: 2,73puntos

Motivación: 90,99%

Informes alta: 84 %

Hoja de control de ingesta:85,7%

Monitorización nutricional: 92,2 % :

Parámetros antropológicos: peso y talla: 32,6%

Control ritmo infusión: 96 % :

Aspiración secreciones: 94 %

Comprobación residuos gástricos: 88,6 %

Posición adecuada 49,5%

Comprobación radiológica sonda: 82,4 %

Cambio sistema 9,3 %,

Cambio bolsa: 77,3 %

Cura estoma: 84, %

CONCLUSIONES

En ausencia de planes de cuidados se programan y realizan actividades que demuestran los conocimientos de las enfermeras a la hora de administrar cuidados en la nutrición enteral, no obstante, observamos que existen actividades realizadas que no se registran.





CASO CLINICO: CUIDADOS AL PACIENTE Y CUIDADOR INADAPTADOS

Isabel Lara García, Olivia Zamora Abad, M^a Dolores Moya Lopez, Carmen María Mañas Ruiz, Antonia Rojano Soria, Carmen Guillén Ramos

1. SINOPSIS

Niña de 14 años que ingresa en planta por síndrome emético e hiperglucemia. Mal control de su diabetes.

Antecedentes personales.

- Fibrosis quística desde los 8 años.
- Transplantada de pulmón en 2.002.
- Diabetes – Mellítus (2^a a F.Q.). No insulino terapia por PROBLEMAS DE SUPERVISIÓN FAMILIAR, y miedo a hipoglucemia.

2. VALORACIÓN SEGÚN LOS PATRONES FUNCIONALES DE GORDÓN.

P.7. Auto percepción – Auto concepto

Conoce su estado de salud, pero NO SE ADAPTA AL ESTILO DE VIDA QUE DEBE LLEVAR.

P.8. Rol – Relaciones

No tiene buena relación con la madre. El resto de la familia no se implica. La madre se siente CANSANDA – IMPOTENTE, dice que NO LE HACE CASO. Piensa que la culpa es suya por ser “una madre vieja”.

3. NANDA 00070

Deterioro de la adaptación relacionado con que no hay intentos de cambiar de conducta, ni de estilo de vida.

NOC: 1300 Aceptación del estado de salud.

INDICADOR	Objetivo (1 mes)	Valoración Ingreso	Valoración Alta
130008	4 - 5	2	3
130014	4 - 5	2	3

NIC: 4360 Modificación de la conducta.



NANDA 00071

Afrontamiento defensivo relacionado con normas estrictas a seguir.

NOC 1302 Superación de problemas

INDICADOR	Objetivo	Valoración Ingreso	Valoración Alta
130207	5	2	4

NIC 4420 Acuerdo con el paciente.

NANDA 00056

Deterioro parental r/c sobrecarga en el desempeño del rol, bajo nivel educacional.

NOC 2506 Salud emocional del cuidados familiar.

INDICADOR	Objetivo	Valoración Ingreso	Valoración Alta
250602	4 - 5	1	2 - 3

NIC 7040 Apoyo al cuidador principal.

NOC 2204 Relación entre cuidador familiar y paciente.

INDICADOR	Objetivo	Valoración Ingreso	Valoración Alta
220411	4	1	2

NIC 7052 Fomento del desarrollo adolescente.

RESULTADOS

- Glucemia controlada.
- Obtenemos dialogo positivo con la paciente.
- La madre se siente más "aliviada" (temporalmente), al hablar con nosotros.

REFLEXIÓN

Conocemos bien a la paciente y su entorno social, debido a sus múltiples ingresos; somos conscientes de sus limitaciones, tanto de ella como de su entorno, por lo que no esperamos demasiados cambios.

Actualmente ingresada en el H. R. Sofia de Córdoba, por posible rechazo al transplante debido al mal control de medicamentos.



“TRABAJAR CON NANDA, NIC Y NOC EN RESONANCIA MAGNETICA...¿ ES POSIBLE?”

Inmaculada Montero Monterroso, Roberto Díaz Meyer

INTRODUCCIÓN

En la Unidad de Resonancia Magnética del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba, la labor desempeñada por el profesional de Enfermería se desenvuelve, entre las actuaciones y actividades propias de su ROL con el paciente, y su labor como profesional de la salud especializado en exploraciones de Diagnóstico por la Imagen, en un ambiente, lógicamente, muy tecnificado.

OBJETIVO

Tras realizar formación en el Proceso Enfermero para aplicar los conocimientos adquiridos sobre NANDA, NOC, NIC, el objetivo que se plantea es mostrar que es posible hacer un “Registro Enfermero”: valorar las necesidades del paciente tras la recepción en la unidad, aplicar los Diagnósticos de enfermería que correspondan, y finalmente, obtener unos resultados mediante unas intervenciones y actividades planteadas, teniendo en cuenta que la duración de la estancia del paciente es, en el mayor de los casos, de una hora.

MATERIAL Y MÉTODO

- Hoja informativa y de consentimiento informado específico de la unidad de R.M
- Registro de acogida de pacientes en el Servicio de Radiodiagnóstico
- Diseño inicial de una hoja de registro de Enfermería con los diagnósticos de enfermería más frecuentes detectados.
- Diseño “experimental” de una hoja de Plan de Cuidados que muestra los NANDA, NOC y NIC

El método está basado en la recogida de datos del paciente, la entrevista que se mantiene con él previa a la realización de la prueba diagnóstica y la explicación de dicha prueba. Todo ello está encaminado a la Atención Integral del paciente con el beneficio de conseguir una prueba diagnóstica válida.

RESULTADOS

- Queda reflejada la identidad del profesional de Enfermería en el Servicio de Radiodiagnóstico, cuya función principal - la prestación de Cuidados -, es y junto con el “uso de la técnica”, actividades que pueden, y deben coexistir aunque sean actividades independientes.
- La información, tanto verbal como escrita, es una parte del acto asistencial. La entrevista con el paciente, así como la explicación deberán estar en un lenguaje sencillo, comprensible y no técnico; ambas deben adecuarse a las características de cada paciente, a su



edad, a su nivel cultural y a su capacidad de comprensión.

CONCLUSIONES

Los planes de Cuidados, siguiendo los planteamientos de la NANDA, NOC, NIC, que aplican los profesionales de enfermería son posibles incluso en una Unidad de Resonancia Magnética, y en general en un Servicio de radiodiagnóstico, donde prevalece el uso de alta tecnología sobre “las necesidades” del individuo.

El reconocimiento de la enfermería radiológica ante la sociedad e incluso dentro de nuestra profesión, somos nosotros mismos quienes tenemos que buscarlo, mostrando día a día, nuestra aportación a la Continuidad en los Cuidados, así como en el marco de la Gestión por Procesos Asistenciales.



CUIDADOS POSTCESÁREA: PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO

María Dolores Moraleda Hurtado, Justo Martínez León, Ruth Limones López,
Alicia Molero Gómez, Esther Moreno Martín

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, se ha producido un aumento de la tasa de cesáreas, que por distintos motivos se realizan como opción para la terminación de la gestación. La OMS establece como óptimas unas cifras del 10-15%. Y sin embargo estas tasas se superan mucho en la realidad, llegándose así en España a alcanzar el 21,68% en las instituciones públicas, siendo este porcentaje mucho más elevado en los centros privados.

Este “parto abdominal” supone para la mujer un mayor tiempo de recuperación en comparación con un parto vaginal, al tratarse de una intervención quirúrgica de cirugía mayor. Del mismo modo, para el personal de Enfermería va a suponer un mayor número de acciones de cuidado, que hay que gestionar y llevar a cabo de manera organizada.

Es por estos motivos que se plantea la necesidad de estandarizar los cuidados de Enfermería que se plantean en el puerperio precoz tras una cesárea, mientras la mujer se encuentra ingresada en el hospital.

OBJETIVO

- Desarrollar un plan de cuidados estandarizado de cuidados postcesárea.

MATERIAL Y MÉTODO.

Tras una valoración de las necesidades de cuidados de toda mujer que llega a nuestro servicio desde Reanimación tras una cesárea, se establecen cada uno de los objetivos y actividades dirigidas a la atención integral de la paciente. Así, cada una de estas intervenciones (NIC) como los objetivos que pretendemos conseguir con ellas (NOC) se distribuirán en el grupo pertinente de independencia de nuestras acciones.

RESULTADOS.

Tras la agrupación de objetivos e intervenciones específicas de cuidados, se obtienen cuatro grupos básicos:

1. Problemas de autonomía: eliminación, higiene, movilidad, descanso.
2. Problemas de colaboración: dolor, cuidados de catéter venoso y vesical, administración de tratamiento, vigilancia y control, colaboración con el tocólogo.
3. Diagnósticos de Enfermería: dolor agudo (00132), deterioro de la integridad cutánea (00046), riesgo de infección (00004), riesgo de estreñimiento (00015).
4. Otras intervenciones: valoración al ingreso, registro y alta.



CONCLUSIONES

El hecho de identificar las acciones de cuidado que la mujer necesita tras una cesárea mientras se encuentra ingresada, supone poner en práctica la aplicación de este plan de cuidados. Esto nos ayudará a unificar criterios de actuación en cuanto a cuidados se refiere, dar continuidad en la atención a la mujer, reducir el tiempo de registro de acciones, planificar la unidad, asegurar una calidad óptima en la recuperación postquirúrgica, comparar datos, así como la transmisión de información de los cuidados en el momento del alta, para continuar la atención en el primer nivel asistencial.





INDICADORES DE RESULTADO: UN RECURSO PARA LA CONFIRMACIÓN DE HIPÓTESIS DIAGNÓSTICAS EN LA VALORACIÓN INICIAL DE CUIDADORES DE PACIENTES DEPENDIENTES

Juan Carlos Palomo Lara, Nieves Sánchez Medina,
Encarnación Ramírez López, Marigrós Prieto Guerrero
Palomo Lara, Juan Carlos

INTRODUCCIÓN.

La elaboración de herramientas que permitan una recogida de datos fiables para la elaboración de un juicio clínico, es la tarea que viene ocupando el tiempo de muchas enfermeras que intentan impulsar la aplicación de la metodología enfermera en los cuidados.

En el ámbito de nuestro Hospital estamos trabajando en la elaboración de una hoja de valoración de cuidadoras específica ya que la valoración estándar actual presenta algunas dificultades a la hora de relacionar los datos recogidos con determinadas etiquetas diagnósticas

MATERIAL Y METODOS

La revisión de la bibliografía existente sobre cuidadores informales y las necesidades detectadas en los planes de cuidados de los cuidadores atendidos es lo que nos ha llevado a reorientar la valoración hacia indicadores de resultado desde el mismo momento de la valoración inicial.

La elaboración de una herramienta de valoración de cuidadoras de pacientes dependientes se ha realizado utilizando el modelo de razonamiento clínico propuesto por los profesores J.C. Morillas , J.M. Morales y colaboradores

RESULTADOS

Facilita el juicio clínico

Mejora el uso práctico de las taxonomías

Orienta el plan de cuidados desde su inicio hacia resultados de enfermería favoreciendo la individualización del plan

CONCLUSIONES

El uso de algoritmos diagnósticos propuestos en éste modelo, ayuda al desarrollo del pensamiento crítico, facilita la toma de decisiones terapéuticas y abre una puerta a la investigación sobre le efectividad de las intervenciones enfermeras



DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL AFRONTAMIENTO DE LA COMUNIDAD. MEJORADA DEL CAMPO-VELILLA DE SAN ANTONIO. MADRID

Lara Edurne González Castellanos, Ana López-Torres Escudero, Cristina Ferrer Muñoz, Almudena Del Puerto Claros, Sergio De Casas Albenda, Dámaso Rodríguez Serrano

INTRODUCCIÓN

Ser enfermera comunitaria en la zona rural permite programar y desarrollar intervenciones con y para la comunidad, planificando acciones de cuidados, de promoción y prevención en íntima relación con agentes de la comunidad y llevados a la práctica, tanto en el Centro de Salud como en otros ámbitos de participación comunitaria.

Un grupo de enfermeras y enfermeros del Centro de Salud de Mejorada del Campo-Velilla de San Antonio (Área 2 Salud Madrid), han desarrollado un "Diagnostico Comunitario de Enfermería", partiendo de un análisis de la situación de salud de la población a la que atendemos. Formulamos un Diagnostico de Salud, ya que la comunidad goza de un nivel aceptable de salud o bienestar, pero expresa interes por alcanzar un nivel mayor.

MATERIAL Y METODOS

Aplicando el proceso de atención de enfermería y utilizando como herramienta las taxonomías NANDA-NIC-NOC, tras la valoración, formulamos el diagnóstico: DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL AFRONTAMIENTO DE LA COMUNIDAD, a partir del cual, diferenciando por grupos de edad y de interes, planteamos los resultados esperados-NOC- por grupos y planteamos las intervenciones-NIC- teniendo como marco de actuación la Educación para la Salud grupal y actividades de participación comunitaria.

RESULTADOS

Una vez diseñado el plan de cuidados y marcados los objetivos, se desarrollan diferentes proyectos de Educación para la Salud e Intervención Comunitaria, algunos de ellos implantados desde hace tiempo, otros en proyecto y próxima puesta en marcha. Cada una de las actividades se evaluan en cuanto a satisfacción, adquisición de habilidades, conocimientos y actitudes.

CONCLUSIONES

La utilización de la taxonomía NANDA-NIC-NOC nos ha sido muy util para el planteamiento de intervenciones y actividades, la evaluación la realizamos con encuestas y test, el siguiente paso, es incluir en cada actividad los indicadores de resultados que nos daría una visión global de la calidad y efectividad de las intervenciones planteadas.



ENTIDADES COLABORADORAS

Universidad de Granada

FIBAO

Caja Granada

Consejo Andaluz de Colegios de Enfermería

Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Granada

Fundación Hospital Clínico

IT Deusto

Dirección General de Desarrollo e Innovación en Cuidados.

SAS

Caja Rural de Granada

Aguas de Lanjarón

Puleva

Turismo de Granada /Patronato Provincial/

Turismo de Granada /Ayuntamiento. Concejalía de Cultura,

Turismo y Deporte/

Aceite de oliva virgen extra "Peña de Baena"

Productos Maritoñi

VACUETTE

Diputación de Granada

Consejo de Castilla-León





Asociación Española de Nomenclatura,
Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería



Escuela Universitaria de Enfermería
Virgen de las Nieves de Granada



Hospital Universitario
Virgen de las Nieves
Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD



Asociación Española de Nomenclatura,
Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería



Escuela Universitaria de Enfermería
Virgen de las Nieves de Granada



Hospital Universitario
Virgen de las Nieves
Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD