V SIMPOSIUM INTERNACIONAL DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

# SABER TEORICO SABER PRACTICO DESDE LA FILOSOFÍA DE JEAN WATSON

Autores: Virtudes Rodero Sánchez; Carmen Vives Relats; Sagrario Acebedo Urdiales. TEU, Escuela de Enfermería, Universidad Rovira i Virgili. Tarragona
Dirección: Avda. Roma, nº 17, 43005. Tarragona
Teléfono: 977 251406

Correo electrónico: vrs@eui.urv.es cvr@eui.urv.es sau@eui.urv.es

**INTRODUCCIÓN:**

El objetivo de esta comunicación es dar a conocer el porqué del marco teórico del plan de estudios de la diplomatura , en la materia de *Fundamentos de Enfermería.* Conjugamos las perspectivas teóricas, *El caring "Teoría del cuidado humano", el modelo de razonamiento clínico de Pesut y Herman con las Taxonomias Enfermeras y la Metodología de aprendizaje basada en problemas*

La elección de *la teoría del cuidado humano* de Jean Watson esta motivada por centrar el cuidado en ayudar a la persona a crecer y actualizarse, en la compasión activa, la vigilancia, así como en las estrategias de afrontamiento, los conflictos de desarrollo, las perdidas y el estrés como factores determinantes en el proceso de salud de la persona.

El programa de fundamentos de enfermería esta concebido para facilitar la creación de un clima favorable en los procesos de actualización de cada uno de los estudiantes, para que ellos aprendan a reforzarlos en las personas que cuidan. El aprendizaje esta basado en la enseñanza de una reflexión clara y profunda, con el objetivo de desarrollar el arte de comunicarse y el arte de utilizar su inteligencia, la búsqueda de evidencias, en la escritura (narrativas), la escucha activa, en el compromiso y en la asunción de valores morales y éticos .

El modelo de Pesut EJ. y Herman aporta al estudiante una forma de estructurar el pensamiento para el análisis reflexivo de las situaciones de cuidados. Este modelo se basa en estrategias cognitivas complejas, es integrador, circular y fluido. Expone varios problemas hace emerger lo que parece prioritario y mira cual es la transacción para pasar del estado presente al estado elegido, para llegar a la excelencia en los cuidados a través de la creatividad y la individualización. La excelencia esta en el empleo de los componentes: persona / familia / grupo /enfermera/ + calidad de razonamiento + conocimiento del sujeto + gestión de cuidados y en la filosofía *del Caring "Teoría del cuidado humano",* basada en la asunción de que cada persona debe hallar su propio significado y solución de problemas de la existencia.

**METODOLOGIA DEL PROCESO DE APRENDIZAJE DEL ALUMNO**

**Objetivos planteados**

- Interiorización del significado, importancia, interrelación, e individualización en la cobertura de necesidades, a través de un trabajo experimental
- Interiorización del factor cuidativo *"crear un ambiente de protección y de apoyo que potencia la integridad, la belleza, la comodidad y la paz"* como eje transversal de los cuidados
- Iniciación y ensayo en actitudes de presencia
- Iniciación y ensayo de la vivencia del proceso de pérdida
- Iniciación en *"el uso creativo del proceso de cuidados"*

**En aula**

Presentación del marco conceptual y los diez factores de cuidados.

Nos centramos en la " *Ayuda en la satisfacción de las necesidades básicas con conciencia intencional en los cuidados"* alrededor del cual gira la dinámica de los contenidos de la materia de Fundamentos.

Las necesidades son planteadas desde una perspectiva psicofisiológica, pensamos que es el enfoque útil para comprender los aspectos primarios y secundarios de cada una de ellas. Un ejemplo sería la necesidad de alimentarse e hidratarse, los significados y asociaciones relacionados con ésta se encuentran en las necesidades de más alta jerarquía, fundamentalmente en las de amor, seguridad, confianza; ni el dar de comer ni la cantidad, determinan la satisfacción. Llamar a la necesidad de alimentarse y de hidratarse una necesidad humana puede inducir a error, si no se explican los aspectos secundarios de la absorción de nutrientes como condiciones primarias de supervivencia y desarrollo. La nutrición y los líquidos, y sus componentes simbólicos y relacionales, son tan cruciales para la salud psicológica y sociocultural como para la existencia física.

Esta orientación en el estudio de las necesidades es una formidable oportunidad para enriquecer las reflexiones del estudiante sobre la necesidad de precisar lo que recubre exactamente esta manera particular de cuidar. Existen numerosas formar de satisfacer necesidades, determinar cuales son las necesidades presentes y cuales son las importantes, en un momento u otro, es una situación compleja sobre la cual el estudiante no debe dejar de interrogarse.

**En tutoría**

Proceso de integración del alumno de las necesidades humanas básicas a través de la experimentación

El aprendizaje se lleva a término en sesiones tutorizadas, en grupos de 20-22 alumnos, guiadas por un profesor, utilizándose situaciones planteadas por los estudiantes. Esta metodología *"pone el énfasis en que el estudiante aprenda a aprender"*.

A partir de situaciones reales (trabajo de campo), los alumnos deben observar, identificar y valorar los comportamientos que realizan las personas en el proceso de cobertura de necesidades, teniendo como referencia el marco teórico *"La teoría del cuidado humano"*, la bibliografía recomendada y la guía de aprendizaje.

Las necesidades a estudio están basadas en la jerarquía de Jean Watson:

- *De supervivencia* (físicas): seguridad :(higiene y arreglo personal, hábitos de orden, estructura, limpieza, estética en el ámbito familiar), nutrición/ hidratación, eliminación, respirar.
- *Funcionales* (psicofísicas) : actividad-inactividad, sexualidad. *De integración* (psicosociales): logro, pertenencia.
- *De búsqueda de crecimiento*, (intra- y interpersonal) : actualización

Para la generación de información los estudiantes utilizan la guía de recogida de datos.

A partir de la vivencia sobre el trabajo de campo realizado, el alumno, reflexiona sobre los hábitos y estilo de vida que utiliza la persona estudiada, teniendo en cuenta la etapa de desarrollo en la que se encuentra, y como hábitos y comportamientos familiares constituyen modelos de aprendizaje que determinan actitudes y estilos de vida. También reflexiona, en los modos y estilos de vida de cobertura de la necesidades que predominan (tendencia ) en el ámbito sociocultural de su entorno.

Actividades:

- Trabajo de campo: valoración de las necesidades

- Patrones indicativos de cobertura de la necesidad ( características definitorias)
- Factores que influyen: biofisiológicos, emocionales, cognitivos, socioculturales, espirituales, (factores relacionados)
- Interrelación de la necesidad con otras necesidades, valorando los efectos saludables o no saludables que producen el modo en como cubre necesidades las personas
- Significado y satisfacción de los comportamientos , hábitos, valores y creencias, en la cobertura de la necesidades
- Identificar y agrupar los datos que orientan a patrones saludables en la cobertura de la necesidad
- Identificar y formular las situaciones de cuidados
- Planificar intervenciones individualizadas, teniendo en cuenta la etapa de desarrollo, su sistema de creencias y valores, factores humanos, económicos, ambientales, culturales, sociales

Para la realización de este estudio, el estudiante puede utilizar las guías que se explican a continuación para las necesidades de sexualidad, logro, pertenencia y actualización. Su elaboración estuvo motivada por la petición de los estudiantes, que expresan que son necesidades abstractas, poco tangibles, y de las que no eran conscientes. Así estas guías les orientan en como hacer preguntas durante la entrevista.

**Necesidad de sexualidad**

*Implica el desarrollo completo de la personalidad, y esta afectada por factores religiosos y socioculturales. Los mitos y los estereotipos sexuales afectan las fuerzas externas y internas que determinan la identidad. Su esencia es la forma de relacionarse con las otras persona. Comprende la identificación sexual, el autoconcepto y la autoestima. La sexualidad es una necesidad dominante durante todas las etapas de crecimiento y desarrollo. Su satisfacción es personal y única*

Aspectos a valorar

- ¿Es necesario tener relaciones sexuales?
- ¿Qué beneficios aporta la sexualidad?
- ¿Qué sexualidad es más rica, la de los hombre, la de las mujeres?

**Necesidad de logro: integración**

*La necesidad de logro se orienta a la satisfacción de un sentido de excelencia interna. Es reconocido y sentido como logro por la propia persona. Se desarrolla y es controlada por mecanismos, intrapersonales y psicosociológicos. El objetivo del logro es sentirse satisfecho y competente con las actividades e iniciativas que emprendes. Es el aspecto del yo intimo, que comprende el aprendizaje de vivir consigo mismo, de vivir con los demás, e integrarse con el entorno, está relacionado con lo que la persona espera de ella, en lo que quiere realizar*

Aspectos a valorar

- Las actitudes de los padres durante la infancia
- las experiencias de logro en diferentes contextos: (familia, amigos, relaciones sociales, estudios, investigación, trabajo, deportes, negocios, patrimonio, economía, actividades artísticas, habilidades manuales, ocio, asociación, voluntariado, otros)
- Cual es el entorno, humano, intelectual, laboral, ecológico, social, y cultural en el que sientes que puedes desarrollar mejor tus roles, competencias, habilidades y facultades.
- De las metas o logros alcanzados ¿Cuáles son los que te han dado mayor satisfacción interna? ¿Qué te han aportado? ¿Qué has aprendido?
- ¿Estas experiencias han aumentado el grado de autonomía y confianza? ¿Cómo?
- ¿Cuales son los sentimientos de valía interna que aparecen cada vez que alcanzas una meta?
- Qué logro, objetivos o metas, planteas alcanzar en diferentes ámbitos de la vida, a corto, medio plazo.
- De los objetivos que te has propuesto alcanzar, ¿Cómo te preparas para lograrlos? ¿Qué capacidades sientes que tienes?
- ¿Cuales son las capacidades, conocimientos, habilidades, competencias, que tienes o has de desarrollar, para alcanzar los objetivos que te has propuesto?
- ¿Cómo te preparas para alcanzarlos?
- *Cual es el nivel de satisfacción de esta necesidad*

***Necesidad de pertenencia: integración***

*La necesidad más profunda del hombre, es franquear la distancia que le separa del otro y abandonar el sentimiento de soledad.*

*La función de esta necesidad y sus comportamientos "es pertenecer a". Cada ser humano tiene necesidad de ser aceptado como miembro de un grupo. Está estrechamente relacionada con el establecimiento y el mantenimiento de la identidad. Tres necesidades están vinculadas a la pertenencia: La inclusión, el control, el afecto.*

Aspectos a valorar

- Comportamientos (de dependencia e independencia) y valores aprendidos en el grupo familiar. (de compartir, cooperar, facilitar, estimular a hacer cosas de forma independiente, dar confianza para pedir y ayudar los unos a los otros, poner límites, mostrar amor, aprecio, entre los miembros del grupo familiar)

- Comportamientos y valores desarrollados en el grupo secundario: escuela, amigos, universidad, trabajo, compañeros, asociaciones, ocio, deporte. (en el mismo sentido que el anterior)
- ¿ Te sientes integrado, reconocido y aceptado dentro de los distintos grupo con los que te relacionas?
- ¿ Dentro de los grupos con los cuales te interrelacionas, muestras iniciativas, tomas tus propias decisiones?.
- Cuales son los comportamientos que utilizas habitualmente para mostrarles tu aprecio y confianza y aceptación?
- ¿ Has establecido vínculos de amistad, intimidad y confianza con algunas personas? (relaciones cualitativas)

| |
|---|
| Necesidad de actualización<br><br>*Esta la relacionada con la madurez y la creatividad. Con los valores y significados percibidos como importantes para uno mismo. Su satisfacción produce alegría, estar contento, integridad, serenidad, riqueza de vida interior, ayuda a afrontar la vida de forma directa, con conciencia y aceptación para mejorar el bienestar* |
| Aspectos a valorar<br><br>▪ Qué motivaciones tengo en la vida (sentidos de vida)<br>▪ ¿Qué nivel de capacidad de toma de conciencia, de imaginación y de razonamiento tengo?<br>▪ ¿Cómo es mi percepción de la realidad, ¿Cómo influencian los deseos, las angustias los comportamientos rígidos en a percepción de la realidad?.<br>▪ ¿Como resuelvo los problemas? ¿ Encuentro diferentes recursos para solucionarlos.?<br>▪ ¿Me hago la vida fácil y se la hago a los otros ?<br>▪ ¿Confío en mis potenciales y mis recursos?<br>▪ ¿Qué comportamientos tienes, orientados a prestar ayuda y servicio a los otros.<br>▪ ¿ Que competencias y habilidades te reconoces para prestar servicio a la sociedad?.<br>▪ ¿Cómo vivo y estructuro el tiempo de intimidad?<br>▪ ¿Cuál es mi nivel de libertad?,<br>▪ ¿Soy una persona espontánea ?<br>▪ ¿Cuál es mi nivel de autonomía?<br>▪ ¿Cuál es mi grado de aceptación de la realidad y como esta influenciada por ansiedades e interpretaciones no adecuadas.?<br>▪ ¿Desarrollo un trabajo según mis posibilidades y gustos?<br>▪ ¿Cuál es mi orientación hacia la creatividad, la innovación, los cambios? |

<u>Los determinantes de salud</u>

Tras una explicación en clase sobre las crisis de desarrollo, pérdida y estrés como determinantes de salud, se plantean la siguiente actividad

## Actividades

- Presentación de una narrativa de un proceso de pérdida vivido por ellos mismo o un familiar.
  Se trata de narrar las experiencias vividas de un proceso de pérdida para descubrir la estructura de la experiencia, el sentido y los significados que emergen de ella, con el objetivo de adquirir nuevos conocimientos y comprensión de las experiencias humanas

**En aula-taller**

Programa de habilidades clínicas

El factor *"crear un ambiente de protección y de apoyo que potencia la integridad, la belleza, la comodidad y la paz", es un* eje transversal en el aprendizaje del alumno en los talleres teórico- prácticos.

Se trabaja por grupos de veinte alumnos, guiados por un profesor donde se ensayan habilidades enmarcadas en la necesidad de seguridad, protección física y homeostasis, realizando actividades de: higiene de la persona y el entorno, lavado de manos y asepsia, cambios posturales, profilaxis y úlceras, preparación y registro de medicación, percepción, termorregulación. En la necesidad de actividad e inactividad se realizan habilidades de toma de presión arterial, pulso y haptonomía

Este factor lo tenemos en cuenta en las actividades rutinarias como un proceso cuidativo mayor, puesto que el estrés de la situación que viven las personas provoca una ruptura dentro de las actividades habituales por ellas planificadas. Los mecanismos de regulación interna como el bienestar mental, espiritual y las creencias socioculturales, tienen una importancia crucial para la salud, la interdependencia de ambos entornos influyen fuertemente el uno en el otro.

**En el ensayo de *" La presencia auténtica"* trabajamos actitudes de congruencia, empatia, calor humano y escucha activa. Presentación teórica, rol plaing y película. El alumno se inicia en la reflexión, pensamiento crítico y en la elaboración de narrativas.**

Actividades:

- Se explican los conceptos de empatía, calor humano, escucha activa, congruencia y respeto
- Escenificación de un Rol-Plaing , realizado por actores profesionales

  Los alumnos valoraran la interpretación identificando los diferentes comportamientos, elaborando una crítica constructiva sobre las interacciones realizadas, teniendo como marco teórico la presencia auténtica

.

- Pase de Película "*El aceite de la vida".*

  A partir de la película y tomando como análisis la enfermedad de Lorenzo, los alumnos *observan y reflexionan* sobre los diferentes: comportamientos, actitudes, valores, creencias, elecciones, intereses, de los padres, familia, profesionales, miembros de la asociación, y otros personajes que intervienen en la película.

- El análisis de la película es presentado en forma de narrativa.

Integración del "uso creativo del proceso de cuidados"

El alumno realiza el análisis de problemas utilizando el razonamiento clínico de Pesut y Herman, ensayando el sistema de redes para identificar la situación central, utilizando la taxonomía NANDA.

## Actividades:

- Se trabaja con dos situaciones de cuidados en las que el alumno/a se inicia en la comprensión del razonamiento clínico metacognitivo

**En clínica**

Introductorio Practicum de Fundamentos de enfermería

El aprendizaje en los diferentes lugares clínicos capacita al estudiante a una compresión progresiva de la complejidad implícita en las situaciones de cuidados. Las prácticas de Fundamentos de Enfermería funcionan como una inmersión en el mundo de la práctica de cuidados (nivel I). Se pretende desarrollar en el alumno capacidades movilizadoras de pensamiento crítico, búsqueda de información, relaciones, habilidades técnicas, compromiso y actitudes éticas y estéticas. Aprender a acompañar y ayudar a la persona, en la satisfacción de las necesidades humanas básicas.

Esta basado en cuatro ejes que orientan la práctica:

1. Demuestra respeto por las personas, familia y el entorno
2. Protege y garantiza la seguridad
3. Fundamenta las intervenciones que realiza
4. Interioriza la responsabilidad en su aprendizaje

*¿Cuál es el soporte y orientación que recibe alumno para estimular su aprendizaje?*

- Del Orientador de prácticas y Tutor del alumno (TA)

  Gran parte de la conducta humana se adquiere por aprendizaje observacional. El profesional tutor, que está con el alumno se convierte en su modelo de aprendizaje y es a partir de él que adquiere seguridad y confianza.
  El alumno a lo largo de las seis semanas de prácticas se le asigna un tutor, (enfermera de la unidad), es la persona clave, desarrollando su aprendizaje en el horario y turno de la enfermera tutora.

  *El estudiante recibe de la enfermera tutora:*

  - La utilidad funcional de aquello que observa
  - Estímulo en la observación activa
  - Instrucciones específicas de los aspectos básicos y esenciales de la práctica
  - Estímulo para abordar situaciones de intervención
  - Entrenamiento de habilidades complejas de forma gradual
  - *Feeback* tan pronto como sea posible y soporte en el reensayo para corregir errores

- Del Orientador de la escuela y Profesor del alumno (PA)

  Asegura que el aprendizaje del alumno tiene un carácter evolutivo y de complejidad creciente.

El ritmo a imprimir a la evolución/ autonomía del estudiante será objeto de reflexión por parte del estudiante y de los orientadores. El PA potencia para este fin la reunió con el TA sobre la orientación y evaluación del estudiante, así como la reunión de los tres (estudiante, TA, PA) siempre que es considera necesario

*Los estudiantes reciben del profesor*

- Soporte en el proceso de integración
- Ayuda en la aclaración de dudas
- Estímulo en el trabajo de reflejar lo que hace y lo que le rodea
- Desafío para evolucionar y tomar conciencia tanto de su evolución como de las estrategias utilizadas para superar las dificultades
- Evaluación formativa de su trabajo

La *evaluación formativa* se lleva a cabo durante el proceso de tutorización de los trabajos de campo y más exhaustivamente al final del estudio de cada escenario. El alumno realiza por escrito una autorreflexión sobre los objetivos de aprendizaje de cada trabajo realizado tanto los institucionales como los propios de cada estudiante.
En las prácticas clínicas se realiza una evaluación continuada a partir de los comportamientos a considerar en cada uno de los ejes que orientan las prácticas y su temporalización[1]. Esta evaluación esta fundamentada en la autoevaluación del alumno, en la del tutor de prácticas y el profesor de la escuela

## RESULTADOS/ CONCLUSIONES

*De los trabajos del proceso de integración del alumno de las necesidades humanas básicas a través de la experimentación. Se basan en la opinión personal del alumno en relación a su aprendizaje y son un marco de referencia de integración de contenidos para el profesor.*

Antes de entrar en el análisis de resultados planteamos algunas de las conclusiones literales de nuestros alumnos en sus trabajos, dada la riqueza que aportan para la mejor comprensiones de nuestras propias conclusiones

Las detallamos por bloques en los que hay alguna relación teniendo en cuenta los trabajos realizados

**En la exploración de necesidades**

*Sobre conocimiento específico*

- Me ha permitido conocer la parte práctica de la aplicación teórica, aportándome nuevos conocimientos
- He integrado conceptos básicos sobre las necesidades de logro, actualización y pertenencia
- Recopilar información
- Redactar la historia clínica
- A valorar necesidades o como las cubre
- A escuchar y comprender, reflexionar
- No se puede estudiar una necesidad sola , porque todas esta interrelacionadas

[1] Esta temporalización se incluye como anexo

- A preguntar lo importante para poder extraer datos significativos en relación a las necesidades
- Me ha ayudado a entender la teoría y aprenderla y que no se me va a olvidar nunca de una manera no aburrida .
- Darme cuenta que la persona expresa lo que siete y vive sin dificultad
- Papel de la enfermera en ayudar a la persona es complejo
- La escucha activa como un valor profesional
- Me he dado cuenta que aunque la persona esté enferma, puede hacer una vida normal, tener hábitos más saludables que los míos y que la enfermedad no se interponga en su camino
- Que el organismo no este dividido en paquetes llamados necesidades, sino que todas están relacionadas entre sí.
- A valorar lo diferente que son las personas y que actúan de diferente manera en relación a las vivencias, valores y motivaciones.
- Me ha ampliado vocabulario y aprender a buscar en Internet y en la biblioteca
- A saber dejar que se expliquen sin interrumpir.
- Me ha sorprendido darme cuenta como todo nuestro organismo esta relacionado y la necesidad del equilibrio en las necesidades para estar en un buen estado de salud
- Me ha resultado gratificante realizar este trabajo por la relación tan próxima que he establecido con la persona, contándome sus miedos, deseos de forma clara y natural
- Aprender a ver los cambios físicos por los que pasa una persona y las necesidades que estas tienen en las diferentes etapas de la vida
- A observar como las personas expresan sus sentimientos verbalmente o gesticulando, para mi es el lenguaje verdadero
- A comprender que cada persona le da importancia a una cosa, que aunque a nosotros nos puede parecer insignificante, para la persona tiene un gran valor, y a saber respetarlo

*Sobre conocimiento personal*

- He aprendido que las personas según la necesidad tratada la disfrazan, y no contestan la realidad, este aprendizaje lo he podido constatar con otros compañeros de clase que han observado los mismo
- He observado que las personas no tienen información de cómo mejorar en la forma en como cubren necesidades y sobre todo las de logro, pertenencia, actualización. Mi análisis es la necesidad de los profesiones de enfermería de educar en necesidades sobre todo en las de mas alta jerarquía que tienen que ver con las emociones y la forma de dar sentido a la vida
- Este trabajo me ha servido para madurar, porque al realizar la entrevista, también respondía yo interiormente y contrastaba las respuestas
- Nos puede ayudar a ser mejores personas
- He comprendido que las necesidades de logro pertenencia actualización son imprescindibles y que en muchas ocasiones nos pasan por alto
- A darme cuenta de lo importante que es estar bien por dentro y por fuera
- El profundizar en las necesidades a aumentado la confianza con la persona estudiada
- A conocer y descubrir a las personas
- Conocer a fondo a la persona ha hecho que sea impórtate esta para mí
- Interesante ,entretenido, curioso me he divertido
- He reflexionado a partir de las entrevistas que no te dan nada hecho sino que tienes que esforzarte y sacrificarte para conseguir las cosas, que nunca hay que estancarse y que hay que seguir a más
- He vencido mis temores para realizar entrevistas
- Me ha ayudado a mi misma a reflexionar sobre la manera que yo tengo de interpretar la sexualidad, el logro, la pertenencia y la actualización

- A entender los sentimientos que una madre siente por sus hijos hasta el punto de dar la vida por ellos
- Me ha ayudado a conocerme más a mi misma, ponerme a prueba y darme cuenta que recordar, aunque pase tiempo puede ser doloroso la experimentación.
- La importancia de resolver las situaciones sino nos podemos quedar enganchados dando vueltas a lo mismo
- El hecho de conocer a las personas en profundidad me ha hecho pensar que los procesos de vida a veces son muy duros
- Muestra agradecimiento a su familia por haberle educado en hábitos saludables.

**En las narrativas**

- El vivir el duelo es una manera de sacar lo que tienes dentro y vaciarte.
- El vivir el duelo te sirve para valorar el duelo de los otros
- Nunca me ha gustado recordar los problemas, para no sentir el dolor, ahora he visto que hay que vivir el dolor esto te lleva a análisis a no bloquear sentimientos y resolver.
- Conocer como ha vivido el duelo la persona me ha emocionado, conmovido y me ha ayudado valorar lo magnifica que es la persona
- Vivir el duelo me ha hecho conocer que sentimientos tenia ello me ha hecho pensar
- A narrar una experiencia de pérdida e identificar las etapas del duelo
- Ha observado que las personas no les da importancias a las pérdidas por ejemplo pareja y que después te das cuenta en el análisis de cómo afecta a la salud.
- La realización del trabajo me ha servido del propio análisis y de terapia
- La narración del duelo personal me ha servido para estimular mi voluntad y valentía en recordar una situación que tenia escondida, sirviéndome de deshago emocional
- He entendido que después de una situación de duelo nada vuelve a ser como antes

***Lo que concluimos***

Los objetivos de aprendizaje en cuanto al significado de las necesidades humanas, de su interrelación, de la individualidad, de la complejidad o del dinamismo de las situaciones, no solo se han alcanzado en sus aspectos básicos de conocimiento, sino que observamos que hay interiorización, una valoración del significado y de su importancia así como una integración de los determinantes de calidad de vida

**Reflexión**
La importancia de establecer el vínculo entre el saber teórico con el saber práctico, y orientar el proceso de aprendizaje en este sentido

**BIBLIOGRAFIA**


- Benner, P. *Practica de enfermería progresiva* Grijalbo 1987 Barcelona
- Burns S and Bulman C *Reflective Practice in Nursing* Blackwell 2000
- COLLIÈRE, M.F.. (1991). "*Hacia el reconocimiento enfermo*" Notas de enfermeria, I núm. 9 sept. Ed. Salvat, Barcelona
- Ghaye T and Lillyman S Caring Moments. *The disccourse of reflective practice* Allen Publishing Ltd 200o
- Hicks, F. (2001). "*Critical Thinking: Toward a nursing science perspective"*. Nursing Science Quarterly, 14 (1), p. 14-21.
- NANDA . *Diagnosticos Enfermeros: definiciones y clasificaciones.* 2003-2004. Harcourt. Madrid

- Kérouac. (1996). *El pensamiento enfermero.* Masson. Barcelona
- Kohn, R.(1998). *Les enjeux de l'observation.* Anthoropos.Paris
- Kozier. (1990). *Enfermería fundamental. Conceptos procesos y prácticas.* .Interamericana- McGRAW-HILL. Madrid
- Medina JL La Pedagogía Del Cuidado: Saberes Y Prácticas En La Formación Universitaria De Enfermeria. Alertes.Barcelona1999
- Lefebre, M. (1996) "*Juicio clínico, en cuidados de enfermeria*" Ed. Masson, Barcelona
- Potter /Perry. (1996). *Fundamentos de Enfermería.* III V. Mosby. Madrid
- ROGERS C., *El proceso de convertirse en persona*. Ed. Paidos. Buenos Aires, 1961.
- Riopelle, L.(1993).*Cuidados de enfermería un proceso centrado en la persona.* Interamericana-McGRAW-HILL. Madrid
- Rizzo parse. R. 2003. *L'Humain en devenir. Nouvelle approche du soin et de la qualité de vie.* De Boeck & Université. Bruxelles.
- Schón DA El profesional reflexivo. Paidos. Madrid 1992
- Pesut,d. Herman,J. 1999. *Clinical Reasoning.* Delmar Publishers. New York.
- Villapalos, G.(1998).*El libro de los valores.* Planeta . Madrid
- Watson, J. (1998). *Le caring.* Seli Arslan. Paris
- Wesley, R.L. (1995). *Teorias y modelos de enfermería.* Interamericana McGRAW-HILL. Madrid

# Vivir la experiencia de un afrontamiento familiar ineficaz bajo el prisma de la Escuela de la Evolución Humana de Parse.

Montserrat Navarro Diez

V SIMPOSIUM INTERNACIONAL DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

# Rosemarie Rizzo Parse

## RN;PhD;FAAN

## Human Becoming Theory

*"El vivir paradójico de lo que se recuerda, del momento actual, del aún no, todo a la vez"(Parse 1981).*



# Conceptos

- **Enfermería**:ciencia básica.
- **Práctica enfermera**:arte interpretativo.
- **Hombre-universo-salud**:conceptos inseparables e irreductibles.

# Fundamentos teóricos

- **Se basa en nueve supuestos resumidos en tres principios:**
- **Principio 1: Estructurar el significado de forma multidimensional es cocrear la realidad mediante la verbalización de la valoración y la imaginación.**
- **Imaginación; valoración y lenguaje.**

# Fundamentos teóricos

- **Principio 2: Cocrear las pautas rítmica de la relación es vivir la unidad paradójica de la revelación-ocultación y la permisividad-limitación, mientras que se conecta-separa.**
- **Principio 3: Cotranscender con lo posible es dar poder a formas únicas de originar en el proceso de transformación.**
- **Poder; creación; transformación.**

# Metodología

- **Decubrir la estructura de las experiencias de salud universales, a través de varios procesos:**
- **Diálogo comprometido**
- **Extracción y síntesis**
- **Interpretación heurística (Parse)**

# Descripción del caso

**La Sr PC de 59 años, es la cuidadora principal de su madre de 86 años, que se encuentra imposibilitada en silla de ruedas. Con el matrimonio vive una hermana soltera de 54 años, border-line. Tiene una hija de 28 años, casada que no vive en el domicilio familiar. La Sr. PC trabaja en un restaurante durante gran parte del dia y se ocupa de las tareas domésticas al finalizar la jornada laboral.**
**Hoy, la enfermera de PADES realiza una visita de seguimiento al domicilio de la Sr. PC. Al llegar al domicilio, observamos que la Sr. PC tiene aspecto de cansada y cuando le preguntamos como se encuentra, rompe a llorar, nos explica que lleva 4 noches sin poder dormir debido a las demandas constantes de su madre, afirmando que no puede más.**

- **Diagnóstico enfermero:**
- **Afrontamiento familiar ineficaz R/C capacidad de soporte prolongada M/P llanto y la verbalización “no puedo aguantar más”.**

- **Objetivo de la intervención:**
- **Ayudar a la Sr. PC a aclarar el significado de la situación que está viviendo y a decidir sobre sus alternativas de salud a medida que se enfrenta a sus problemas en el transcurso de un diálogo comprometido.**

# Intervención

**Diálogo comprometido:**

**¿Qué es para usted lo más importante?**

**Necesito descansar, llevo una semana sin dormir y hoy le he gritado a mi madre. La Sr.PC está sentada con la cabeza apoyada en su mano y con los ojos llorosos. Si esto continua no se si voy a poder seguir, además no tengo quién me ayude, estoy sola frente a todo.**

**¿Quiere decir que no puede seguir cuidando a su madre en casa?**

**Yo quiero seguir cuidando a mi madre, pero si no descanso no se si voy a poder. Lo que sucede es que durante el dia duerme y por la noche está desvelada, pero yo no puedo estar por ella durante el dia.**

# Intervención

**¿Cree que si su madre estuviera más distraida durante el dia descansaría más por la noche?**

**A ella le encanta salir, pero yo no tengo tiempo para eso. Estoy tan desesperada que he llegado a pensar en ingresarla en una residencia, pero la verdad es que no me gusta la idea.**

**¿Qué le parecería si su madre fuera a un centro de dia por la mañana?**

**Creo que eso le encantaría, porque aunque ahora parezca dormida le encanta salir y relacionarse. Me parece que eso me daría un respiro.**

**Al final del diálogo la Sr.PC se muestra más animada e incluso sonrie.**

# Resultados

**Estracción y síntesis:**

*** Concepto esencia:**

**1 - Soledad e impotencia**

**2 - Deseo de cuidar**

*** Lenguaje de la Sr.PC :**

**1 - No puedo cuidar sola de mi madre, necesito ayuda, me siento muy cansada.**

**2 - Si mi madre estuviera más distraida descansaría mejor y eso nos daría un respiro a todos.**

*** Lenguaje enfermero:**

**1 - La capacidad de cuidar surge de la fuerza que proporciona sentirse apoyado.**

**2 - La satisfacción personal de los indivíduos de la familia repercute bidireccionalmente en ellos proporcionándoles fuerza para seguir con sus vidas aunque estas sean duras.**

# Resultados

**Interpretación heurística:**

**1 - Trasposición estructural: Cuando el cuidador se siente apoyado y los miembros de la familia satisfechos, emerge la fuerza para seguir cada uno con su rol.**

**2 - Integración conceptual: El cuidador cocrea la realidad de su soledad y su necesidad de ayuda viviendo la unidad paradójica de la conexión-separación, de querer y no querer seguir cuidando;tomando el poder emprendiendo-resistiendo con la energía de convivir con su situación; cocreando cambios, eligiendo alternativas para enfrentar su vida y así llegar a la transformación.**

# Resultados

**La integración conceptual de la intervención es:**
**“La intervención con la cuidadora valora el poder de la conexión-separación; emprendiendo-resistiendo cocreando cambios hacia la transformación”.**

# Resultados

- **Valorar es un concepto del primer principio, en el caso se han valorado las prioridades de la persona, sus creencias respetando su visión.**
- **El segundo principio, la situación paradójica que vive la Sr.PC, se refleja en la conexión-separación cuando afirma querer y no querer seguir cuidando. Esto situa a la persona ante una situación de libertad y restricción frente a sus actuaciones.**
- **Tomar el poder es un concepto del tercer principio y supone la lucha de la persona a pesar de lo duro de la situación, es el compromiso y elección entre posibilidades.**

# Conclusiones

**“Si somos capaces de ver en las personas más allá de lo que expresan sus palabras,comprendiendo sus silencios y sus gestos les ayudaremos a tomar el poder de seguir el camino que desean.”**

**Montse**

# Gracias por vuestra atención



V SIMPOSIUM
INTERNACIONAL DE
DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMERÍA

# ¿ QUÉ QUEREMOS DECIR CUANDO DECIMOS ENFERMERÍA ?. SENTIDO DE LA VIDA Y SENTIDO DE LA PROFESIÓN

**Nogales Espert, Amparo**
**Llorca Marqués, Emilia**

**Innovación en el proceso de cuidar: conjunción de herramientas y saber.**
**Valencia – 13 y 14 de mayo de 2004**

# QUÉ QUEREMOS DECIR CUANDO DECIMOS ENFERMERA?: SENTIDO DE LA VIDA Y SENTIDO DE LA PROFESIÓN

**Nogales Espert, Amparo**
**Llorca Marqués, Emilia**

**El Profesor Gracia Guillén citaba en uno de sus trabajos la siguiente frase de Aristóteles: "Los saberes humanos no están solo condicionados por una enorme cantidad de factores internos y externos, sino absolutamente determinados por ellos"; (1) y en ese momento vimos con especial claridad, la extraordinaria complejidad de la profesión de enfermería en este comienzo del siglo XXI, y las dificultades con que tropieza para responder completamente a las expectativas de la sociedad y el ser humano individualmente respecto a la enfermera.**

**Los factores externos a que se refiere el texto citado quizás podamos encontrarlos en el entorno humano y material o físico en el que se desarrolla el trabajo de la enfermera, constantemente saturado de contradicciones y dificultades que sortear.**

**Factores intermedios serán, a nuestro juicio, la propia ciencia enfermera y la tecnología que la enfermera tiene que aprender e interiorizar para ejercer su labor.**

**Factores internos vendrán a ser los que surgen del propio interior de la enfermera, de su personalidad, formación, asimilación de conocimientos y modo de pensar, a partir de su relación con el sufrimiento y la problemática del ser humano atendido.**

**Si realmente estos factores no solo condicionan, sino que nos determinan como seres humanos, podemos observar no ya la magnitud de la influencia sobre el ser humano, sino su capacidad para convertirnos en una u otra persona determinada. Por ello nos conviene concretar sobre cuál de estos factores tenemos mayor capacidad de influir, para que, haciendo uso de la libertad, conservemos la posibilidad de transformarnos en aquélla persona y aquella enfermera que queremos ser.**

**Particularmente pensamos que nuestras mayores posibilidades de influencia se dirigen hacia los factores internos, más condicionados por nuestra voluntad y deseos más profundos. E igualmente creemos que es probablemente la vivencia que para nosotros tiene el sentido de nuestra vida y el sentido de nuestra profesión, lo que determina para cada uno el significado de ser enfermera.**

**Así pues, partiendo del lema de este Simposio en el que manifiesta la posibilidad de llegar a la innovación en el proceso de cuidados, a través de una conjunción de herramientas y saber, lo que pretendemos es aportar aunque solo sea un grano de arena al conjunto de saberes que constituyen el complejo mundo de la enfermería, por si pudiera contribuir, en una mínima parte, a la búsqueda del sentido de nuestra vida y de lo que es ser enfermera.**

**El material utilizado son trabajos de cuatro autores cuyas obras están dando forma al pensamiento contemporáneo en la línea de un humanismo no solo esperanzado, sinoo buscador de la esperanza: Steiner, Kübler-Ross, Fromm y Farnkl.**

**El método ha sido la interpretación de aspectos de algunas de sus obras y la adaptación de sus aportaciones al pensamiento enfermero en puntos especialmente destacados para orientar la enfermería en su crecimiento particular.**

**Hemos dividido esta comunicación en los siguientes apartados:**

**1.- Steiner o el impulso de nuestra conciencia histórica**

**2.- Escuchar a Kübler-Ross para no ser un inválido emocional**

**3.- Fromm frente al automatismo de las actitudes pasivas**

**4.- Frankl nos propone ser capaces de servir**

**5.- Requisitos en la práctica de amar de Fromm**

**1.- Steiner o el impulso de nuestra conciencia histórica**

**Las enfermeras, en tanto que miembros de la sociedad de nuestros días, vivimos ocasiones de hallarnos en un inmenso vacío en el campo de nuestra vida profesional y de nuestra intimidad personal, consecuencia, muchas veces, de un decaimiento y después de un agotamiento de nuestra fuente de energía más profunda.**

**El ritmo de la vida y de la actividad profesional nos lleva a ir perdiendo poco a poco dosis de sensibilidad. Hay que protegerse, decimos, contra el sufrimiento, contra las dificultades surgidas en el trabajo, contra la indiferencia de la vida exterior. Este vacío viene a superarse con un sustitutivo no menos desagradable, una sensación de desorden interior. Pues, aunque no nos detenemos en ello, sí percibimos que algo no funciona como debería: percibimos cómo el sentido de nuestra vida es apenas una frase cada vez más difusa, y vemos cómo se van perdiendo las motivaciones que nos lanzaron impulsivamente hacia la enfermería, como ilusiones propias de la primera juventud, como un mito de una etapa de la vida, realmente inalcanzable.**

**El lenguaje propio de la enfermería de amabilidad, el acercamiento, la sonrisa, la disponibilidad, parecen formar parte de una mitología del pasado. Los emblemas característicos de la enfermería, la uniformidad, los rituales simbólicos, el aspecto externo ordenado, la llamativa organización del ambiente exterior en torno, han pasado a ser vistas como antiguas metáforas irrelevantes.**

**Hemos puesto por encima una nueva creencia sustitutiva: emplearnos a fondo y en exclusiva en la tecnología, en el ahorro de tiempo, en la relación personal sin decidir a conciencia, haciéndola lo más aséptica posible, es decir, de lo más impersonal. Decimos: fuera la sensibilidad, que nos lleva a una actitud excesivamente pendiente del paciente; no necesitamos ya seguir la evolución del estado de ánimo del paciente; fuera con aquello de que este es mi enfermo y me siento responsable; somos profesionales, el enfermo es de todo el equipo y nuestra huella profesional la dejamos en la práctica técnica y en una actitud seria y distante. La estructura asistencial nos lleva a una actividad acelerada, dejando muy poco margen para planificar cuidados más completos, de modo que nada podemos hacer.**

**Apartamos los ojos de la realidad y empezamos a mirar hacia otro lado. Pero la realidad que estamos viviendo sabemos que ciertamente es poco convincente. Desde lo más hondo oímos la llamada a una dedicación total. Sabemos que hay algo equivocado, incluso en una actitud de buena voluntad mantenida en nuestro trabajo con dichas**

**premisas. Poco a poco con esta actitud se va desdibujando no solo el sentido de la enfermería, sino también el sentido de la vida, girando cada vez más totalmente sobre los propios deseos y cómo satisfacerlos.**

**Por otra parte, no es difícil percibir los gestos simbólicos dirigidos por los enfermos claramente hacia nosotros y podemos entender su silencioso mensaje: quiero de ti un compromiso total.**

**Por todo ello pensamos: ¿qué sucederá si no reaccionamos cuando aún es tiempo?. ¿Y si se hace demasiado tarde?. Contemplando todo ello nos llega desde el fondo un sentimiento difícil de valorar, quizás una profunda nostalgia por recuperar una actitud de entrega, que nos permita manifestarnos desde la plenitud del ser humano, mejor expresada en la actitud de dar y ayudar a los demás. Desde el fondo de nuestra conciencia histórica (2) emerge la palabra ayuda, recordándose como una repetición secular practicada por nuestros antepasados profesionales, como la que da significado completo al hecho de ser enfermera.**

**2.- Escuchar a Kübler-Ross para no ser "un inváido emocional"**

**El peligro de convertirnos en un inválido emocional (3) está justamente escondido tras la actitud distante del profesional frente a los enfermos. Bajo la máscara del profesional experto y práctico, se va perfilando otro disfraz mucho más peligroso para la enfermera. Ese distanciamiento puede ir convirtiendo a la enfermera en un ser frío y solitario cada vez más incapaz de experimentar emociones.**

**Para evitar convertirnos en ese inválido emocional, Kübler-Ross recomiendo escuchar a nuestros enfermos, crear situaciones favorecedoras para conversar y compartir vivencias: el paciente desde sus sentimientos de la enfermedad; la enfermera desde sus experiencias profesionales. Y con esta actitud, de pronto se percibe un hecho revelador: el paciente se convierte en**
**maestro, y la enfermera advierte que va aprendiendo de sus pacientes. Con la escucha de la enfermera y sus palabras el paciente va sabiendo lo que tiene que hacer y cómo vivir de la mejor manera estos momentos. La enfermera aprende sobre la vida y los matices singulares que esta adopta en cada persona, y esto último la coloca en mejor disposición de ayuda a los enfermos.**

**Para practicar el trabajo de enfermera desde esta posibilidad, es necesario lograr una disposición previa: un amor incondicional practicado desde el primer día con cada uno de los enfermos. Se trata de una actitud personal que hay que adquirir. Esta actitud se relaciona directamente con el significado personal que vamos dando a nuestra vida. Por ello tiene que ver cada vez más el sentido que damos a nuestra vida con el sentido que damos a la enfermería.**

**Se trata de ir viendo que ser enfermera no es solo ser experto en una especialidad asistencial; significa aprender a indagar los aspectos negativos que hacen daño al enfermo y saber apartarlos de su camino. Tarea enojosa a veces, complicada, por lo que hay que estar muy pendiente del enfermo, y para lo que necesitamos una motivación muy poderosa: el amor incondicional hacia el enfermo en particular. El amor condicional no es auténtico. La premisa a veces inconsciente e internamente dirigida al enfermo: "me preocuparé plenamente por ti si eres buen paciente", no es válida.**

**Ser enfermera significa vivir desde la trascendencia y plantear preguntas trascendentes cuyo examen nos ayude a ver claro y a empujar nuestra actuación en una dirección prefijada. Preguntarse ¿cuál es el significado de la vida?, ¿cómo dar**

**significado al dolor?. Se trata de llegar a un reconocimiento del ser enfermera que nos compense de tanto esfuerzo, tanta proximidad del sufrimiento a nuestro entorno. Se trata también de aprender a llegar al ámbito espiritual del ser humano, pero interpretando espiritual no en relación con una religión o creencia sino entendiendo lo espiritual como un elemento definitorio de todo ser humano, donde residen los sentimientos y aspiraciones más elevadas del ser humano y donde aprendemos el significado de vivir, lo que quiere decir ayudar y lo que significa amar.**

**La vida nos brinda cada día la oportunidad de vivir. La enfermería nos da a cada instante una oportunidad para entregarnos en cada enfermo. Decidir lo contrario probablemente nos pasará factura , en uno u otro momento, traducida en insatisfacción e infelicidad.**

**3.- Fromm frente al automatismo de las actitudes pasivas**

**Las actitudes pasivas son aquellas que se acomodan al ritmo vivido en el entorno, de manera que los sistemas de vida, las organizaciones, las masas de gente tienen las riendas y manejan al ser humano y éste se deja llevar (4). Evitando toda dificultad, todo compromiso, se navega sin esfuerzo, pero también sin rumbo, porque éste viene marcado por las cosas desde el exterior, y no por uno mismo.**

**Con una actitud pasiva, el trabajo me dirige a mí; mi propia vida es dirigida por las cosas que me rodean, por las circunstancias, la actividad laboral se vuelve mecánica y, refiriéndonos a la enfermería, deja de ser productiva para la propia enfermera, porque así nos adentramos en un terreno materializado, en el que los niveles superiores en los que se encuentran los valores humanos de la verdad, la justicia, el amor, se pierden en el horizonte, dejando de estar presentes. Por este camino nos acercamos a un tipo de ser humano automatizado, sin objetivos, sin perspectivas de futuro.**

**Nos convertimos en seres humanos absorbidos por un entorno amorfo que ha engullido nuestra personalidad. Seres humanos dominados por las propias fuerzas sociales que nos dictan cómo pensar, cómo vivir, cómo actuar.**

**Surge la necesidad de protegernos frente a las consecuencias de esta realidad; hemos de reconquistar el sentimiento de ser uno mismo, la capacidad de convertir nuestro trabajo en una actividad llena de significado. Hemos de realcanzar el sentido de ser enfermera, repleto del impulso de trabajar al servicio de la vida y del bienestar de nuestros pacientes, y no de una sociedad despersonalizada, dispuesta a arrastrarnos hacia el anonimato; no hemos de dejarnos llevar por un trabajo que puede convertirnos en piezas complementarias de una gran máquina, sin el menor vestigio de humanidad y sin sentido alguno para nosotros.**

**Las consecuencias de una vida humana deshumanizada crean muchos de los grandes problemas de la enfermería. El primero, la pérdida de interés en la relación humana por parte de la enfermera. El desinterés por el ser humano es el artefacto que hace explotar en mil pedazos el edificio de la enfermería, porque corta la relación de ésta con la persona enferma.**

**Trabajar entre llanto y sufrimiento, entre intervenciones quirúrgicas y graves enfermedades, siempre bajo el acecho de la muerte apareciendo de forma esperada, e incluso inesperadamente, no solo es muy difícil de soportar, sino que además puede convertir en un aburrimiento el vivir repetidas escenas de tensión y dolor sin ningún otro sentido. Ese ser a nuestro cargo parece no estar vivo, y la enfermera se siente profundamente insatisfecha en un mundo laboral con objetivos perdidos, con problemas**

**específicos difícilmente solucionables, derivando hacia una mezquindad de intereses y propósitos de espaldas a los propios de enfermería.**

**Puede hablarse de mezquindad en mi trabajo de enfermera cuando me dejo llevar por una indiferencia hacia la relación humana, cuando mi trabajo se traduce en una uniformidad de actuaciones repetitivas, sin poner en ellas una mínima parte de mí misma.**

**Igualdad con el conjunto entorno, uniformidad en la aplicación de técnicas, adaptación a la costumbre: ¿se ha perdido la individualidad, la plasmación práctica de la personalidad en el trabajo?; ¿en qué se está convirtiendo ese ser humano enfermera?, ¿quizás en un ser vacío, pero también desdichado?. Este puede ser el resultado de un enfoque deshumanizadamente práctico del trabajo del cuidar, mientras la enfermera percibe ser otra cosa lo que se espera de ella; ser mucho más amplias las demandas del paciente, ser otra cosa lo que en el fondo quisiera hacer como ser humano educado para cuidar. Superar la indiferencia, aproximarse al enfermo, entablar una relación sobresaliendo desde un profundo**

**deseo de conocer al otro ser humano, a través de un proceso de relación sincera, de aproximación y de aspiración a ser un elemento de ayuda muy útil al enfermo.**

**Hablamos de una necesidad, la de responder al paciente; de una actitud, la de ser creador de soluciones, de respuestas a las necesidades concretas de la persona enferma, respondiendo también a una cualidad propia de la enfermera, la de la creatividad, para salir al paso en cada situación, desde una postura afectiva, empleando los valores de la profesión, y a través de su personalidad creadora.**

**4.- Frankl propone ser capaces de servir**

**La formidable empresa de servir al ser humano en sus principales necesidades justamente cuando falla la salud y se encuentra más desvalido, parte de una decisión tomada mucho más atrás en la trayectoria biográfica de la enfermera. Como todo joven en el momento de escoger una profesión, la enfermera decidió optar por aquellos estudios más afines con sus inclinaciones, concretados plenamente en la idea de ayudar, de vivir una vida productiva, de utilidad para los demás.**

**Sobre el desarrollo de la historia profesional de la enfermera y dado el alcance de aquella primera decisión que no solo afecta a ella, sino a todos aquellos otros que vienen a pasar por sus cuidados, parece necesario hacer periódicamente un repaso, estableciendo un paréntesis , para mirar lo que ha ocurrido y lo que está sucediendo entre mi primera decisión y lo que hago con ella día a día en mi trabajo de enfermera. Se trató entonces de una libre decisión que no quedó terminada en aquel momento más o menos lejano de nuestra vida. Cada día y con cada enfermo, estamos haciendo un permanente ejercicio de libertad.**

**Situados ahí, en esas decisiones libres tomadas cada jornada de nuestro trabajo, hemos de preguntarnos: ¿libertad de qué y para qué?. Libertad de llegar a una conclusión razonada sobre lo que estamos haciendo con nuestra profesión. Libertad de atender al ser humano en todas sus necesidades físicas, afectivas y emocionales. ¿Para qué?. Para reconocer su plena dignidad, el valor del ser humano, aún del más desvalido y necesitado, el valor incluso de aquel que ya no tiene nada que ofrecer, pero sin embargo encierra un enorme potencial de trascendencia, igual a la que cada uno llevamos en nuestro interior, semejante a los impulsos por todos sentidos, como la**

**fuerza de una motivación que nos empuja hacia algo mejor, de más valor y superior a nosotros.**

**Frankl conceptúa la dignidad como el valor de algo en sí mismo (5). La dignidad del ser humano se definiría como aquello que posee porque es, en sí mismo, un ser trascendente. La dignidad de la enfermera la vemos quizás en niveles de una categoría mayor; se trata de un ser humano que, además, educa su conciencia para sentir una motivación que le hace ser capaz de servir al ser humano, de satisfacer las necesidades de los que son sus pacientes, de colmar los deseos de aquellos que por sí mismos no están en condiciones de proporcionarselos.**

**La identidad de la enfermera, cuando se muestra en todo su valor, es acreedora de un respeto que sobrepasa los límites de lo superficial. Se trata de una profesional con una responsabilidad excepcional, porque no se ocupa de sí misma, sino que su objetivo se centra en otra existencia humana; se dirige hacia otros seres diferentes de uno mismo, y dejándose a un lado, trabaja sirviendo a otro, es decir, proporcionando a sus enfermos aquello que necesitan, junto con su interés, su tiempo y su afecto. Y cuanto mayor, más humana y permanente es la entrega, más acreedora de dignidad es la enfermera.**

**Para no perder estos referentes en el maremagnum material del trabajo diario, conviene que las enfermeras actualicemos periódicamente nuestras potencialidades, pues sabemos muy bien con cuánta facilidad nos perdemos en la agitación del trabajo desenfrenado que nos vemos obligadas a realizar. Hay que actualizar cada cuánto el significado que para mí tiene ser enfermera, como una forma también de búsqueda de uno mismo, del propio significado de lo que soy y lo que hago, para poder sentir la inmensa sensación que produce el ver que cuanto más se entrega uno a una causa, la enfermería, a otras personas, más humano se vuelve y más impulso motivacional recibe.**

**Son formas de actualizarse internamente, de vernos renovadamente comprometidos en un trabajo percibido como de verdad importante. Las actitudes frías, las palabras superficiales pronunciadas desde el exterior, las dejamos ahí, como lo inevitablemente escuchado, pero enviado lejos del recuerdo, en virtud de sentir deliberadamente la satisfacción de vivir la identidad de ser enfermera, como un hecho lleno de significado que ha tomado cuerpo en el nuestro y obra para los demás a través de nuestra actuación individual. ¿Podemos encontrar una causa, más digna que la de aprender a servir?.**

**Karl Jaspers ha dicho: "Lo que uno es lo ha conseguido a través de la causa que se ha dado a sí mismo para llegar a serlo".**

**La enfermería nos proporciona una forma de encontrar significado y propósito a nuestra vida. Es esta una profunda necesidad humana que no se satisface a base de cubrir otras necesidades, sino solo dándole una respuesta a ella misma. Maslow considera por su parte el deseo de significado como la principal preocupación del hombre.**

**Podemos hablar de la enfermería también como una filosofía de vida, pues si a través de ella podemos conocer e identificar nuestras más altas aspiraciones, lograremos más fácilmente movilizarlas transformándolas en creaciones, en hechos reales que nos mostrarán materialmente, a través de los resultados de nuestra práctica, lo que significa ser enfermera.**

**A medida que veamos materialmente los resultados prácticos de este enfoque, creeremos realmente que es posible esta enfermería que nos permite extraer lo mejor del potencial humano de nosotros mismos y de los pacientes, convirtiéndolo en algo practicable y practicado.**

**La enfermería, además, nos proporciona una suerte de felicidad a un nivel superior. La felicidad el, placer , la dicha, no se crean por sí mismos; son el resultado de otra cosa, es decir, no pueden perseguirse como objetivos en sí mismos. La enfermería nos ha proporcionado una causa que está fuera de nosotros: la de ayudar. Causa que nos ha parecido a cada uno tan llena de interés, y de ser buscada, que nos hemos hecho enfermeros. Al perseguir un algo distinto a nosotros mismos, como es ayudar, obtenemos felicidad, pues vivimos inmersos en la humanidad del hombre, llena de necesidades; y al estar ahí, dando respuestas, lo que hacemos es amar. El resultado es la vivencia práctica de sentirse satisfechos; es felicidad. Albert Schweitzer dijo: "De entre vosotros solo serán felices aquellos que hayan buscado y encontrado la forma de serlo".**

**5.- Requisitos en la práctica da amar de Fromm**

**Una de las grandes cuestiones del pensamiento de Fromm es la de la práctica del amor planteada como factor clave para alcanzar una vida plena de satisfacción y felicidad. Desde el punto de vista de la enfermería el tema es especialmente interesante, entendiendo el amor como una experiencia personal basada en un interés real por las personas y en la actitud positiva y afectiva hacia ellas. Por tanto nos referimos a una forma de estar ante la vida, que aparece sin falta precisamente en la forma de expresarse la enfermera con los pacientes y en su trabajo.**

**El amor se practica con la experiencia, y también puede aprenderse una actitud predisponente, teniendo en cuenta unos requisitos necesarios para aprender cualquier tipo de arte, cocina, manualidades, o el amor efectivamente. Fromm ha señalado los siguiente requisitos: disciplina, concentración, paciencia, preocupación, dedicación, buenas condiciones físicas (6).**

**Disciplina. Resulta indispensable para practicar cualquier arte. Toda actividad desarrollada irregular o esporádicamente, con dificultad puede considerarse un arte; será una distracción o un propósito pasajero. Hace falta una seria disciplina para practicar continuamente, sin paréntesis, una actitud de dedicación e interés personal por los demás. Esta es la forma quizás más segura para alcanzar la maestría, en este caso en el arte de amar. Por tanto hace falta concentración en nuestra actividad de amar para conseguir que se convierta en un habito en nuestro trabajo y en nuestra forma de ser, para no quedar reducido nuestro propósito a una distracción esporádica, practicada cuando el buen estado de animo nos acompaña.**

**Concentración. Actuar a conciencia, sabiendo bien qué hacemos en cada momento. Saber estar a solas con uno mismo. Mantener una actitud consciente en cada actuación. Es una condición muy importante para practicar un arte. Y hay que destacar la dificultad de practicar la concentración en esta sociedad, que nos impulsa justo hacia la desconcentración, hacia una conducta poco clara porque apenas carece de objetivos, en la que realizamos a un mismo tiempo varias cosas, como escuchar música, hablar o leer. Y lo que es muy importante: trabajar concentradamente tiene resultados estimulantes y beneficiosos para nuestra actividad. Concentrarnos ayuda igualmente a ser sensible con uno mismo y a extender esa sensibilidad hacia los demás.**

**Paciencia. Para adquirir experiencia en una actividad , se impone repetir pacientemente esta actividad, mantenerse atento en aquella actuación, en aquel comportamiento que llevemos a la práctica con el mayor interés. No podemos obtener buenos resultados en breve tiempo, o esperar conseguir éxito en una actuación de manera rápida; rapidez en la actuación no siempre significa obtener buenos resultados.**

**Pacientemente, repitiendo una conducta, observando los resultados e introduciendo correcciones, irá calando el propósito de adoptar, con toda probabilidad, una conducta de la que fluya de nosotros una actitud de afecto hacia los demás.**

**Preocupación. Para aprender un arte, el arte de amar, es muy importante aplicar una gran preocupación por llegar a dominarlo. De otro modo quedaremos en un papel de aprendiz o de aficionado. Nos preocupa mantener una actitud afectiva en nuestro trabajo, y que ello se refleje y llegue directamente en la práctica, a los pacientes y a las personas de nuestro entorno.**

**Esta preocupación se traduce en trabajar mucho y estar pendiente de los objetivos trazados y de su resultado, poniendo muy gran empeño en evitar toda trivialidad en este propósito de convertirnos en una enfermera experta en exteriorizar afecto y en mostrar interés por lo que le ocurre a los que le rodean y de hacerles llegar una verdadera intención de prestarles ayuda.**

**Dedicación. Es decir, emplearse a fondo en este propósito de aprender a amar de una forma tan bien hecha, que nos convierta en expertos, en artistas. Dedicar tiempo a este propósito significa tenerlo en cuenta cada hora de nuestra jornada y cada día; no solo en el trabajo, sino fuera del mismo; emplearse a fondo en este propósito, de forma inquebrantable, sin perderlo de vista un solo instante.**

**Buenas condiciones físicas. Mantener un buen estado físico no significa un simple matiz. Es fundamental descansar cuando es necesario, dedicando las horas adecuadas para la recuperación precisa; llevar una alimentación correcta, procurando así mismo el descanso mental necesario. Nuestro componente físico debe mantenerse en la forma adecuada para sostener la fuerza y energía suficientes en una actividad tan exigente como la enfermería. Llevar adelante y cumplir los propósitos indicados necesita buena dosis de energía, de fuerza interior y por supuesto, precisa no sentirse cansado o falto de un tono activo, sino al contrario, contar con la fuerza física suficiente para asumir una práctica responsable en todas las actividades de los cuidados de enfermería.**

**Cerrando este tema podemos pensar que llevaremos a buen puerto nuestro propósito de aprender el arte de amar, siguiendo a Fromm, si aplicamos nuestro esfuerzo como resultado de emplear nuestra libre voluntad, y en modo alguno como algo impuesto desde el exterior, como algo ajeno a nosotros, porque este sería el criterio más acertado para fracasar totalmente en nuestro propósito. Hace falta acostumbrarnos poco a poco a esta actitud de esfuerzo en alcanzar estos objetivos, pero con la consciencia de que actuamos de forma totalmente voluntaria. En consecuencia esta actitud, este enfoque, hemos de verlos como la realización de algo agradable, de algo que, junto al esfuerzo en la acción, nos permite vivir la satisfacción de sus resultados. Vivirlo como una imposición exterior, sin interiorizar estas cuestiones como una elección personal tiene, como decíamos, todas las posibilidades de terminar en fracaso.**

**La empresa es tan grande y complicada que debe entusiasmarnos, pues de aquí saldrá, ciertamente, la energía suficiente para mantener vivo y activo un esfuerzo, el de aprender a dar amor, una de las grandes propuestas de Eric Fromm, como algo muy positivo para el paciente y beneficioso sin duda para la enfermera.**

## CONCLUSIONES

- **Las enfermeras como miembros de la sociedad actual vivimos, en ocasiones, un inmenso vacío en la vida profesional y en la intimidad personal.**

- **Steiner, colocándonos ante nuestra conciencia histórica, nos hace encontrar en la palabra "ayuda", aquello que da sentido al hecho de ser enfermera.**

- **Para Kübler-Ross uno de los peligros que nos puede convertir en un inválido emocional se esconde en las actitudes distantes del profesional frente a los enfermos. Distanciamiento y frialdad prolongadamente practicados, pueden convertirnos en seres incapaces de experimentar emociones.**

- **Existe una íntima relación entre el sentido que damos a nuestra vida y el que damos a la enfermería, con una evidente influencia respectívamente.**

- **Sobre el automatismo de las actitudes pasivas de Fromm podemos decir que la actividad laboral cuando se vuelve mecánica, deja de ser productiva incluso para la propia enfermera. De ahí el imponernos como un compromiso irrenunciable el reconquistar la capacidad de convertir nuestro trabajo en una actividad llena de significado.**

- **Frankl conceptúa la dignidad como el valor de algo en sí mismo. La dignidad del ser humano se definiría como aquello que posee porque es, él mismo, un ser trascendente.**

- **A la dignidad como ser humano, la enfermera suma la de educar su conciencia para potenciar la motivación y el impulso de servir y satisfacer las necesidades de los que son sus pacientes. Así pues, cuanto mayor, mas humana y permanente es la entrega y la actividad de servicio, más acreedora de dignidad es la enfermera.**

- **Una de las grandes cuestiones del pensamiento de Fromm es la de la práctica del amor planteada como factor clave para alcanzar una vida plena de satisfacción y felicidad. Para enfermería es especialmente interesante, porque nos anima a encontrar una manera de estar ante la vida que debe reflejarse en la forma de expresarse la enfermera con sus pacientes y en su trabajo.**

- **La práctica del arte de amar significa para Fromm adoptar una actitud predisponente y adquirir estas potencialidades: Disciplina; concentración; paciencia; preocupación; dedicación y buenas condiciones físicas.**

**BIBLIOGRAFÍA**

**1.- GRACIA GUILLÉN, Diego. - ¿Existe libre albedrío?. En: RUBIA VILA, Francisco. Real Academia Nacional de Medicina. Año 2003. Tomo CXX Cuaderno Tercero, pag. 499-500-**

**2.- STEINER, George. Nostalgia del absoluto. Siruela. Biblioteca de Ensayo. Barcelona, 2001, pag 13-35**

**3.- KÜBLER-ROSS, Elisabeth. Conferencias. Luciérnaga, Barcelona, 1997, pag, 155-186**

**4.- FROMM, Eric. La condición humana actual. Paidós. Barcelona, 1981, pag. 79-99**

**5.- FRANKL, Víctor E. El hombre en busca del sentido último. Paidós, Barcelona, 1999, pag. 141-170**

**6.- FROMM, Eric. El arte de amar. Paidós, Barcelona, 1994, pag. 105-114.-**

## UNA MIRADA COMPLEJA DE LO CONCRETO

La complejidad estructural de la acción cuidativa, empieza a construirse a partir de las narrativas de naturaleza humana y social y la interacción que fluye entre los enfermeros y los sujetos, en ellas, se desarrollan intercambios de procesos de vida y de desarrollo humanos distintos, con una manera particular en cada uno de ellos de entender la vida, la salud, la enfermedad y la muerte, situando *"el cuidado"* en un proceso de interacción dialógica sujeto-sujeto y construido a partir del relato de vida del propio protagonista del cuidado.

Sin embargo la palabra es lo que usan las personas normalmente para comunicarse, pero no es lo que les hace ser lo que son, de la misma manera el lenguaje enfermero es la forma de expresión del cuidado, pero no es en si, la esencia del cuidado.

Es importante hacer una reflexión del uso de los lenguajes que utilizamos en el discurso enfermero, de su lógica, de la manera de expresarlo y también de como es enseñado en las aulas.
Si usáramos el concepto de una palabra de una manera introspectiva, podríamos asegurar que cada una de las personas le daríamos unas interpretaciones o significados distintos, los seres humanos son lo que piensan e interpretan no la utilización de los lenguajes empleados.
El lenguaje pertenece a ámbitos participativos y públicos, la comprensión o el significado que tiene para el sujeto una determinada realidad, puede ser diferente de su manera de expresarla. La misma palabra incluso en el mundo anglosajón tiene una semántica diferente.
Cuando aprendemos el significado de la palabra, en ocasiones esta acompañada de sensaciones internas y privadas, que pueden diferir de las sentidas o evocadas por otras personas al aprenderlas. El acto humano es aquel que esta rodeado de significado e interpretación.

El ámbito de la practica, estudio e investigación de la disciplina enfermera, como ciencia humana, la construimos a partir de las situaciones vividas por las personas que cuidamos, relacionadas con el proceso de salud - enfermedad, sufrimiento, dolor o

muerte inminente. 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.

Partiendo de lo anteriormente dicho, surgiría la pregunta: *¿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?*

**Mirada al pasado reciente y al presente**

El cambio en la orientación de los estudios de enfermería en España en el año 1977, nos aproximó a saberes teóricos y prácticos de estudiosos de la disciplina procedentes de otras culturas, con lenguajes, construcciones teóricas y prácticas y miradas diferentes o desiguales a las que estábamos acostumbradas. Mientras nos íbamos acomodando desde la Academia a la incorporación de esos lenguajes, que originaban un discurso emancipador y autónomo de rol profesional y en contrapartida un intento de diferenciación en la *praxis* alrededor de un ejercicio profesional independiente y con un área de competencias en ocasiones borrosas, fuimos elaborando todo un proceso de crecimiento intelectual, de pérdida de referentes y de cambios de paradigma, no carente de dificultades y por supuesto, no exento de enfrentamientos en algunos momentos entre sectores académicos y clínicos.

En la actualidad, ya es habitual incorporar a nuestro lenguaje profesional cotidiano, elementos metodológicos del proceso de cuidados, las clasificaciones NANDA, NIC y NOC han pasado a formar parte del desarrollo de los planes de cuidados

estandarizados y también, en las herramientas informáticas que dan soporte a los mismos.

Pero, ¿hay coherencia entre los lenguajes? ¿No estaremos utilizando un método demasiado lineal, posibilista, que sólo puede admitir el sí o el no y no contempla la ambigüedad, la incertidumbre de las respuesta humanas, donde el orden y el desorden a veces se entrelazan, no existiendo fronteras nítidas o éstas, se presentan borrosas, difuminadas o desvanecidas? Y en consecuencia. ¿ la palabra utilizada enmarcará fielmente todos los fenómenos complejos que se dan en las situaciones de vulnerabilidad de las personas?

Llegados a este punto, surgiría el interrogante de : *Como poder conciliar en este momento del discurso enfermero, los lenguajes emergentes en torno a los juicios clínicos, las intervenciones y los resultados del proceso.*

En primer lugar, pienso que tenemos que hacer una reflexión sobre los juicios diagnósticos o terapéuticos que pronunciamos y la clasificaciónes que mas utilizamos para ese fin, de una manera critica y no dogmática, que verdaderamente de sentido a las sensaciones e interpretaciones del propio sujeto del cuidado.

Algunos diagnósticos recogidos en la taxonomia NANDA son semánticamente confusos, ambiguos, polisémicos e imprecisos. En muchas ocasiones encontramos dificultades, para nombrar con el lenguaje oficial un determinado problema narrado por el sujeto, no hay correspondencia ni en la definición que le otorga el saber teórico y no encontramos los indicadores de evidencia del mismo, sin embargo la situación problemática existe, las actividades terapéuticas emergen y los resultados orientan la practica del cuidado.

Los modelos taxonómicos han irrumpido con fuerza en la praxis, el saber practico dominante en este momento se alimenta a través del uso de las clasificaciones y ya no constituye una rareza el presentar en foros científicos o en publicaciones, casos clínicos o estandarizaciones del cuidados utilizando como hilo conductor de los mismos, la interrelación entre las clasificaciones NANDA-NOC-NIC.

Centraré la aportación de esta comunicación en la eclosión actual de los estándares de cuidado y la inclusión de estos en las herramientas informáticas emergentes.
La justificación del uso y el interés del desarrollo de los planes de cuidados estandarizados se centra entre otras en afirmar que: permite la gestión del conocimiento, reduce la variabilidad, identifica los costes de la actividad, controla y mejora la calidad de los cuidados, afirmando que facilita la inclusión de las actividades enfermeras en las vías o trayectorias clínicas.
Sin poner en cuestión tales afirmaciones, aunque existe alguna referencia bibliografica que pone en tela de juicio este aserto, si que me gustaría compartir alguna reflexión con todos ustedes.

En primer lugar querría hacer una llamada de atención en torno a la utilización de los planes de cuidados estandarizados como un añadido a la totalidad del proceso clínico o proceso de salud de una persona.
Si planteamos el proceso de salud de las personas, como situaciones o experiencias personales que se pueden dar y de hecho se dan en su transito por la vida, no podemos descontextualizar o desmembrar los acontecimientos que emergen en esas vivencias, el proceso clínico se constituye como un todo que envuelve a la persona y en el se dan escenarios y actores diferentes, pero no reduciéndolo a ámbitos de conocimientos diversos, creando dicotomías, sino integrándolo, contemplando la parte y el todo del proceso.
Sin embargo es posible que la integración sea dificultosa por la confrontación con el paradigma emergente, por la necesidad de poner orden y certidumbre a los fenómenos y así descartar lo complejo, ambiguo e incierto.

Los estándares de cuidados son construidos con apriorismos, partiendo de problemas identificados, diagnósticos enfermeros reales o de riesgo así como complicaciones potenciales del mismo proceso, creando una red de posibilismos, sin tener en el momento de la construcción los referentes que el propio sujeto otorgara a sus realidades.
Se puede deducir que son construidos utilizando las verdades que les otorgan los expertos, y sus limitaciones se encuentran en la definición de los mismos, utilizando sus verdades como si fuesen estudios clínicos, ya la taxonomia II de la NANDA pone

en cuestión los estudios de validez de contenido diagnostico que otorgaba el método Fehring para determinar los criterios del diagnostico, no teniendo la seguridad que las aseveraciones y puntuaciones otorgadas por los expertos encargados de su validación, tengan una correspondencia con el fenómeno del mundo real.

Otra situación confusa, es la que puede guardar relación con el grado de certidumbre que se otorga a los factores relacionados de los diagnósticos en los estándares de cuidados, las respuestas humanas son producto de manifestaciones de cambio físico, expresión de sentimientos y/o comportamientos que se dan alrededor de una determinada situación de salud, la complejidad y diversidad de la practica diagnostica, esta compuesta por una gran variedad de fenómenos, que mantienen entre si múltiples relaciones, con interacciones sincrónicas y diacrónicas, lineales y no lineales, con lo que la evolución del conjunto es imprevisible. La bibliografía existente en la actualidad que interrelaciona NANDA, NOC, NIC no contempla el origen de los fenómenos, y la diversidad de los factores que pueden desencadenar el mismo fenómeno.

El efecto ya no sigue a la causa, ya otras ciencias como la Física y la Medicina que fueron en otros momentos nuestros únicos referentes, ya se están cuestionando también las relaciones causales, estas pueden aparecer discontinuas y en ocasiones se encuentran borrosas o difuminadas, sin fronteras nítidas, con lo que las acciones terapéuticas planificadas se tendrán que ir ajustando en ocasiones a las percepciones intersubjetivas, iniciándose el plan terapéutico partiendo de la consciencia y la experiencia que le confieren los propios personajes que intervienen en la relación.

Otros problemas a los que también hacen referencia los estándares de cuidados son los denominados diagnósticos de Riesgo y que en muchos casos se confunde con las complicaciones del propio proceso clínico.
*¿si los diagnósticos de riesgo son problemas que pueden aparecer por la gran vulnerabilidad de la persona frente a un determinado fenómeno, ¿podemos decir que toda la población con ese determinado proceso clínico va a tener las mismas situaciones de vulnerabilidad?* No serán los diagnósticos de riesgo situaciones individuales que emanan de las propias características del sujeto y por el contrario si

es un problema que puede aparecer en toda la población diana, no lo estaremos confundiendo con las acciones preventivas derivadas de las actividades cuidativas del mismo proceso clínico, que son inherentes a la aplicación de los tratamiento terapéuticos prescritos.

Para terminar con esta reflexión y antes de hacer alguna propuesta de conciliación del método, tendríamos que pensar que en ocasiones nos enfrentamos a respuestas o fenómenos humanos, que pudieran considerarse disfuncionales y son situaciones de ruptura y de reorganización dentro del proceso adaptativo de los seres humanos, capaces de la auto-reestructuración.

Con una mirada en las situaciones complejas que se dan alrededor de un proceso terapéutico de cuidados, muchas de las respuesta humanas que se dan en el sujeto no tendrían porque ser manifestaciones de un "diagnóstico enfermero", tal vez fueran procesos de orden/desorden, situaciones de caos que buscan un orden, sin que se tengan que anular, tratar o transformar y sólo requiera una intervención de reconducir el hilo conductor del guión.

**Conciliando el método**

Analizando la estructura de las clasificaciones desde un aspecto mas cualitativo, podemos observar que las actividades que engloban cada una de la intervenciones recogidas en el proyecto de la clasificación NIC (Nursing Interventions Classification) por el sentido que le otorga su acción, tendríamos actividades para valorar la salud de las personas, actividades para modificar o prevenir aspectos disfuncionales de salud y actividades normativas o de método, que determinan una manera explicita de realizar la actividad.
De la misma manera, los resultados de la clasificación NOC (Nursing Outcomes Classification) presentan indicadores que pueden estar relacionados con una actividad de búsqueda o valoración de un parámetro de salud o un indicador de logro o éxito relacionado con una actividad de modificación o prevención de una situación disfuncional de salud.

Si construimos el estándar de un proceso de cuidados intentando conciliar lo complejo de la acción humana y lo concreto de un método, podríamos plantear dar comienzo al mismo contemplando la búsqueda de elementos (indicadores) dispersos, aparentemente independientes y desconectados, pero reales y que logran darle sentido, iniciaríamos una búsqueda orientada a los fenómenos que apriori se pueden dar alrededor de esa situación de salud vivida por el sujeto, situación que puede ser o no común a otros sujetos, pero contemplando la particularidad del sujeto por los indicadores obtenidos, ya que siempre estarán circunscritos a las respuestas individuales de la persona, 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, por lo que al mismo tiempo nos hará más transitable el camino de incertidumbre que toda situación de cuidados supone.

Sólo la respuesta a esa búsqueda podrá dar una visión consciente de la situación personal del sujeto y en función de ella poner con cuidado **"nombres"** a las escenas. En muchas ocasiones, el transcurrir del tiempo, que se articula en las experiencias de salud que viven las personas, alcanzan su plena significación al final de las mismas, por lo que la palabra utilizada al nombrar la situación problemática con el paso del tiempo, puede desarticularse, romperse, reconstituirse y construir un final inesperado, incierto, planteando la posibilidad de poder ser nombradas en ocasiones, solo al final del camino recorrido.

Sin embargo soy consciente de la necesidad de conciliar los discursos anteriormente referidos y poder contextualizarlos en metodologías y tecnologías emergentes en este momento, pero necesitamos un debate profesional profundo ya que con la aparición de los programas informáticos, y la necesidad de crear los catálogos codificados para establecer asi las relaciones que intervienen entre las diferentes clasificaciones, puede dar lugar a que nos situemos en los niveles superiores de la clasificación, donde se da el mayor grado de abstracción, es decir, diagnostico – resultado – intervención, no bajando al nivel de la clasificación, donde se pudiera encontrar una mayor correlación con las situaciones de individualidad de las personas: criterios clínicos, indicadores

encontrados, y las actividades de cuidados según los factores causales (individuales) que originan el fenómeno hipotéticamente diagnosticado. Los lenguajes informáticos han generado todo un conocimiento práctico alrededor, que incluso los códigos son a veces los únicos referentes.

Es necesario, iniciar un camino de reflexión conjunta, volver la mirada al camino recorrido y hacerlo con humildad intelectual, con un pensamiento crítico, reflexivo, pausado y sin prisas, construyendo y deconstruyendo, planteando situaciones que a veces no tendrán soluciones exactas, dando entrada a la incertidumbre, la duda y que pueda fluir el discurso narrativo, las historias de vida, las experiencias compartidas. Como dice Medina *"generemos la duda de nuestras miradas, concepciones y creencias que a veces las otorgamos como verdades absolutas…"* pero siempre teniendo presente que el que da sentido al relato de su vida es el propio sujeto, el se constituye como principal actor de la escena y solo el podrá o no dar certidumbre a su proceso.

## BIBLIOGRAFÍA

Almendros M. Psicología del caos. Victoria-Gastéiz: Ediciones la Llave; 2002.
Benavent A, Ferrer E, Francisco C. Fundamentos de Enfermería. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2001.
Bolivar A, Domingo J, Fernández M. La investigación biográfico-narrativa en educación. Madrid: Editorial La muralla; 2001.
Collière MF. Encontrar el sentido original a los cuidados enfermeros. Rev ROL Enf 1999; 22 (1): 303-307.
Collière MF. Promover la vida. De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería. Madrid: Interamericana-McGraw-Hill; 1993.

Ferrer E. Miradas y voces del discurso enfermero. Educare 21 2004; 8. Disponible en http://www.enfermeria21.com/educare/educare08/ensenando/ensenando5.htm
Ferrer E. Una experiencia de cuidado desde la teoría del caos. Educare 21 2003;2 Disponible en http://www.enfermeria21.com/educare/educare02/ensenando/ensenando1.htm

Foucault M. Estética, ética y hermenéutica. Barcelona: Piadós; 1999.

Morin E. Introducción al pensamiento complejo. Barcelona: Gedisa; 2003.

Medina JL. La Pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la Formación Universitaria. Barcelona: Editorial Leartes; 1999.

Medina JL. La deconstrucción o el desaprendizaje aproximación conceptual y notas para un método reflexivo de generación de nuevos saberes profesionales. Educare 21 2003; 1. Disponible en http://www.enfermeria21.com/educare/educare01/ensenando/ensenando3.htm

Morin E. La mente bien ordenada. Barcelona: Seix Barral; 2002.

Morin E. Ciencia con consciencia. Barcelona: Antropos; 1984.

Mccloskey-Bulechek. Clasificación de intervenciones de enfermería (CIE). Madrid: Editorial Harcourt.

Jonson, Maas, Moorhead. Clasificación de resultados de enfermería (CRE) 2ª edición. Editorial Harcourt.

Mccloskey, Bulechek, Jonson, Maas, Moorhead. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. Interrelaciones NANDA, NIC,NOC. Ediciones Harcourt.

NANDA 2003-2004. Diagnósticos enfermeros. Madrid: Editorial Harcourt-Brace.

V SIMPOSIUM INTERNACIONAL DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

# Uso de Taxonomías Enfermeras y el registro de los Cuidados en aplicaciones informáticas que no contemplan su uso.


**AUTORES**

Ceballos Pozo, M, Adame Guerrero, P, Padilla López, L, Recio Menchón, O, Martín Leal Mª J, Buján López R., España Caparrós, I.

**CENTRO**

Centro de Salud. Castilleja de la Cuesta. Sevilla.



**Innovación en el proceso de cuidar: conjunción de herramientas y saber.**
**Valencia – 13 y 14 de mayo de 2004**

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN**: Desde hace años se están implantando aplicaciones sanitarias para centros de AP, programas que no contemplan la práctica enfermera porque no permiten registrar la actividad específicamente. ***Objetivo***: Elaborar herramientas que permitan el registro del Proceso Enfermero, rápida y homogéneamente, empleando taxonomías enfermeras, en aplicaciones sanitarias no diseñadas para recoger tales registros.

**MATERIAL / MÉTODOS**

**Grupos de trabajo** formados por 2-3 profesionales para la elaboración de guías y documentos de apoyo para el registro, sometidos a un proceso de mejora continua. Características: 1 Actualizados, disponibles inmediatamente, 2 Versátiles, 3 Imprimibles. Empleo: se selecciona de la guía la información necesaria, se copia, se pega en el campo apropiado y si es preciso se modifica. Selección de contenidos: triple criterio, Epidemiológico, Consenso de expertos y Revisión bibliográfica

**Formación de las enfermeras**: en horario de formación continuada apoyadas por profesional experto para consultas.

**RESULTADOS**: "Guía del Registro" (Dónde anotar) y "Guía del Proceso Enfermero" (Qué anotar): documento word que interrelaciona los diagnósticos NANDA más frecuentes, criterios de resultados NOC y sus indicadores, y las intervenciones NIC. Dotado de hipervículos para navegar por el mismo. Estructura: secciones 1. Diagnósticos NANDA con propuesta de criterios de resultados, indicadores de criterio e intervenciones. 2. "Miniplanes" de cuidados estandarizados según motivos de consulta más frecuentes, con propuesta diagnóstica, criterio de resultados, indicadores de resultado e intervenciones con actividades desglosadas. 3 Intervenciones NIC referenciadas con actividades desglosadas.

**CONCLUSIONES**

Las herramientas diseñadas:

1 Ahorran tiempo: por una parte el registro es más rápido, y por otra, es más inmediato o coincidente con el acto asistencial.

2 Economizan esfuerzos: evita el uso, un tanto engorroso, de varios manuales simultáneamente.

3 Garantizan la homogeneidad de registros de la práctica enfermera entre los profesionales

4 Extienden el uso del "Proceso Enfermero": la "Guía del Proceso Enfermero" , suponen un estímulo para su uso y registro

## INTRODUCCIÓN

Es patente la necesidad de poder realizar registros enfermeros de suficiente calidad según lenguaje unificado, con la suficiente agilidad y rapidez imprescindibles en la practica enfermera hoy día.

Desde hace unos años se está implantando el uso de aplicaciones sanitarias para centros de Atención Primaria (TASS en Andalucía, OMI-AP en el antiguo Insalud), programas que a juicio de muchas enfermeras comunitarias no contemplan la práctica enfermera, puesto que no permite registrar la actividad (valoraciones, diagnósticos, criterios de resultados e intervenciones realizadas), ni en campos específicos ni desplegando listas de selección. En el caso de el programa OMI-AP este incluía una aplicación para adaptarlo y poder incluir el proceso enfermero[1].

Concretamente en Andalucía se han dotado a gran número de consultas enfermeras de puestos informáticos con la suite "Microsoft Oficce" y con la aplicación TASS; en la actualidad se está ampliando la dotación de equipos informáticos y se está sustituyendo la aplicación sanitaria TASS por la de reciente creación "Diraya".

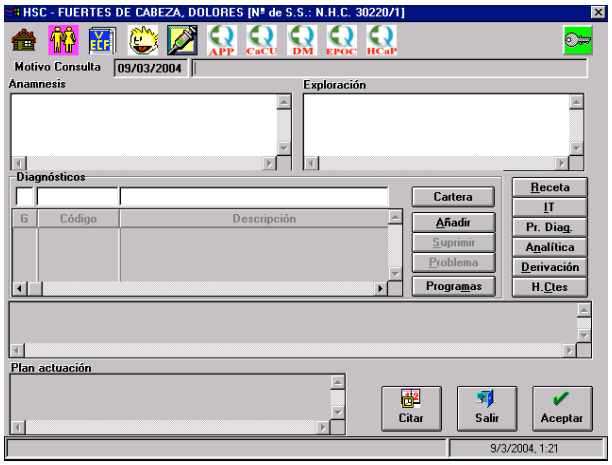



Figura nº 1

La TASS (Fig. nº 1) es una aplicación en un entorno de ventanas pensada para correr en primer plano, no siendo compatible con las aplicaciones de Microsoft, y no tiene posibilidad de minimizarse. Sin embargo, se pueden "pegar" texto de dichas aplicaciones usando la combinación de teclas "Control" e "Insert".

Basándose en esta posibilidad, se diseñó y se puso en práctica esta propuesta, la elaboración de documentos tipo "Word" que corrían en segundo plano en otra ventana simultáneamente a la aplicación sanitaria, de tal modo que se pueden pegar los fragmentos seleccionados en los campos elegidos de la aplicación sanitaria, ahorrando tiempo de transcripción y mecanografiado.

## OBJETIVOS

Diseñar herramientas que permitan el registro del Proceso Enfermero, de forma rápida y homogénea, empleando taxonomías enfermeras, en una aplicación sanitaria que no está creada para recoger tales registros.

## METODOLOGÍA

Durante el último trimestre de 2002 se creó un grupo de trabajo para elaborar una propuesta inicial del "Plan de trabajo para el 2003", que fue modificado y aprobado por las enfermeras de toda la zona básica en Diciembre de 2002. Dicho plan constaba de 5 líneas de acción, una de las cuales era la denominada "*Aplicación del Proceso Enfermero*". En dicha línea se contemplaba el empleo de la NANDA, la NOC y la NIC en la práctica enfermera, así como el registro de la misma en la TASS de forma homogénea.

Con tal finalidad se conformaron grupos de trabajo formados por 2-3 profesionales para la elaboración de guías y documentos de apoyo para el registro:

- "Guía del Registro en la TASS" ("Dónde anotar")
- "Guía del Proceso Enfermero" ("Qué anotar")

La primera versión de dichas guías se presentaron al resto del equipo de enfermería en la segunda quincena del 2003.

Estas guías se sometieron a un proceso de mejora continua, teniendo en cuenta las sugerencias de todas las enfermeras del centro y monitorizada por dos de ellas. La "Guía del registro en la TASS" no precisó de modificaciones tras su creación; la "Guía del Proceso Enfermero" se ha sometido a revisiones siendo la última versión la cuarta, con fecha de Febrero de 2004.

Los documentos de ayuda así elaborados tienen como características que pueden ser:

- Actualizados, periódicamente se hacen revisiones de los mismos, y sus nuevas versiones están disponibles para todas las enfermeras del centro inmediatamente.
- Participativos y versátiles, recogen las aportaciones de las enfermeras implicadas adaptándose a sus necesidades en la práctica enfermera.
- Si se desea, se pueden imprimir

Los diagnósticos empleados en la redacción de la "Guía del proceso Enfermero" pertenecen a la taxonomía NANDA II. Se priorizaron según un triple método:

- Epidemiológico: los formulados con más frecuencia por las enfermeras del centro
- Consenso de expertos: basados en la experiencia profesional
- Revisión bibliográfica: documentos y manuales existentes.

## Formación y reciclaje de las enfermeras

Por un lado, en horario de formación continuada del centro se explicó el uso simultáneo de los documentos de apoyo elaborados y de la aplicación TASS. Por otro, la enfermera más experta en el uso de dichas aplicaciones ejerció de consultora ante cualquier duda o necesidad de explicaciones adicionales que tuvieran el resto de enfermeras.

**RESULTADOS**

## Guía de Registro en la TASS ("Dónde anotar")

En diferentes apartados se explica cómo y en qué campo de la TASS se han de registrar cada uno de los elementos del proceso enfermero tal como se ha consensuado por las enfermeras del centro:

- Valoración enfermera usando Patrones Funcionales de M. Gordon
- Diagnóstico enfermero empleando la NANDA
- Criterios de resultados e indicadores de resultado según la NOC
- Intervenciones enfermeras según la NIC
- Evaluaciones posteriores

## Guía del Proceso Enfermero ("Qué anotar")

Se elaboró un documento en formato word que interrelacionara Diagnósticos de Enfermería NANDA más formulados en el centro, objetivos o criterios de resultados según la NOC con los indicadores propuestos en nuestro medio, y por último las intervenciones que llevábamos a cabo con las actividades, que a priori y por consenso, las enfermeras del centro consideraban más adecuadas en Atención Primaria.

Este documento dispone de numerosos hipervínculos que permiten consultar con facilidad partes relacionadas del mismo.

Actualmente tiene tres apartados

***Apartado nº 1***

En esta sección se figuran los ***diagnósticos*** de la taxonomía NANDA II, ordenados por patrones funcionales de M. Gordon

Para cada diagnóstico aparece a la vista una tabla con tres columnas (Ver figura ( Fig. nº 2)

- En la primera columna de la izquierda, aparecen los ***criterios de resultados*** propuestos para el diagnostico en cuestión, con una definición del mismo así como la magnitud a usar en la escala de medición.

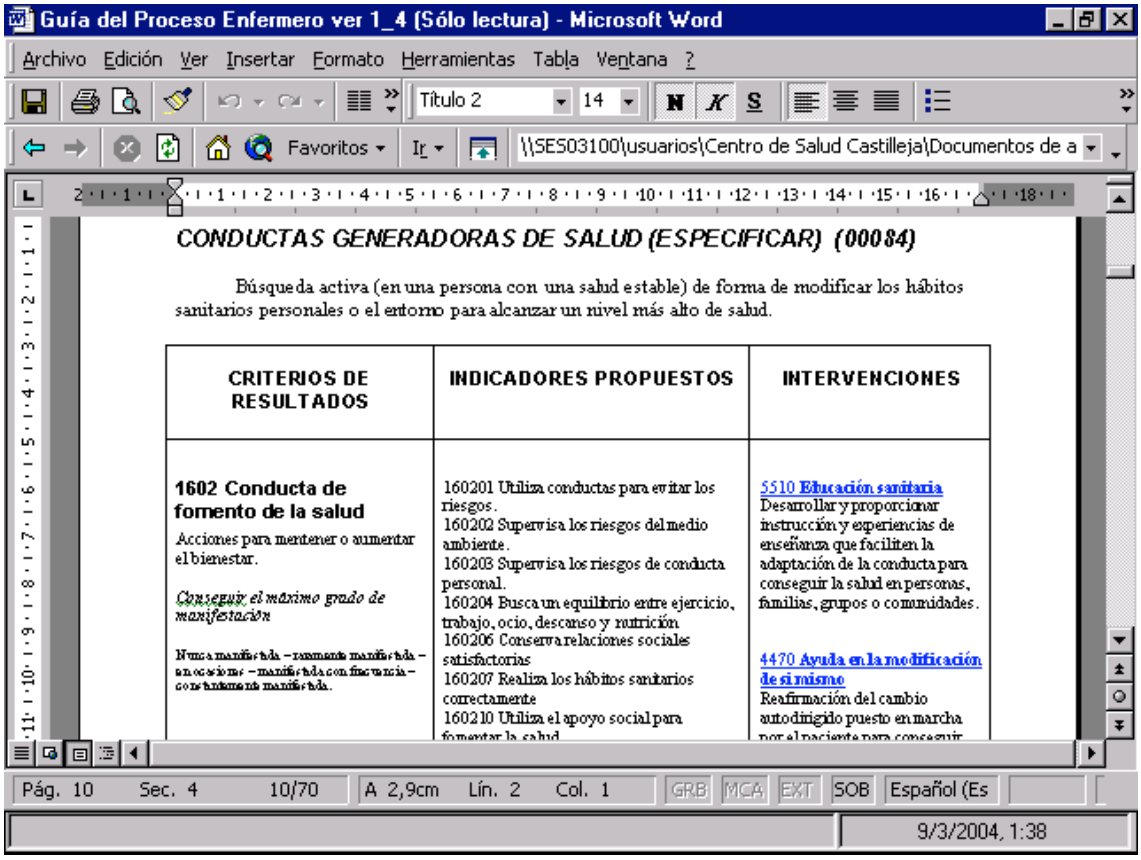



Figura 2

- En la 2ª columna figuran los ***indicadores*** de cada criterio de resultado, seleccionados para su uso en atención primaria, figurando en negrita los que se consideraban más operativos en nuestro ámbito de trabajo.

- En la tercera columna están las ***intervenciones*** propuestas, teniendo siempre en cuenta su aplicabilidad en el primer nivel asistencial, ya fuera en el centro o en el domicilio. El nombre de la intervención es un hipervículo a través del cual se accede al lugar del documento donde figura la relación de actividades sugeridas para la misma.

***Apartado 2***

Una segunda parte de la guía son "***Miniplanes de cuidados estandarizados***" para los motivos de consulta que con más frecuencia se daban en el centro, en esta parte aparece, por motivo de consulta, una tabla con tres filas:

- una propuesta diagnóstica formulada con factores relacionales y manifestaciones
- uno o dos criterios de resultado con los indicadores de resultado más oportunos
- varias intervenciones enfermeras con las actividades desglosadas.

***Apartado 3***

La última parte son las "***Actividades propuestas para cada intervención NIC***". Se relacionan las que se consideraban oportunas y realizables en nuestro medio, dispuestas para que fueran consultables mediante los citados hipervínculos.

Forma de uso de la "Guía del Proceso Enfermero"

- la enfermera selecciona de la guía la información que necesita, la copia, la pega en el campo apropiado de la apliación sanitaria (en nuestro caso la TASS) y si es preciso la modifica y adapta al caso en concreto.

## DISCUSIÓN

Si bien en el centro donde se ha pilotado esta propuesta estructuralmente estaba bien dotado, todas las enfermeras disponían de una consulta propia y de un puesto informático, en la actualidad un importante número de enfermeras de atención primaria en Andalucía no disponen ya de acceso a un equipo informático, sino de un espacio fijo dónde pasar la consulta, lo cual ya es un importante obstáculo para el registro de la actividad.

Sin embargo pensamos que precisamente una guía como la presentada rentabiliza el uso de los puestos informáticos por unidad de tiempo.

Por otro lado, al disponer de una herramienta semejante, las enfermeras aplicaban y registraban en mayor grado las valoraciones y planes de cuidados siguendo el modelo propuesto.

En cuanto a las actividades desglosadas en cada intervención, están respaldadas por las propuestas de la NIC, suponiendo un componente del documento en desarrollo, estando centrado el interés del equipo en determinar su idoneidad y eficacia.

Con respecto al diseño de la "Guía del Proceso", facilitó que, una vez elegida una etiqueta diagnóstica, se pudiera disponer de la información necesaria para redactar y registrar todos los elementos del Proceso Enfermero, ahorrando tiempo y esfuerzos al profesional ya que evitaba el uso de varios manuales y facilitaba el registro en el mismo acto asistencial.

Por otra parte, el uso de documentos tipo word y la acción de "copiado" y "pegado" permite su uso con cualquier tipo de aplicación informática, tenga o no capacidad para la adaptación del proceso[1,2]

## CONCLUSIONES

Los documentos mencionados, y en especial la "Guía del Proceso Enfermero" han resultado ser herramientas muy útiles porque:

1. Ahorran tiempo: por una parte el registro en si es más rápido, y por otra, es más inmediato, por no decir coincidente, con el acto asistencial.

2. Economizan esfuerzos: evita el uso, un tanto engorroso, de varios manuales simultáneamente.

3. Garantizan la homogeneidad de registros de la práctica enfermera entre los profesionales

4. Extienden el uso del "Proceso Enfermero": la "Guía del Proceso Enfermero" por si misma es un estímulo para su uso y registro

## BIBLIOGRAFÍA

1. MARTÍN ROBLEDO E., GARCÍA LÓPEZ F., DE LA PUERTA CALATAYUD MªL., BERMEJO CAJA CJ., ARRIBAS CACHÁ A., ÁVILA VIVAR B., et al: " **Aplicación informática de la metodología enfermera**" Rev Metas nº 40, Nov 01 p 48-52

2. MORALES MONTALVÁ, MªS., RAMOS LÓPEZ MªR, DURALDE RODRÍGUEZ E., HIDALGO Gª-CONSUEGRA MªA., ARRIBAS CACHÁ A.: "**Informatización de los patrones funcionales de salud para Atención Primaria**". Rev Metas nº 59 Oct 03p 25-30

V SIMPOSIUM INTERNACIONAL DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

# REGISTRO INFORMÁTICO DEL PLAN DE CUIDADOS: DETERIORO DE LA INTEGRIDAD TISULAR/ CUTÁNEA. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

**Carbajo Guñón, Pilar; CÁRDENAS VALLADOLID, JUAN; Cañada Dorado, Mª Asunción; García Ferradal, Inmaculada; Hernández Martínez, Enriqueta.**

**C/ Doctor Cirajas, 20; 28045 MADRID;**
**913221508 ó 651986582**
**jcardenas.gapm04@salud.madrid.org**

**Innovación en el proceso de cuidar: conjunción de herramientas y saber.**
**Valencia – 13 y 14 de mayo de 2004**

**Introducción/ Justificación:**

La versión 5.01 del programa informático OMI-AP, incorpora la nueva aplicación de "Planes de Cuidados",posibilitando el registro de la actividad enfermera según el **P**roceso de **A**tención **E**nfermería.

El sistema de recogida de datos en OMI-AP se sustenta en los "protocolos informáticos", formularios electrónicos con espacios predefinidos, que permiten recabar la información de una forma rápida y sencilla. Inicialmente estos protocolos se habían generado bajo un planteamiento "bio-médico", en relación a patología y registro de actividades complementarias: (E.C.G., test de orina, , despistaje...)

La nueva aplicación permite estructurar la información bajo un punto de vista "enfermero": el usuario como ente bio-psico-social precisa una valoración integral para poder recibir cuidados enfermeros de calidad . A tal fin se generan 11 "protocolos" estructurados por Patrones Funcionales de Marjory Gordon.

Las enfermeras precisan, por su prevalencia, una herramienta eficaz para registrar los datos relacionados con alteraciones de la integridad de la piel. La adecuación de los "protocolos"· a tal fin, garantizan no solo la trascripción electrónica de la descripción de la lesión, sino todos aquellos factores causales que la provocan, posibilitando los registros de seguimiento y de alta.

El sistema informático permite incorporar el registro de las etapas de Diagnóstico y Planificación, codificando diagnósticos enfermeros, objetivos e intervenciones.

**Objetivo:** Incorporar a los Protocolos Informáticos, estructurados por Patrones Funcionales de Marjory Gordon, los campos necesarios para el registro de lesiones de la piel y su tratamiento.

**Método:** Se ha realizado la búsqueda bibliográfica[1][2][3][4][5] que sustenta los datos básicos de valoración, así como los tratamientos más habituales.

---

[1] Área 8 de A.P., Fundación Hospital Alcorcón, Hospital de Móstoles. Manual de Procedimientos Enfermeros Área 8. Madrid: Área 8 Sanitaria; 2002

[2] Evidencia Clínica Concisa. Traducción en español dirigida por el Centro Cochrane Iberoamericano (Barcelona , España) del original Clinical Evidence: The International source of the best available evidence for effective health care, edición 8, Diciembre 2002, BMJ Publishing Group. Rev Esp Cardiol 2003; 1788-1801

[3] Directrices para la elaboración de indicadores epidemiológicos sobre las úlceras por presión. [fecha de acceso 17de julio de 2003]; 1-2; URL disponible en: http://www.gneaupp.org

[4]Instrumento para la monitorización de la evolución de una úlcera por presión. [fecha de acceso 25de julio de 2003]; Doc. VII GNEAUPP;1-2; URL disponible en: http://www.gneaupp.org

Se han incorporado los campos necesarios en el Protocolo denominado “P02: Nutricional Metabólico” y adicionalmente se ha creado un protocolo nuevo que permite recoger datos de hasta 4 lesiones diferentes en un mismo usuario (multiescarados)

**Conclusión:** La enfermera dispone de la herramienta adecuada para el registro de los Planes de Cuidados relacionados con los problemas de la piel, garantizando la operatividad y la calidad en la continuidad de cuidados. La información obtenida mediante estos protocolos puede ser analizada, generando una importante base de datos que posibilita el establecimiento de nuevas líneas de investigación relacionadas con las lesiones de la piel y su tratamiento.

**2 gráficos.-**

[5] Ministerio de Sanidad y Consumo - Instituto de Salud Carlos III. Efectividad de los apósitos especiales en el tratamiento de las úlceras por presión y Vasculares. Madrid: AETS - - Instituto de Salud Carlos III ; 2001.

V SIMPOSIUM
INTERNACIONAL DE
DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMERÍA

# REGISTRO INFORMÁTICO PLANES DE CUIDADOS: "CAPTACIÓN Y SEGUIMIENTO DE CRÓNICOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

**Cárdenas Valladolid, Juan.**

c/ Doctor Cirajas, 20;
28045 MADRID;
913221508 ó 651986582 ;
jcardenas.gapm04@salud.madrid.org

**Innovación en el proceso de cuidar: conjunción de herramientas y saber.**
**Valencia – 13 y 14 de mayo de 2004**

**RESUMEN:**

**Sinopsis.-**

**Usuario de 25 años, trabajador de la construcción que sufre clínica de hiperglucémia con ingreso hospitalario y se diagnóstica DM Tipo 1 ID. Una vez estabilizado e instaurado la insulinoterapia, es derivado a consulta de enfermería para valoración y seguimiento. Después de 2 sesiones de eps. individual en días consecutivos, se le cita para control en 2 días más, en donde se objetiva mala adherencia al tratamiento, se justifica en lo que verbaliza el usuario y en los valores clínicos. Durante 3 citas consecutivas (1,5 meses) se objetiva adherencia al tto. y adecuación de los valores clínicos. En el 2º mes describe cansancio y falta de adherencia al tto. dietético y alteraciones en la pauta de insulina, presentado un episodio de hipoglucemia. Se establece eps. de refuerzo. En las siguientes citas ( 2 mensuales para pasar a 1 mensual), se objetiva adherencia al tto. con resultados muy satisfactorios para el usuario.**

**Valoración Inicial .- Perfil Glucémico; Adherencia al tto.; Hábitos tóxicos; Peso, T. e IMC; dieta y ejercicio actual; Actividad laboral; Constantes; Percepción y conocimientos sobre la enfermedad; Valores/ creencias sobre la enfermedad; Afrontamiento de la enfermedad; Ayuda familiar para manejo de la enfermedad.**

**1er. Diagnóstico.- Déficit de Conocimientos sobre autocuidados para la DM, r/c Falta de explicación previa y m/p verbalización del problema.**

***Resultados Esperados:***

**Conocimiento: Control de la Diabetes.**

*Obj. Específicos:*

**Descripción de la función de la insulina.**
**Descripción plan de comidas prescrito.**
**Demostración del uso del glucómetro.**
**Demostración de la técnica adecuada de carga y administración de insulina.**
**Descripción de cuando pedir ayuda a un profesional sanitario.**

***Intervenciones:***

**Enseñanza Individual; Enseñanza: Proceso de la enfermedad; Enseñanza: actividad ejercicio; Enseñanza: Dieta prescrita; Enseñanza: Medicación prescrita.**

**Valoración 2ª Cita.- Somatometría; Perfil Glucémico; Adherencia al tto.; Conocimientos sobre la enfermedad; Afrontamiento de la enfermedad.**

Alta Dx.- Déficit de Conocimientos: resolución (como problema principal).

**2º. Diagnóstico.- Manejo inefectivo del régimen terapéutico, r/c Déficit de conocimientos y Complejidad del tto. m/p verbalización de la dificultad en la integración del régimen de tto. y verbalización del deseo de conocer mejor el manejo de su enfermedad.**

***Resultados Esperados:***

**Conocimiento: Control de la Diabetes.**

*Obj. Específicos:*

**Igual anterior plan +**
**Descripción de la hipoglucemia y síntomas asociados.**
**Descripción de los beneficios de controlar la diabetes.**

***Intervenciones:***

**Enseñanza Individual; Enseñanza: Proceso de la enfermedad; Enseñanza: Dieta prescrita; Enseñanza: Medicación prescrita.**

**Valoración 3ª Cita.- Somatometría; Perfil Glucémico; Adherencia al tto.; Conocimientos sobre la enfermedad; Afrontamiento de la enfermedad.**

Alta Dx.- Manejo inefectivo del régimen terapéutico: resolución.

**3er. Diagnóstico.- Manejo efectivo del régimen terapéutico, m/p Sígnos y síntomas dentro de los límites esperados; Verbalización de deseo de manejo del tto. y prevención terciaria.**

***Resultados Esperados:***

**Control del Riesgo.**

*Obj. Específicos:*

**Reconoce el riesgo.**
**Modifica el estilo de vida para reducir el riesgo.**
**Utiliza los servicios sanitarios congruentemente cuando los precisa.**

***Intervenciones:***

**Identificación de Riesgos; Potenciación de la disposición para el aprendizaje; Educación Sanitaria.**

**Valoración 4ª Cita.- Somatometría; Perfil Glucémico; Adherencia al tto., Conocimientos sobre la enfermedad; Afrontamiento de la enfermedad.**

Alta Dx.- Manejo efectivo del régimen terapéutico: abandono del usuario

**4º. Diagnóstico.- Incumplimiento de tto.: fármacos y dieta, r/c Duración del tto. y disminución de las fuerzas motivacionales m/p Conducta indicativa de incumplimiento; Evidencia de complicaciones (Hipoglucemia)**

***Resultados Esperados:***

**a) Conducta de Cumplimiento**

*Obj. Específicos:*

**Comunica seguir la pauta prescrita**
**Realiza autocontrol de glucemías**
**Confianza en el profesional sanitario**

**b) Control del Síntoma**

***Obj.Específicos:***

**Reconoce el comienzo del síntoma**
**Reconoce la intensidad del síntoma**
**Utiliza medidas preventivas**
**Utiliza medidas de alivio**

***Intervenciones:***

**Acuerdo con el paciente; Ayuda en la modificación de sí mismo; Educación Sanitaria**

**Valoración 5ª Cita.- Somatometría; Perfil Glucémico; Adherencia al tto., estado de ánimo y motivación, comocimientos.**

Alta Dx.- Incumplimiento de tratamiento: resolución

***5º. Diagnóstico.-* Manejo efectivo del régimen terapéutico, m/p Sígnos y síntomas dentro de los límites esperados; Verbalización de deseo de manejo del tto. y prevención terciaria.**

***Resultados Esperados:***

**Conducta de Obediencia**

*Obj. Específicos:*

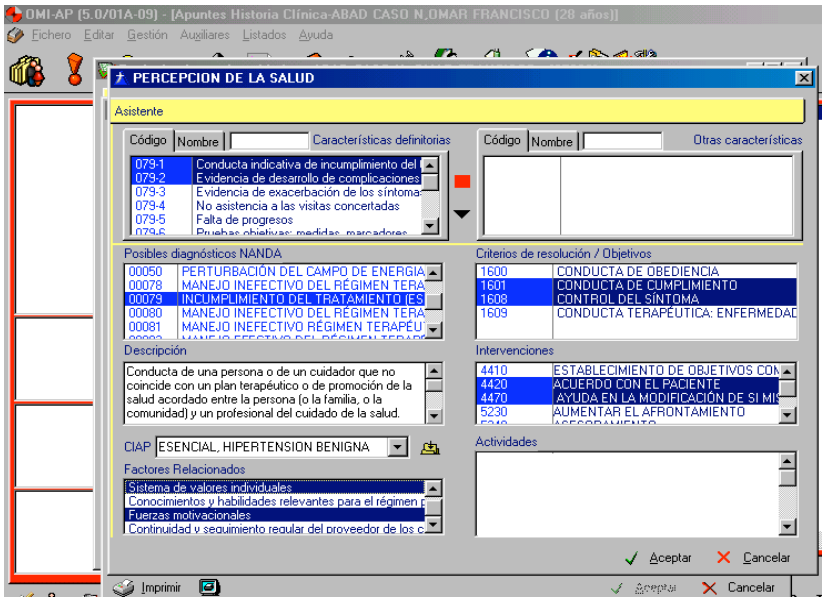
**Describe estrategias para eliminar estilos de vida insano**
**Realiza automonitorización**
**Utiliza los servicios sanitarios de forma congruente**

***Intervenciones:***

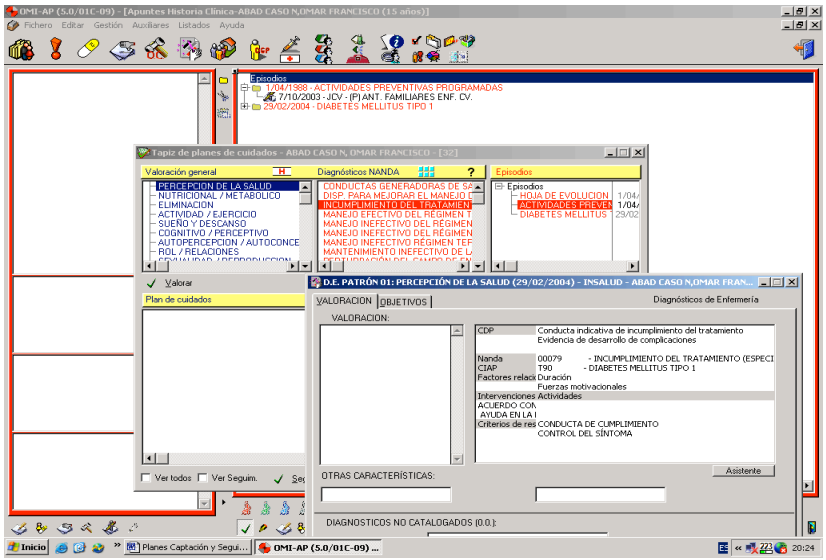
**Apoyo en la toma de decisiones; Educación Sanitaria**

**Cinco citas bibliográficas.-**


- ✓ DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS DE LA N.A.N.D.A. Definiciones y Clasificación 2003/2004. Edit. Harcourt 2003
- ✓ Jonson, Bulechek, McCloskey, Maas & Moorhead, NURSING DIAGNOSIS OUTCOMES AND INTERVENTIONS, NANDA,NOC and NIC linkages, Editorial: Harcourt/Mosby, USA 2001.
- ✓ PROYECTO DE INTERVENCIONES DE IOWA. CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC), 3° Edic. Editorial Harcourt. Edición española 2001.
- ✓ PROYECTO DE RESULTADOS DE IOWA. CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC),, 2ª Edic., Harcourt. Edición española 2001.
- ✓ INSALUD, Subdirección General de Atención Primaria. Área de Evaluación y Seguimiento.“MANUAL PRÁCTICO. APLICACIÓN PLANES DE CUIDADOS CARTERA DE SERVICIOS”. Madrid, 2001.

V SIMPOSIUM
INTERNACIONAL DE
DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMERÍA




**Innovación en el proceso de cuidar: conjunción de herramientas y saber.**
**Valencia – 13 y 14 de mayo de 2004**

V Simposium Internacional de Diagnósticos de Enfermería
Palau de Congresos de Valencia
13 y 14 de mayo de 2004

**Título:** Plan de cuidados integrando NANDA/NOC/NIC en un paciente de atención domiciliaria

**Autor/es: Carretero. I, Garcia. N, Piera, G. DUE comunitarias. Torres, S. Trabajadora social. Catalan, M. Médico de familia. EAP Casanovas, Consorci d'Atenció Primària de Salut de l'Eixample. Barcelona.**

**Dirección: C/Rossell 161, 1ª planta 08036 Barcelona**
**Teléfono: 932279816**
**Correo Electrónico: gpiera@ya.com / ngarcia@clinic.ub.es**

**RESUMEN:**

**1.- Sinopsis:**
**Mujer de 87 años. Según la valoración por necesidades detectamos las siguientes manifestaciones de dependencia: inestabilidad postural para la ejecución de las ABVD. Incapacidad para realizar las transferencias y movilizaciones. Movimientos descoordinados. Limitación en la amplitud de movimientos. Incapacidad para girarse en la cama. Cambios en las tareas asignadas y la efectividad con la que se realizan. No participación en la solución de problemas. Apatía. Agitación. Desconocimiento por parte de la CP sobre la suplencia en las ABVD.**

**2.- Valoración por parte de enfermería, medicina de familia y trabajo social.**
**Enfermera comunitaria: Valoración geriátrica integral, basada en el modelo conceptual de Virginia Henderson, y en diversas escalas de valoración: Barthel, Braden, Minimental test LOBO, Mininutricional test, escala de Yesavage.**

**3.- Diagnósticos:**
**Enfermeros NANDA:**

1. **Deterioro de la movilidad física**
2. **Conocimientos deficientes sobre los cuidados para satisfacer las ABVD**
3. **Interrupción de los procesos familiares**

**Médico: AVC con secuelas de hemiparesia izquierda.**
**Social: familia con sobrecarga física/psíquica y alteración de la dinámica familiar**

**4.- Resultados NOC:**

1. **Cuidados personales: AVD**
2. **Conocimientos: conductas sanitarias**
3. **Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas**
4. **Normalización de la familia**
5. **Preparación del cuidador familiar domiciliario**
6. **Conocimientos: recursos sanitarios**
7. **Soporte social**

**5.- Intervenciones NIC:**
**Educación sanitaria**
**Derivación**
**Cuidados del paciente encamado**
**Estimulación de la integridad familiar**

**6.- Evaluación de los NOC con la escala likert pasados tres meses:**

1. **Dependiente, no participa (1)- requiere ayuda personal y de dispositivos (2)**
2. **Ninguno (1) – sustancial (4)**
3. **Intensa (1) – moderada (3)**
4. **Nunca manifestada (1) – con frecuencia manifestada (4)**
5. **Ninguna (1) – moderada (3)**
6. **Ninguna (1) – extenso (5)**

**Ninguna (1) – extenso (5)**

V SIMPOSIUM INTERNACIONAL DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

# PACIENTES TERMINALES: ANÁLISIS DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA ELEGIDOS Y PROPUESTA DE PLAN DE CUIDADOS.

**Rosa Fernández Grande**
Unidad Hospitalización Domicilio. Hospital Marina Alta. Dènia (Alicante)

**Innovación en el proceso de cuidar: conjunción de herramientas y saber.**
**Valencia – 13 y 14 de mayo de 2004**

**Las enfermeras la Unidad de Hospitalización a Domicilio (UHD) del Hospital Marina Alta de Dènia elaboran informes tras el fallecimiento de los pacientes que reciben cuidados paliativos hace 14 años. Estos informes contienen un resumen de los problemas identificados y de las actividades aplicadas. Las características de este proceso son similares y por tanto, los informes de enfermería coinciden con frecuencia en el tipo de patología, los problemas enfermeros identificados y las actividades aplicadas. Es por eso que nos preguntamos si es posible estandarizar los cuidados básicos que generan actualizando la realización del informe, en base al uso de un lenguaje común revisado en forma de plan de cuidados estandarizado.**

Objetivos

**Conocer tipo de pacientes que han fallecido en la Unidad.**
**Identificar los diagnósticos de enfermería (DE) elegidos en los informes de enfermería y evaluar el lenguaje enfermero empleado.**
**Proponer plan de cuidados estandarizado según la revisión de los existentes y los resultados obtenidos.**

Material y método

**Descriptivo y retrospectivo.**
**Revisión de 52 informes de éxitus realizados por las enfermeras de la Unidad.**
**Periodo: Desde abril del 99 a abril de 00.**
**Variables estudiadas:**
**Cuantitativas**
- ***Género y edad.***
- ***Procedencia.***
- ***Nº de enunciados enfermeros emitidos***
- ***Diagnósticos médicos.***

**Cualitativas**

- ***Etiqueta diagnostica***
- ***Etiología***
- ***Patrones de Salud***
- *Valoración:*

Criterios de valoración:
***Correctos*: Enunciados con problema, nexo y etiología incluidos dentro de la taxonomia NANDA.**
***Mejorables*: DE con alguna parte errónea, problema identificado o etiología erróneos.**
***Incorrectos*: Las dos partes del DE incorrectas: diagnósticos médicos en formato PES, etiquetas diagnosticas inventadas, problemas de salud o miscelánea.**
Resultados
**El número de hombres supera ampliamente el de mujeres y los picos de edad se sitúan entre los 60 y 80 años.**
**En la procedencia de los pacientes se manifiesta la naturaleza de los proveedores habituales de este tipo de pacientes (Hospital de Día, Programa de Crónicos, Plantas de Hospitalización y en menor medida Urgencias y otros).**
**Del total de informes estudiados se retiraron 16 por encontrar en su redacción relato de síntomas sin identificación de problemas enfermeros aunque contuvieran actividades. A partir de aquí se trabaja con los 36 informes restantes.**
**La patología prevalente fue la enfermedad oncológica. Con 33 personas con cánceres (pulmón y aparato digestivo) y otros 3 casos repartidos en Insuficiencia Cardiaca, Enfermedad Alzheimer y Síndrome de Guillaim-Barré.**
**Se identificaron, en estos informes, 90 enunciados diagnósticos, con una media por informe de 2-3 problemas con un máximo de 5 y un mínimo de 1.**
**En la frecuencia de DE se obtiene la siguiente lista:**

**-Alteración del bienestar o dolor: 35**
**-Alteración de la eliminación: estreñimiento: 14**
**-Alteración o riesgo de la integridad piel: 10**
**-Déficit de conocimientos: 8**
**-Incapacidad autocuidado: 8**
**-Deterioro movilidad: 5**
**-Resto, solo 1 vez por diagnostico.**

**El patrón mas afectado es el cognitivo perceptivo ya que este patrón describe los comportamientos sensorioperceptuales y cognitivos; a continuación el de actividad ejercicio que incluye requerimientos para las actividades de la vida diaria. Después el nutricional que hace referencia a las necesidades metabólicas y a las condiciones de la piel y mucosas. Y finalmente eliminación, autopercepción, afrontamiento y rol.**

**La validez de los problemas identificados por patrones resulta con una distribución interesante ya que son los patrones de predominio emocional y de relación es donde se encuentran más DE incluidos en la taxonomia de referencia (autopercepcion, afrontamiento y rol/relaciones), después eliminación y por último los de más dominio físico con mayor número de errores de lenguaje.**

**La valoración global de los 90 diagnósticos estudiados fue de correcta en 15 de ellos, es decir se describían con lenguaje de la taxonomia y se relacionaban con etiología que determina las actividades dirigidas a la desaparición, reducción o control del problema. Se valoraron como mejorable 34 por errores fundamentalmente con el registro de la etiología e incorrectos 41 por contener descripciones propias, inventadas, síntomas y diagnósticos circulares.**

**De los resultados obtenidos y de la consulta de planes de cuidados para pacientes terminales se inicia un proceso de elaboración de plan de cuidados donde se proponen estos DE para su posible identificación.**

- **Dolor**
- **Déficit de conocimientos**
- **Intolerancia a la actividad**
- **Deterioro de la movilidad**
- **Alteración de la nutrición por defecto**
- **Alto riesgo de infección**
- **Hipertermia**
- **Deterioro de la integridad cutánea ó riesgo de deterioro**
- **Alteración mucosa oral**
- **Deterioro de la deglución**
- **Estreñimiento**
- **Incontinencia fecal/urinaria**
- **Déficit de autocuidados**
- **Ansiedad**
- **Temor**
- **Trastorno de la imagen corporal**
- **Trastorno de la autoestima**
- **Desesperanza**
- **Duelo disfuncional**
- **Afrontamiento individual inefectivo**
- **Alteración de los procesos familiares**

<u>Conclusiones</u>

- ✓ **La procedencia, edad y género se corresponden con las características de la Unidad y otros estudios en nuestro medio.**
- ✓ **La patología encontrada se ajusta a la morbimortalidad y características de la Unidad**
- ✓ **Aparece un alto porcentaje de informes que carecen de diagnósticos. Esta circunstancia se debe al corto espacio de tiempo (24-48 h.) entre la captación y el**

**fallecimiento; lo que dificulta la planificación de objetivos y redacción de problemas.**

- ✓ **La frecuencia y la media de diagnósticos por informe permite estandarización que supondría agilización en los registros y facilitaría la elección de cuidados homogéneos. para problemas de dolor, eliminación o en la piel que se dan como los más frecuentes.**
- ✓ **La mitad de los diagnósticos emplean un lenguaje correcto o mejorable, sería oportuno tratar de corregir las deficiencias detectadas en el resto de diagnósticos.**
- ✓ **Se debe acudir a taxonomías reconocidas para evitar disparidad de lenguaje y facilitar estudios de mejora de cuidados.**
- ✓ **Es necesario ajustarse al concepto de etiología para DE ya que dirigirán las actividades a la solución de problemas.**
- ✓ **El patrón perceptivo/cognitivo resulta muy afectado por la frecuencia de dolor seguido de los de más implicación física. Hay una escasa emisión de diagnósticos del área emocional/comunicación pero su elaboración resulta correcta.**
- ✓ **Se llega al acuerdo de elegir un plan de cuidados estandarizado ajustando valoraciones y diagnósticos a los patrones de salud propuestos por Gordon y con taxonomía NANDA adaptada por autores españoles.**

Bibliografía

**Diagnósticos de Enfermería.** Teresa Luis**. Doyma**
**Proceso y Diagnostico de Enfermería.** Patricia Iyer**. Interamericana**
**Diagnostico de enfermería.** Judith Carlson. **Pirámide**
**Diagnósticos enfermería.** Linda Carpenito**. Interamericana**
**Revistas:**

- **Enfermería Clínica nº 4**
- **Metas enfermería nº 22**
- **Enfermería Científica nº 131**
- **Enfermería Oncológica año 99**
- **Manual funcionamiento Hospitalización Domicilio. Hospital Marina Alta.**

V SIMPOSIUM INTERNACIONAL DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

# EVALUACIÓN DEL PLAN DE CUIDADOS DE UN PROGRAMA DISEÑADO PARA LA ATENCIÓN DOMICILIARIA DE ENFERMERIA.

Juan Roldan Merino, Jordi Quílez Jover, Manel Montserrat Martínez, Matías Zamora Rodríguez, Ángeles Santos Barrero, Pilar Farreras Casas, Alexandrina Foix Sanjuán, Yolanda Osorio López, Antonio Vaquerizo Cubero.

C/ Dr. Antonio Pujadas Nº 42 Sant Boi de Llobregat (Barcelona) 08830
936002695
jroldan@sjd-ssm.com

Sant Joan de Déu - Serveis de Salut Mental.
Sant Boi de Nob.
C/ Dr. Antonio Pujadas Nº 42
08830 Barcelona.

Introducción

La finalidad de esta comunicación es presentar los resultados del primer año de los planes de cuidados del estudio de un programa de visita domiciliaria en enfermería, que ha sido financiado por la fundación de la Maratón de la TV3 y por el fondo de investigación sanitario del instituto Carlos III con un importe total de 60.000 €. El proyecto original fue premiado por el ministerio de sanidad y consumo al mejor proyecto de investigación presentado por las residentes de aquel año.

**Objetivos generales:**

- Evaluar el impacto de un programa de visita domiciliaria en la utilización de servicios de asistencia psiquiátrica.-

- Comparar la contención sociofamiliar a los pacientes que se le realiza un programa de visita domiciliara con enfermos a los que no se les realiza el programa.

**Objetivos específicos:**

- Determinar el consumo de recursos de cada grupo del estudio.

- Comparar la capacidad de autonomía entre los pacientes a los que se ha realizado el programa y los que no.

- Comparar la carga familiar en cada uno de los grupos.

- Evaluar la utilización de un plan de cuidados especifico para atención domiciliaria en salud mental en el grupo intervención del proyecto.

**Diseño:**

Estudio experimental de intervención con asignación aleatoria con un grupo control.

**Lugar de estudio:**

El estudio se está realizando en los Centros de Salud Mental de adultos de Cornellà y Espulgues, que atienden a una población adulta de 66.529 y 67.772 habitantes respectivamente, en la zona del Baix Llobregat del área metropolitana de Barcelona.

**Población de estudio:**

Muestra aleatoria de sujetos de ambos sexos, con edades comprendidas entre los 18 y los 65 años, diagnosticados de Tr. Esquizofrénicos, en contacto con el CSM. (50 pacientes grupo control y 50 intervención).

Se excluyen aquellos sujetos que carezcan de familia o alguna persona de referencia y apoyo y/o que no acepten participar en el programa, si existe trastorno primario de lesión cerebral orgánica y aquellos sujetos que aun cumpliendo con los criterios de inclusión no acepten participar en dicho programa.

**Métodos:**

En un primer momento se realizó un listado de las personas que se visitaban en ambos centros y que estaban afectos de un Tr. Esquizofrénico, con el propósito de excluir pacientes con trastorno primario de lesión cerebral orgánica.

Acto seguido se excluyó a los pacientes con edades superiores a 65 años. Una vez realizada la selección, se cribó paciente por paciente, con ayuda del equipo asistencial, para descartar a los sujetos que no tuvieran familia o persona de referencia.

Finalizados los filtros, se obtuvo un listado definitivo, y se les planteó al 100% de los sujetos la participación en dicho estudio. Esta propuesta se efectuó mediante una entrevista realizada conjuntamente con el psiquiatra o enfermero de referencia y la persona (enfermero) que realiza el estudio, en la cual se explicaba en que consistía el estudio, se firmaba el consentimiento y acto seguido se procedía a la asignación aleatoria del grupo.

A los sujetos de los dos grupos se les citó en una segunda entrevista con los familiares para recoger las características descriptivas, pasar el cuestionario de carga familiar a la familia o persona de referencia, el cuestionario de calidad de vida, el cuestionario de actividades básicas de la vida diaria (Índice de Katz), y el cuestionario de actividades instrumentales (escala de Lawton & Brody).
Al finalizar esta segunda entrevista se concretó con los sujetos del grupo intervención la primera visita domiciliaria, y a los sujetos del grupo control se les invitó a participar en otra entrevista al finalizar el estudio de investigación.

A partir de aquí el grupo control ha seguido con su tratamiento habitual, y el grupo intervención a demás del tratamiento habitual sigue con una abordaje domiciliario realizada por un enfermero con una frecuencia mensual durante 12 meses.
A cada sujeto del grupo intervención se le ha aplicado un plan de cuidados de enfermería el cual está comprendido dentro del marco conceptual de Sant Juan de Dios. A nivel funcional se está trabajando la valoración de enfermería por patrones funcionales de M. Gordons (adaptados a Salud Mental), diagnósticos enfermeros (NANDA), intervenciones de enfermería NIC y resultados de enfermería NOC.

En un marco de valores como el de Sant Joan de Déu, la defensa de una practica asistencial basada en la dignidad de la persona y en las múltiples causas de su sufrimiento, representa un posicionamiento que, recogiendo todos los progresos científicos y técnicos, asume un compromiso de humanización sin el cual no tendría sentido nuestra tarea.

Una práctica asistencial basada en estos valores seria:

1. Mejorar la atención entendiendo que nuestra finalidad es la autonomía la dignidad y la salud integral de las personas.
2. Potenciar la pluridisciplinariedad y la integración de los equipos.
3. Mejorar los recursos y las oportunidades sociales y laborales de nuestros usuarios.
4. Abrirnos a la participación y el compromiso de otras personas y del voluntariado.
5. Garantizar la atención espiritual de acuerdo a un programa de trabajo compartido.
6. Sensibilidad por los grupos marginales.
7. Preocupación por el trato humano, por los derechos y obligaciones de los usuarios en tanto que son ciudadanos.
8. Reflexión sobre los valores éticos que acompañas la practica asistencial.
9. Compromiso en cuanto a investigación y docencia.

10. Entender la organización como una red viva que nos relaciona y nos compromete en un proyecto compartido.

**Desde el año 2000 Sant Juan de Dios - Servicios de Salud mental, informatizó toda la historia clínica.**
**Este hecho provocó la necesidad de unificar criterios para la practica enfermera ya que hasta ese momento no existía un instrumento común para todo el colectivo de enfermería.**
Inicialmente se consensuó un instrumento de valoración de enfermería utilizando los patrones funcionales de M.Gordons adaptándolos a salud mental.

En una segunda fase se introdujo la clasificación diagnostica de NANDA y la clasificación de intervenciones de enfermería NIC.
Se asociaron los diagnósticos más frecuentes en salud mental para cada patrón. Dejando abierta la posibilidad de acceder a toda la clasificación en caso de necesidad.
En el caso de las intervenciones se priorizaron las más adecuadas para cada diagnostico teniendo en cuenta su utilización en salud mental.

Este estudio de investigación es la primera experiencia practica utilizando el plan de cuidados informatizado, dado que en el ámbito comunitario y sobretodo en el domiciliario la ausencia de un plan de cuidados estandarizado para enfermería dificultaba tanto la práctica, como el registro de las actuaciones en si.
Su utilización actual esta permitiendo un mejor registro de las actuaciones de enfermería y una mejora en cuanto a la práctica enfermera ya que utiliza un lenguaje común basándose en criterios diagnósticos consensuados.

Una vez finalizado el estudio esta experiencia nos permitirá valorar por un lado banda si este instrumento de valoración es útil para la práctica diaria de enfermería y por otro lado valorar la eficacia de las actuaciones llevadas a cabo mediante la utilización de la clasificación de resultados NOC.

**Resultados:**

Se han incluido 94 pacientes(47 grupo intervención y 47 grupo control). En los 47 pacientes del grupo intervención observamos:

Los patrones más frecuentemente alterados son:

- El 87,23 % de los pacientes tienen alterado el Patrón 7: Cognitivo / Perceptivo. (41 pacientes)
- El 61,7 % de los pacientes tienen alterado el Patrón 3: Nutricional / metabólico. (29 pacientes)
- El 65,9 % de los pacientes tienen alterado el Patrón 2: Percepción de la salud / cuidado de la salud. (31 pacientes)
- El 65,9 % de los pacientes tienen alterado el Patrón 5: Actividades / ejercicio. (31 pacientes)
- El 19 % de los pacientes tienen alterado el Patrón 9: Rol / relaciones. (9 pacientes)
- El 6,38 % de los pacientes tienen alterado el Patrón 2: Percepción de uno mismo. (3 pacientes)
- El 2,12 % de los pacientes tienen alterado el Patrón 2: Eliminación. (1 paciente)

Los diagnósticos de enfermería y sus intervenciones más frecuentes son:

- Diagnóstico:
  - Procesos alterados del pensamiento. (41 pacientes) 87,23%.
- Intervención:
  - Actuación ante ideas ilusorias. (41 pacientes) 87,23%.

- Diagnóstico:
  - Alteración de la nutrición por exceso. (26 pacientes) 55,3%.
- Intervención:
  - Asesoramiento nutricional. (26 pacientes) 55,3%.
  - Control de la nutrición. (26 pacientes) 55,3 %.
  - Control del peso (1 paciente) 2,12 %.

- Diagnóstico:
  - Déficit de actividades recreativas. (24 pacientes) 51 %.
- Intervención:
  - Fomento del ejercicio. (16 pacientes) 30%.

- Terapia entretenimiento (4 pacientes). 8,5 %.
- Facilitar responsabilidad propia. ( 4 pacientes). 8,5%.
- Terapia activa ( 3 pacientes). 6,38%.
- Potenciación de la autoestima ( 2 pacientes). 4,25%.

- Diagnóstico:
  - Mantenimiento de la salud alterado. (18 pacientes) 38,29 %.
- Intervención:
  - Prevención de sustancias nocivas. (15 pacientes) 31,9 %.
  - Facilitar la responsabilidad propia. (3 pacientes) 6,3 %.

- Diagnóstico:
  - Déficit de autocuidado baño/higiene. (13 pacientes) 87,23%.
- Intervención:
  - Facilitar responsabilidad propia. (9 pacientes). 19,14%.
  - Mantenimiento de la salud bucal. (7 pacientes). 14,8%.

- Diagnóstico:
  - Alteración en el desempeño del rol. (6 pacientes) 12,76%.
- Intervención:
  - Potenciación de la autoestima. (6 pacientes) 12,76%.

- Diagnóstico:
  - Mantenimiento del hogar alterado. (4 pacientes) 8,51%.
- Intervención:
  - Asistencia en el mantenimiento de la casa. (3 pacientes). 6,38%.
  - Facilitar la responsabilidad propia. (1 paciente). 2,12%.

- Diagnóstico:
  - Trastorno de la autoestima. (3 pacientes) 6,3%.
- Intervención:
  - Potenciación de la autoestima. (3 pacientes) 6,3%.
  - Apoyo emocional. (1 paciente) 2,12%.

- Diagnóstico:
  - Alteración de la nutrición por defecto. (3 pacientes) 6,3%.

- Intervención:
  - Asesoramiento nutricional. (3 pacientes) 6,3%.
  - Control de la nutrición. (3 pacientes). 6,3%.

- Diagnóstico:
  - Alteración de los procesos familiares. (2 pacientes) 4,25%.
- Intervención:
  - Apoyo a la familia. (2 pacientes) 4,25%.

- Diagnóstico:
  - Afrontamiento familiar ineficaz: comprometido. (2 pacientes) 4,25%.
- Intervención:
  - Implicación familiar. (2 pacientes) 4,25%.
  - Apoyo a la familia. (1 paciente) 2,12%.

- Diagnóstico:
  - Exceso de volumen de líquidos. (1 paciente) 2,12%.
- Intervención:
  - Control de líquidos 2. (1 paciente) 2,12%%.

- Diagnóstico:
  - Riesgo de intolerancia a la actividad. (1 paciente) 2,12%.
- Intervención:
  - Potenciación de la autoestima. (1 paciente) 2,12%.

- Diagnóstico:
  - Intolerancia a la actividad. (1 paciente) 2,12%.
- Intervención:
  - Enseñanza: ejercicio prescrito. (1 paciente) 2,12%.

- Diagnóstico:
  - Deterioro de la interacción social. (1 paciente) 2,12%.
- Intervención:

- Potenciación de la socialización. (1 paciente) 2,12%.

- Diagnóstico:
  - Riesgo de estrés en el desempeño del rol del cuidador. (1 paciente) 2,12%.
- Intervención:
  - Apoyo a la familia. (1 pacientes) 2,12%.

**Conclusiones:**

- En la actualidad ya se puede observar que la utilización de un plan de cuidados en el abordaje domiciliario facilita la práctica y el registro de enfermería.

- La utilización de planes de cuidados nos permite recoger los diagnósticos y actuaciones que realiza enfermería a nivel domiciliario.

- Dicho registro nos ha permitido observar un conjunto de diagnósticos principales o más frecuentemente alterados en los pacientes con patología mental.

- Tras hacer un análisis de los diagnósticos más frecuentemente alterados se observa la relación directa entre alteración en el estado psicopatologico con la alteración en los patrones de autocuidados en general, sobretodo en los patrones básicos como higiene, alimentación y relacional.

- Las actuaciones de enfermería deben ir dirigidas hacia dos objetivos. Por un lado el control y seguimiento del estado psicopatologico y uso de tratamiento farmacologico y por otro lado a la rehabilitación o reestructuración de los hábitos alterados.

V Simposium Internacional de Diagnósticos de Enfermería
Palau de Congresos de Valencia
13 y 14 de mayo de 2004

**Título:** DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA ESENCIALES EN CUIDADOS PALIATIVOS PARA LA ELABORACION DE PLANES DE CUIDADOS ESTANDARIZADOS.

**Autor/es: Antonio Gómez Chica*. Maite Mejías Fernández*.Diego Prados Peña**. (DUE* y Supervisor Enfermería**. Unidad de Oncología y Cuidados Paliativos. HU San Cecilio. Granada).**
**Dirección: C/ Príncipe Felipe, 1. Portal 7-3ºB. 18220. Albolote. Granada**
**Teléfono: 615252404**
**Correo Electrónico:achica6@hotmail.com**

**RESUMEN**

**INTRODUCCIÓN.**

**En la elaboración de planes de cuidados estandarizados es preceptivo el conocimiento de los Diagnósticos Enfermeros presentes y más prevalentes en la situación de salud-enfermedad considerada. En el caso concreto de los cuidados paliativos, y por tanto del enfermo, y su familia, en situación de enfermedad terminal (en sus distintas fases, que podíamos denominar estabilizada, avanzada, final, muerte y duelo), nos encontramos que las propuestas que desde algunos trabajos se nos hacen de los Diagnósticos más prevalentes, suponen un gran número que dificultan, si no hacen inviable o al menos inoperante, la elaboración con los mismos de un Plan de Cuidados Estandarizado. Esta circunstancia es debido a las características propias del paciente y su familia en situación de enfermedad avanzada terminal, donde confluye una muy amplia, diversa y cambiante problemática de salud, multicausal y multidimensional, tanto en el enfermo como en su familia. Así, en el intento de estandarizar un plan de cuidados, parece preciso identificar de entre los diagnósticos enfermeros más prevalentes, los que podíamos calificar como ESENCIALES. Y para ello se propone a través de esta comunicación una posibilidad, y es la de concluir partiendo de los objetivos básicos reconocidos y consensuados en Cuidados Paliativos, haciéndolos corresponder con Resultados Enfermeros Esperados y concluyendo con los Diagnósticos NANDA relacionados, según se establece en la Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE o NOC).**

**OBJETIVOS.**

1. **Identificar los Diagnósticos de Enfermería ESENCIALES en el proceso que supone una situación de enfermedad terminal.**
2. **Elaborar a partir de los mismos Plan de Cuidados Estandarizado en Cuidados Paliativos.**

**MATERIAL Y METODO.**

- **Revisión y consulta de material general de Cuidados Paliativos.**
- **Revisión y consulta de material específico de Enfermería en CP.**
- **Revisión y consulta de material general de Diagnósticos de Enfermería.**
- **Revisión y consulta de material específicos de Diagnósticos de Enfermería en CP.**
- **Revisión y consulta de experiencias y propuestas de Planes de Cuidados en situación de enfermedad avanzada y/o terminal.**
- **Revisión y consulta de las Taxonomía II NANDA; Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE-NIC); Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE-NOC).**

**CONCLUSIONES.**

**- La elaboración de un Plan de Cuidados Estandarizado en Cuidados Paliativos conlleva la dificultad derivada del gran número de Diagnósticos Enfermeros presentes y prevalentes en la enfermo en situación de enfermedad terminal y su familia.**
**- Su elaboración para por identificar los que podíamos denominar Diagnósticos Enfermeros ESENCIALES en el proceso que suponen los Cuidados Paliativos.**
**- Una posibilidad de identificar estos Diagnósticos, es la de concluir partiendo los objetivos consensuados como básicos en CP, haciéndolos corresponder con Resultados Enfermeros Esperados y Diagnósticos NANDA relacionados.**

V SIMPOSIUM INTERNACIONAL DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

# INICIATIVA PARA LA MEJORA DE LA ATENCIÓN DOMICILIARIA: VALORACIÓN DE ENFERMERIA DEL PACIENTE EN ATENCIÓN DOMICILIARIA: DEL PROYECTO A LA PRACTICA

**Alonso Gallegos, A.; Cardona Gómez, J.V.; Costa Ferrer, E.; Dasí García, M.J.; Guirao-Goris, A.; Soler Leyva,P.**

Grupo Elaboración de Mejoras
Metodología de Cuidados.
Conselleria de Sanitat

guirao_jos@gva.es

INTRODUCCIÓN:

Dentro de la línea de gestión de conocimientos y en el área de normalización de los instrumentos de la Iniciativa para la Mejora de la Atención Domiciliaria (IMAD) de la Comunitat Valenciana, que pretende potenciar la atención domiciliara coordinando todos los recursos socio-sanitarios, se ha realizado el consenso sobre la Valoración de Enfermería del Paciente en Atención Domiciliaria (AD). Esta valoración forma parte de una valoración multicliente, multidimensional y multidisciplinar.

En Noviembre del 2001 se informo a las Direcciones de las Áreas seleccionadas para participar en el Proyecto de Atención Domiciliaria, como objetivo primordial de trabajo en la Comunidad Valenciana.

En Enero del 2002 se realizaron grupos nominales con informadores-clave, de las distintas áreas implicadas, con distintos profesionales que intervienen en la Atención Domiciliaria, en los que se detectó problemas para el desarrollo de este tipo de atención y la necesidad de mejorar la Atención Domiciliaria de nuestra Comunidad.

Uno de los problemas que se detectaron en los grupos nominales fue la falta de desarrollo de Metodología de Enfermería dentro de la Conselleria de Sanitat de la Comunidad Valenciana, formándose un grupo de trabajo de enfermeras con experiencia en Atención Primaria y Unidades de Hospitalización a Domicilio, que constituye el Grupo de Elaboración de Mejora de Metodología de Enfermería (GEMMAD). Todos los miembros del grupo consideran que la Atención Domiciliaria es un servicio que implica a todo un equipo asistencial (Equipos de Atención Primaria, Unidades de Hospitalización a Domicilio, Cuidadores, Residencias, Ayuda Domiciliaria, Voluntariado...) donde el profesional de enfermería es el responsable de garantizar la continuidad de cuidados, en estrecha colaboración con el resto del equipo, debe marcar pautas a seguir en la planificación de los cuidados domiciliarios entendiendo al usuario y cuidador los ejes sobre quien gira la atención, fijando objetivos para su posterior evaluación de los resultados de salud. Esto solo se puede llevar a cabo con la implantación progresiva de la utilización de la Metodología de Enfermería.

OBJETIVOS DEL GRUPO

Desarrollar la documentación de enfermería necesaria, orientada a la valoración y seguimiento del paciente en Atención Domiciliaria, utilizando la metodología enfermera.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Consensuar el Modelo de Enfermería a utilizar en el Proceso Atención Enfermería en Atención Domiciliaria.
2. Unificar la terminología.
3. Elaborar el modelo de Valoración de Enfermería en Atención Domiciliaria.
4. Seleccionar escalas validadas que apoyen la valoración enfermera.
5. Identificar las categorías Diagnósticas de Enfermería de la Taxonomía NANDA que se vayan a utilizar en el ámbito de la Atención Domiciliaria.
6. Seleccionar las Intervenciones y actividades más frecuentes que se vayan a utilizar en el ámbito de la Atención Domiciliaria.
7. Elaborar los soportes de valoración y de seguimiento enfocados a su informatización en Abucasis II.
8. Elaborar los manuales de utilización e interpretación.
9. Identificar barreras previsibles y recomendar soluciones.

METODOLOGÍA:

El GEMMAD decidió entre todas las propuestas metodológicas de Valoración de Enfermería y después de llevar a cabo una exhaustiva revisión bibliográfica, y a partir de la evidencia científica, la experiencia profesional y el conocimiento de los miembros del Grupo, por unanimidad, se determina qué son los Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon (1982), la herramienta de valoración pertinente para

aplicar al paciente y al cuidador en la Atención Domiciliaria, apoyándose en los siguientes criterios:

1. Es el más extendido en el territorio nacional.
2. Se puede utilizar con independencia del modelo de enfermería a aplicar.
3. Está relacionado con los Diagnósticos de Enfermería de la taxonomía NANDA por lo que favorece la aplicación del proceso de cuidados de enfermería tanto en la historia de salud en papel como en la electrónica (Abucassi II).
4. Proporciona un valoración sistemática de datos objetivos y subjetivos del paciente y cuidador principal que favorece el conocimiento de la situación desde una esfera integral (bio-psico-social). Además permite la introducción de las distintas escalas de valoración multidimensional adaptando a cada patrón y posibilitando una valoración del paciente y cuidador integrada y multidimensional.

Los Patrones Funcionales de Salud permiten valorar y conocer el patrón de funcionamiento habitual del individuo, común al resto de personas, así como cualquier alteración o disfunción de los mismos.

El propósito de la valoración inicial es evaluar el estado de salud de un paciente, identificando cualquier patrón disfuncional que pueda presentar un problema y poder establecer la relación terapéutica de ayuda.

Los patrones funcionales descritos por Gordon son los siguientes:

Patrón nº1. Percepción-manejo de la salud: Describe el patrón de salud y bienestar percibido por el individuo y / o cuidador principal o familia y como maneja su salud.

- Incluye la percepción del individuo y / o cuidador principal o familia de su estado de salud.
- Incluye la importancia que tiene para el individuo y / o cuidador principal o familia sobre las actividades que realiza en la actualidad en el cuidado de su salud y en la planificación futura.
- Incluye los comportamientos de cuidados de salud que tiene el individuo y / o cuidador principal o familia sobre su salud, medidas preventivas, hábitos tóxicos, tratamiento y seguimiento de cuidados.

Patrón nº2. Nutricional-metabólico: Describe los patrones de consumo de alimentos y líquidos con relación a las necesidades metabólicas, los patrones de provisión restringida de nutrientes ( dietas)

- Incluye intolerancias alimentarías, así como hábitos, y costumbres en la dieta (horas, tipos, cantidad de alimentos y líquidos, preferencias, uso de suplementos)
- Incluye el estado de la piel y mucosas, pelo, uñas, dientes y la capacidad general de cicatrización. Medidas de la temperatura corporal, altura y peso.
- Este patrón esta muy relacionado con el de ACTIVIDAD-EJERCICIO y el de AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO.

Patrón nº3. Eliminación: Describe los hábitos de eliminación intestinal, urinaria y cutánea así como los cambios detectados (frecuencia, cantidad, características) y utilización o no de medidas auxiliares (sondaje, absorbentes, colectores..).

- Incluye los cambios detectados (frecuencia, cantidad, características).
- Incluye la utilización o no de medidas auxiliares (sondaje, absorbentes, colectores..,) y el uso sistemático de laxantes.
- Si procede, se incluye el patrón de eliminación de residuos tanto familiar (donde se ubican los desechos como indicadores de riesgo para la aparición de roedores moscas y mosquitos, etc.) como comunitario (eliminación de residuos, polución del aire)

Patrón nº4. Actividad-ejercicio: Describe el patrón de actividad, ejercicio, tiempo libre y ocio.

- Incluye la actividad física de la vida diaria como higiene, cocinar, comprar, comer, trabajar y mantenimiento del hogar.
- Incluye el tipo, la cantidad y la calidad del ejercicio teniendo en cuenta la ocupación laboral, así como las actividades de ocio.
- Incluyen los factores que interfieren con el patrón deseado o esperado por el individuo (déficit neuromuscular, diseña, riesgos cardiopulmonares).

Patrón nº5. Sueño-descanso: Describe el patrón de sueño y descanso de un individuo.

- Incluye los patrones del sueño y los periodos de descanso-relax a lo largo de las 24 horas del día.
- Incluye la percepción de la calidad y la cantidad de sueño y descanso y la percepción del nivel de energía.
- Incluye las ayudas para dormir como las medicaciones o la rutina empleada a la hora de acostarse.

Patrón nº6. Cognitivo-perceptivo: Describe los patrones sensorio-perceptuales y cognitivos.

- Incluye la adecuación de los órganos de los sentidos, como la vista, el oído, el gusto, el tacto o el olfato, y la compensación o prótesis utilizada para hacer frente a los trastornos.
- Incluye las manifestaciones de percepción del dolor y como se trata éste
- Incluye la descripción de las habilidades cognitivas funcionales, como el lenguaje, la memoria, el juicio y la toma de decisiones.

Patrón nº 7 Autoconcepto-autopercepción: Describe el concepto que tiene de sí mismo el individuo, como se percibe y como cree que le perciben los demás.

- Incluye las actitudes hacia uno mismo, la percepción de las capacidades (cognitivas, afectivas o físicas).

- Incluye las modificaciones de autoimagen y autoestima que se pueden presentar ante un proceso de enfermedad.
- Incluye el patrón emocional general.
- Incluye el patrón de la postura corporal y del movimiento, contacto visual y patrones de voz y de conversación.

Patrón nº8. Rol-relaciones. Describe el patrón de compromisos de rol y de relaciones, la necesidad humana de los demás y la influencia de las relaciones en el desarrollo personal y de los grupos.

- Contempla el papel que desempeña el paciente/cuidador, en sus relaciones y compromisos sociales, familiares y laborales.
- Incluye la percepción que tiene la persona, de los roles más importantes y las responsabilidades en su situación actual.
- Están incluidas tanto la satisfacción, como las alteraciones en la familia, trabajo o relaciones sociales y las responsabilidades relacionadas con estos roles.
- Este patrón está muy relacionado con el de TOLERANCIA AL ESTRÉS

Patrón nº9. Sexualidad-reproducción: Describe los patrones de satisfacción o insatisfacción de la sexualidad; describe el patrón reproductivo.

- Incluye la satisfacción percibida o las alteraciones en la sexualidad o en las relaciones sexuales.
- Incluye el estado reproductor en las mujeres, premenopausia o posmenopausia y los problemas percibidos.

Patrón nº10. Adaptación-tolerancia al estrés: Describe el patrón general de respuestas de adaptación de un individuo ante determinados acontecimientos, enfermedades, tratamientos o situaciones.

- Incluye la reserva o capacidad para resistir los cambios en la propia integridad, formas de tratar el estrés, sistemas de apoyo familiar o de

otro tipo y la habilidad percibida para controlar y dirigir situaciones ( relajación, ejercicio físico, grupos de autoayuda, medicación....).

Patrón nº11. Valores y creencias: Describe el sistema de valores y creencias (incluyendo las espirituales) que guía al individuo en sus decisiones.

- Incluye la valoración de creencias que influyen en la salud y que facilitan o entorpecen la adopción de hábitos saludables, adherencia a tratamientos.
- Incluye lo que es percibido como importante en la vida del paciente/cuidador y cualquier percepción de conflicto en los valores, creencias o expectativas relativas a la salud.
- Incluye opiniones acerca de lo que es correcto, desde el punto de vista personal.

Para favorecer la sencillez en el registro y ayuda a la valoración de enfermería, el GEMMAD ha estandarizado por consenso las preguntas pertinentes a cada patrón que permitan objetivar la normalidad o disfuncionalidad de cada patrón. Ayuda a la gestión del conocimiento para posteriormente emitir un juicio y determinar un problema de salud y/o diagnóstico enfermero.

Evidentemente, cuando se estandarizan las preguntas relativas a cada patrón no se excluyen las valoraciones focalizadas que estarán relacionadas con cada motivo de consulta y que cada enfermero realizará según su experiencia y la práctica asistencial.

La recogida de datos para la valoración de enfermería se desarrollará mediante entrevista clínica en la cual profesional y usuario entran en relación y se comunican, es algo más que un proceso técnico y mecánico de recopilación de datos.

Para mejorar y completar la valoración enfermera se aconseja la utilización de escalas o índices validados y se recomienda su periodicidad:

1.- PERCEPCIÓN-CONTROL DE LA SALUD

En caso de existir cuidador: Índice de Carga del Cuidador, Test de Zarit:

- Menor de 47: no sobrecarga.
- 47 a 55: sobrecarga leve.
- Mas de 55: sobrecarga intensa.
- Se pasara al inicio, cuando se produzcan cambios

2.- NUTRICIONAL-METABOLICO:

- Dentro de este patrón se valora la piel y mucosas y si existe riesgo de úlceras por presión se pasa Escala Norton.

Índice de 5 a 11: Muy alto riesgo de formación de ulceras.

Índice de 12 a 14: Riesgo de formación de úlceras.

Índice de 15 a 20: Mínimo riesgo.

- La escala de Norton deberá pasarse regularmente y siempre que las condiciones del paciente cambien. Al menos una vez al año.

- Nutritional Screening Initiative:

0-2: No riesgo de desnutrición: Pasar cada 6 meses.

3-5: Riesgo moderado: Pasar cada 3 meses.

6 o más: Riesgo alto: Derivación al médico.

4.- ACTIVIDAD EJERCICIO:

- Se valorará la capacidad funcional física de las actividades de la vida diaria mediante la Escala de Barthel.

Los resultados globales se agrupan en cuatro categorías de dependencia:

- Independiente: De 86 a 100
- Dependencia leve: De 85 a 60
- Dependencia moderada: De 55 a 40
- Dependencia grave: De 35 a 20
- Dependencia total: De 19 a 0.

- La capacidad funcional física de las actividades instrumentales de la vida diaria, mediante la Escala de Lawton y Brody

Independiente: 8 puntos.

Necesita ayuda: De 8 a 20 puntos.

Necesita mucha ayuda: Más de 20.

Está escala se pasará una vez al año pero si la puntuación de la Escala de Barthel es inferior a 35 no hace falta hacerlo.

6.- COGNITIVO-PERCEPTIVO

- El Test de Pffifer detecta el deterioro cognitivo del paciente.

  Puntuación normal: De 0 a 2 errores.

  Deterioro cognitivo leve: De 3 a 4 errores.

  Deterioro cognitivo moderado: De 5 a 7 errores. Patológico.

  Deterioro cognitivo importante: De 8 a 10 errores. Patológico.

- Si puntúa normal (0-2) repetir cada tres años.
- Si puntúa entre (3-4) repetir al año.
- Si puntúa (5-7) repetir al año.
- Si puntúa más de 7 no hay que repetir.

- TIN valora el área cognitiva funcional a través del cuidador principal.

8.- ROL-RELACIONES:

- Valorar los factores de riesgo social: Consultar el apgar familiar.

  0-3 Disfunción familiar grave,

  4-6 Disfunción familiar leve.

  7-10 Familia funcional

- Duke apoyo social funcional.

10.- ADAPTACIÓN-TOLERANCIA AL ESTRÉS:

- Será muy importante realizar una valoración psíquica mediante la Escala de Ansiedad-Depresión de Goldberg.

Puntuación de la escala: Puntuar por separado la de ansiedad y la depresión.

Puntos de corte: Ansiedad 3 / 4. Depresión 1 / 2.

Se considera ansiedad probable mayor o igual a 4.

Se considera depresión probable mayor o igual a 2.

Se considera caso probable de malestar psíquico cuando puntúa por encima del umbral en cualquiera de las dos subescalas o en ambas.

El GEMMAD de metodología seleccionó una lista inicial de veinte Diagnósticos Enfermeros de la Taxonomía NANDA, hasta llegar a 42 en la 5ª versión. Se han tenido en cuenta las aportaciones que realizaron los diferentes GEM de área cuando sugerían mejoras.

Para finalizar el proceso de Atención de Enfermería se seleccionan por consenso las Intervenciones y Actividades más frecuentes en Atención Primaria y UHD, que suman un total de 200 intervenciones. A continuación clasificamos los diagnósticos e intervenciones por patrones:

**Percepción- control de la salud:**

**00126. Conocimientos deficientes (especificar) p 29**

**Definición:** carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con un tema específico.

**Intervenciones**

1100 manejo de la nutrición

5624 enseñanza: sexualidad.

5622 enseñanza: sexo seguro.

5602 enseñanza: proceso de enfermedad.

5614 enseñanza: dieta prescrita.

5612 enseñanza: actividad/ ejercicio prescrito.

5616 enseñanza: medicamentos prescritos.

7140 apoyo a la familia.

5240 asesoramiento.

5480 clarificación de valores.

5604 enseñanza: grupo

**00078 manejo ineficaz del règimen terapéutico p.33**

**Definición** : patrón de regulación e integración en la vida diaria de un programa de tratamiento de la enfermedad y de sus secuelas que resultan insatisfactorias para alcanzar objetivos específicos de salud.

*Intervenciones*

4360 modificación de la conducta
4420 acuerdo con el paciente
5602 enseñanza : proceso enfermedad
5614 enseñanza: dieta prescrita
5612 enseñanza: actividad /ejercicio prescrito
5616 enseñanza: medicamentos prescritos.
5270 apoyo emocional
8190 seguimiento telefónico
5604 enseñanza: grupo
8990 concertar cita
7330 intermediación cultural

**00079 incumplimiento del tratamiento p 34**

**Definición :** conducta de una persona o de un cuidador que no coinciden con un plan terapéutico o de promoción de la salud acordado entre la persona ( o la familia, o la comunidad) y un profesional del cuidado de la salud.

*Intervenciones*

7400 guías del sistema sanitario
4420 acuerdo con el paciente
5250apoyo en la toma de decisiones
5440aumentar sistemas de apoyo
2380 manejo de la medicación
5480 clarificación de valores

**00082 manejo eficaz del regimen terapéutico p 28**

**Definición** : el patrón de regulación e integración en la vida diaria de una persona para el tratamiento de la enfermedad y de sus secuelas es satisfactorio para alcanzar objetivos específicos de salud.

*Intervenciones*

5210 guía de anticipación

7400 guías del sistema sanitario

4420 acuerdo con el paciente

4410 establecimiento de objetivos comunes

5480 clarificación de valores

**00149. Riesgo de caídas p.30**

**Definición:** aumento d la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño físico.

*Intervenciones*

6490 prevención de caídas

5486 manejo ambiental: seguridad

0222 terapia de ejercicio: equilibrio

5616 enseñanza: medicación prescrita.

00035 riesgo de lesión p.31

**Definición:** riesgo de lesión como consecuencia de la interacción de condiciones ambientales con recursos adaptativos y defensivos de la persona.

**Intervenciones**

5486 manejo ambiental seguridad

3500 manejo de presiones

2690 precauciones contra las convulsiones

6490 prevención de caídas.

**00098 deterioro del mantenimiento del hogar p.35**

**Definición:** incapacidad para mantener independientemente un entorno inmediato seguro y promotor del desarrollo.

**Intervenciones:**

8100 derivación

7180 asistencia en el mantenimiento del hogar.

5440 aumentar los sistemas de apoyo.

6486 manejo ambiental: seguridad.

7400 guías del sistema sanitario.

Nutricional- metabolico

00001 desequilibrio nutricional por exceso p.47

Definición : aportes de nutrientes que exceden las necesidades metabólicas.

*Intervenciones*

1100 manejo de la nutrición

1260 manejo del peso

0200 fomento del ejercicio

5606 enseñanza: individual

00002 desequilibrio nutricional por defectop.48

Definición : ingesta de nutrientes insuficiente para satisfacer las necesidades metabólicas.

*Intervenciones*

1030 manejo de los trastornos de la alimentación

5246 asesoramiento nutricional

1240 ayuda para ganar peso

1100 manejo de la nutrición

1260 manejo del peso

4120 manejo de líquidos

1080 sondaje nasogástrico

1870 cuidados de la sonda de gastrostomia (peg)

1056 alimentación enteral por sonda

00007 hipertermia p.40

Definición : elevación de la temperatura corporal por encima de lo normal.

*Intervenciones*

3780 tratamiento de la exposición al calor

3900 regulación de la temperatura

6680 monitorizar los signos vitales

1610 baño

4120 manejo de líquidos

00047 riesgo de deterioro de la integridad cutánea p44

Definición : riesgo de que la piel se vea negativamente afectada .

*Intervenciones*

3540 prevención de las úlceras por presión

3500 manejo de las presiones

3590 vigilancia de la piel

2316 administración medicación tópica

4070 precauciones circulatorias

1660 cuidados de los pies

0202 fomento del ejercicio : entrenamiento de extensión.

0410 cuidados incontinencia intestinal

1100 manejo de nutrición

1680 cuidado de las uñas

0740 cuidado paciente encamado

00046 deterioro de la integridad cutánea p.43

Definición : alteración de la epidermis, dermis o ambas.

*Intervenciones*

3660 cuidado de las heridas

3440 cuidado del sitio de incisión

3520 cuidado de úlceras por presión

0740 cuidados del paciente encamado

3540 prevención de úlceras por presión

1660 cuidados de los pies

4020 disminución de la hemorragia

1100 manejo de la nutrición

00103. Deterioro de la deglución p.45

Definición: funcionamiento anormal del mecanismo de deglución asociado con déficit de la estructura o función oral, faríngea o esofágica.

Intervenciones

1860 terapia de deglución.

1050 alimentación.

1056 alimentación enteral por sonda.

1100 manejo de la nutrición.

00045 deterioro de la mucosa oral p.42

Definición: alteración de los labios y tejidos blandos de la cavidad oral

intervenciones

1730 restablecimiento de la salud bucal

1720 fomentar la salud bucal

1710 mantenimiento de la salud bucal

Eliminacion

00011 estreñimiento p.60

Definición : reducción de la frecuencia normal de evacuación intestinal, acompañada de eliminación defectuosa o incompleta de heces excesivamente duras/secas.

*Intervenciones*

0450 manejo del estreñimiento / impactación

0440 entrenamiento del hábito intestinal

0430 manejo intestinal

2380 manejo de la medicación

1100 manejo de la nutrición

0200 fomento del ejercicio

0420 irrigación intestinal

4120 manejo de los líquidos

00013 diarrea p54

Definición : eliminación de heces líquidas, no formadas.

*Intervenciones*

0460 manejo de la diarrea

1260 manejo del peso

1100 manejo de la nutrición

2080 manejo de líquidos

00014 incontinencia fecal p.55

Definición : cambio en el habito de eliminación fecal normal caracterizado por la emisión involuntaria de heces.

*Intervenciones*

*0410 cuidados de incontinencia intestinal*

0440 entrenamiento del hábito intestinal

1100 manejo de la nutrición

0200 fomento del ejercicio

1750 cuidados perineales

1804 ayuda con los autocuidados :aseo

00021 incontinencia urinaria total p.57

Definición : pérdida de orina continua e imprevisible

*Intervenciones*

0620 cuidados de la incontinencia urinaria

0580 sondaje vesical

0590 manejo de la eliminación urinaria

1750 cuidados perineales

1804 ayuda con los autocuidados : aseo

00023 retención urinaria p.58

Definición : vaciado incompleto de la vejiga.

Intervenciones

0620 cuidados de la retención urinaria

1876 cuidados del sondaje vesical

0580 sondaje vesical

0590 manejo de eliminación urinaria

1750 cuidados perianales

0221 terapia de ejercicios : deambulación

Actividad- ejercicio

00031 limpieza ineficaz de las vias aereas p67

Definición : incapacidad para eliminar las secreciones u obstrucciones del tracto respiratorio para mantener las vías aéreas permeables.

*intervenciones*

3140 monitorización respiratoria

4490 ayuda para dejar de fumar

5270 apoyo emocional

3140 manejo de las vías aéreas

3250 mejorando la tos

3160 aspiración de las vías aéreas

3320 oxigenoterapia

00085 deterioro de la movilidad física p69

Definición : limitación del movimiento independiente, intencionado, del cuerpo o de una o más extremidades .

*Intervenciones*

0221 terapia de ejercicios : deambulación
0224 terapia de ejercicios : movilidad articular
0201 fomentar el ejercicio: entrenamiento de extensión.
0740 cuidados del paciente encamado
0200 fomento del ejercicio
1780 cuidado de una prótesis
4066 cuidados circulatorios : insuficiencia venosa.
0910 inmovilización
4062 cuidados circulatorios : insuficiencia arterial
1400 manejo del dolor

00108. Déficit de autocuidado: baño / higiene p72

Definición: deterioro de la habilidad de la persona para realizar o completar por sí misma las actividades de baño/ higiene.

intervenciones

1810 ayuda en los autocuidados: baño/ higiene.
1610 baño.
1680 cuidados de las uñas.
1660 cuidados de los piés.
1750 cuidados perineales.
1710 mantenimiento de la salud bucal.

00102. Déficit autocuidado: alimentación p71

Definición: deterioro de la habilidad para realizar o completar las actividades de alimentación.

intervenciones

1050 alimentación

1100 manejo de la nutrición.

1710 mantenimiento de la salud bucal.

4420 acuerdo con el paciente

Sueño- descanso

00092. Deterioro del patrón del sueño.

Definición: trastorno de la cantidad y calidad del sueño (suspensión de la conciencia periódica, natural) limitado en el tiempo.

intervenciones

fomentar el sueño.

Manejo ambiental: confort

Terapia de relajación simple.

Disminución de la ansiedad.

Fomento del ejercicio.

Manejo del dolor

Rol- relaciones

00053 aislamiento social

Definición : soledad experimentada por el individuo y percibida como negativa o amenazadora e impuesta por otros.

*intervenciones*

5220 potenciar la socialización

5270 apoyo emocional

Asesoramiento

Aumentar sistemas de apoyo

Fomento de la normalización familiar

Potenciación de la autoestima

Grupo de apoyo

Facilitar el duelo

00061 cansancio en el desempeño del rol de cuidador

Definición : dificultad para desempeñar el papel de cuidador de la familia.

*intervenciones*

7040 apoyo al cuidador principal

5440 aumentar los sistemas de apoyo

Asistencia en el mantenimiento del hogar

Potenciación de roles

00061 riesgo de cansancio en el desempeño del rol del cuidador (55)

Definición: el cuidador es vulnerable a la percepción de dificultad para desempeñar su rol de cuidador de la familia.

intervenciones

Aumentar los sistemas de apoyo

Apoyo al cuidador principal

Asistencia en el mantenimiento del hogar

Estimulación de la integridad familiar

Cuidados intermitentes

Grupo de apoyo

00097. Déficit de actividades recreativas.

Definición: disminución de la estimulación del interés o de la participación en actividades recreativas o de ocio.

intervenciones

terapia de entretenimiento.

Facilitar la autoresponsabilidad.

Grupo de apoyo.

00135. Duelo disfuncional.

Definición: fracaso o prolongación en el uso de respuestas intelectuales y emocionales mediante las que los individuos, familias y comunidades tratan de superar el proceso de modificación del autoconcepto provocado por la percepción de una pérdida.

intervenciones

Facilitar el duelo.

Apoyo a la familia.

Asesoramiento.

Ayuda para el control del enfado.

Disminución de la ansiedad.

Escucha activa.

Intervención en el caso de crisis.

Presencia.

Grupo de apoyo.

Aumentar los sistemas de apoyo.

Dar esperanza

00136. Duelo anticipado.

Definición: respuestas y conductas intelectuales y emocionales mediante las que las personas, familias y comunidades intentan superar el proceso de modificación del autoconcepto provocado por la percepción de la pérdida potencial.

Intervenciones

facilitar el duelo.

Apoyo a la familia.

Apoyo emocional.

Cuidados en la agonía.

Escucha activa.

Presencia.

Apoyo espiritual.

Grupo de apoyo.

00060 interrupción de los procesos familiares

Definición: cambio en las relaciones o en el funcionamiento familiar.

Intervenciones

Apoyo a la familia

Aumentar los sistemas de apoyo

Estimulación de integridad familiar

Fomento de normalización familiar

Terapia familiar

Asistencia mantenimiento del hogar

Apoyo al cuidador principal

00052 deterioro de la interacción social

Definición: intercambio social inefectivo o cuantitativamente insuficiente o excesivo.

Intervenciones:

Potenciación de la socialización.

Grupo de apoyo

Aumentar los sistemas de apoyo.

Cognitivo- perceptivo

00131. Deterioro de la memoria.

Definición: incapacidad para recordar o recuperar parcelas de información o habilidades conductuales.

Intervenciones

entrenamiento de la memoria.

Disminución de la ansiedad.

Manejo de la demencia.

Orientación de la realidad.

Apoyo a la familia.

Apoyo emocional.

00132. Dolor agudo.

Definición: experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos (international association for the study of pain); inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a severa con un final anticipado o previsible y una duración menor de seis meses.

intervenciones

Asistencia en la analgesia controlada por el paciente (pca).

Manejo del dolor.

Disminución de la ansiedad.

Baño.

Dar esperanza.

Distracción.

Escucha activa.

Fomentar el sueño.

Fomento del ejercicio.

00133. Dolor crónico.

Definición: experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tusular real o potencial o descrita en tales terminos (international association for the study of pain); inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a severa con un final anticipado o previsible y una duración mayor de seis meses.

Intervenciones

Asistencia en la analgesia controlada por el paciente (pca).

Manejo del dolor.

Administración de medicación.

Aplicación de calor o frío.

Manejo de la medicación.

Distracción.

Escucha activa.

Fomento de ejercicios: extensión.

Terapia de relajación simple.

Adaptación tolerancia al estres

00069 afrontamiento ineficaz

Definición : incapacidad para llevar a cabo una apreciación válida de los agentes estresantes para elegir adecuadamente las respuestas habituales o para usar los recursos disponibles.

*Intervenciones*

5250 apoyo en toma de decisiones

5230 aumentar el afrontamiento

Apoyo emocional

Aumentar los sistemas de apoyo

Ayuda para el control del enfado

Intervención en caso de crisis

Establecer límites

Establecimiento de objetivos comunes

Facilitar autorresponsabilidad

Potenciación autoestima

Autopercepcion- autoconcepto

00118. Trastorno de la imagen corporal.

Definición: confusión en la imagen mental del yo físico.

Intervenciones

Potenciación de la imagen corporal.

Apoyo emocional.

Asesoramiento.

Clarificación de los valores.

Fomento del desarrollo: adolescentes.

Grupo de apoyo.

Manejo del peso.

Apoyo en toma de decisiones.

Fomento del ejercicio

0120. Baja autoestima situacional.

Definición: desarrollo de una percepción negativa de la propia valía en respuesta a una situación actual (especificar).
Intervenciones
Potenciación de la autoestima.
Potenciación de la imagen corporal.
Apoyo emocional.
Asesoramiento.
Aumentar los sistemas de apoyo.
Cuidados de la incontinencia urinaria: enuresis.

00146. Ansiedad.

Definición: vaga sensación de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica (cuyo origen con frecuencia es desconocido para el individuo); sentimiento de aprensión cansada por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontarlo.
Intervenciones
Disminución de la ansiedad.
Seguimiento telefónico
Presencia.
Asesoramiento.
Grupo de apoyo.
Terapia de relajación simple.

00148. Temor.

Definición: respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce consciente como un peligro.
Intervenciones

Aumentar el afrontamiento.

Disminución de la ansiedad.

Apoyo emocional.

Apoyo toma decisiones.

Presencia.

Enseñanza: proceso enfermedad

00124 desesperanza

Definición: estado subjetivo en que la persona percibe pocas o ninguna alternativa o elecciones personales y es incapaz de movilizar su energía en su propio provecho.

Intervenciones:

Dar esperanza

Apoyo emocional

Apoyo en toma de decisiones

Aumentar sistemas de apoyo

Facilitar el duelo

Grupo de apoyo

Sexualidad -reproduccion

00065 patrones sexuales ineficaces

definición : expresión de preocupación respecto a la propia sexualidad.

*Intervenciones*

Asesoramiento sexual

Enseñanza : sexo seguro

Potenciación de la imagen corporal

Enseñanza : sexualidad

Aumentar el afrontamiento

Grupo de apoyo

Manejo de conducta : sexual

Potenciar autoestima

Valores- creencias

00066 sufrimiento espiritual

Definición: alteración del principio vital que satura todo su ser e integra y trasciende la naturaleza biológica y psicosocial del ser humano.
Intervenciones:
Apoyo espiritual
Cuidados en la agonia

Dar esperanza
Disminución de la ansiedad

Resultados

Se ha presentado la quinta versión de la valoración del paciente en atención domiciliaria. Se trata de una valoración estructurada que se focaliza en la detección de los diagnósticos de enfermería más prevalentes en atención domiciliaria. La selección inicial de los problemas fue mediante una revisión bibliográfica y la técnica del grupo nominal. El gemmad desarrolló una versión inicial y una segunda versión que recopilaba aquella información clave que, en el proceso de razonamiento diagnóstico, conduce a la identificación de los diagnósticos enfermeros. Esta segunda versión se distribuyó entre los centros piloto para que los responsables de atención domiciliaria realizasen aportaciones.

Con las sugerencias aportadas se elaboró una tercera versión que se utilizó como documento de trabajo y un encuentro para profesionales referentes de metodología de cuidados en los equipos piloto. Con las nuevas sugerencias se elaboró una cuarta versión para atención primaria de salud y se decidió formar un gem específico de enfermeras de unidad de hospitalización a domicilio que, partiendo de la versión ya consensuada, debería elaborar un valoración que recogiese las

características específicas de estas unidades y que fuese compatible con el estándar elaborado para atención primaria de salud.

La cuarta versión de la valoración de enfermería de atención primaria de salud y la segunda versión de unidades de hospitalización a domicilio se expuso en un segundo encuentro multidisciplinar con todos los profesionales de los equipos que pilotarán la imad. Fruto de las sugerencias del encuentro se estudiará la elaboración única para unidades de hospitalización a domicilio y atención primaria de salud, dado que los profesionales se decantan porque exista una única valoración ya que las similitudes son mayores que las diferencias. En junio se define la quinta versión y el pilotaje se inicia en octubre del 2003.

El centro salud florida del área 18, que es centro piloto, comienza a utilizar la valoración del paciente en atención a domicilio de forma progresiva, compartiendo los resultados en sesiones de enfermería semanales, que desde julio del 2003 a febrero del 2004 han sido 32. En estas reuniones se presentaban pacientes concretos, exponiendo la valoración apoyada en escalas, priorización de los diagnósticos identificados y selección de las intervenciones y actividades más adecuadas para el paciente y familia.

Al utilizar de forma sistemática la valoración del paciente, con una cobertura del 35% del total de pacientes en atención a domicilio, es decir de 395 tenemos 96 con la nueva valoración, las enfermeras han detectado oportunidades de mejora, sobre todo en actividades de prevención primaria, eligiendo aquellas intervenciones que tienen mayor evidencia en relación con su eficacia y efectividad.

Además de las sesiones de enfermería se han realizado sesiones formativas en relación con intervenciones de: ejercicios de coordinación y equilibrio, incontinencia urinaria de esfuerzo, manejo de inhaladores, fisioterapia respiratoria, ejercicios de relajación...

Conclusión:

Concluimos que se ha diseñado una herramienta útil en la valoración de enfermería por patrones funcionales de salud de Marjory Gordon en el paciente de atención a domicilio, que puede implementase en la historia de papel e informatizada, que permite además identificar los diagnósticos enfermeros prevalentes en atención domiciliaria y realizar intervenciones enfermera.

**BIBLIOGRAFÍA**


- **Ann Marriner. Martha Raile Alligood. Modelos y teorías de enfermería. 4. ed. España: Harcourt Brace, 1999. 555**
- **Henderson, V. La naturaleza de la Enfermería. Interamericana-McGraw-Hill, Madrid,1994.**
- **Orem, DE. Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica. Ed Masson, 1993**
- **Fines de enfermería y marco conceptual.Dirección de Enfermería Área 9 Atención Primaria.INSALUD. MADRID. Documento en linea consultado (15/01/2002) en [http://www.hso.es/primaria/enfermeria/pdf/Anexo1.pdf]**
- **Iyer,P.M; Tapptich,B.J; Bernocchi-Losey,D. Proceso y Diagnóstico de Enfermería.Ed. McGraw-Hill Interamericana, 2ª ed, Madrid 1993**
- **Alfaro, R. Aplicación del proceso de Enfermería. Guía práctica. 3 Ed. Mosby. Madrid.1996.**
- **Gordon,M. Diagnóstico enfermero. Proceso y aplicación. 3ª Ed. Mosby, Madrid, 1996.**
- **Carpenito, L.J. Manual de diagnóstico de enfermería. 5 Ed. Interamericana-McGraw-Hill. Madrid. 1995.**
- **Cuesta, A. Guirao, A. Benavent, A. Diagnóstico de Enfermería. Adaptación al contexto español. Diaz de Santos. Madrid. 1994.**
- **Guirao-Goris JA. Camaño, RE; Cuesta , A. Diagnóstico de enfermería. Categorías, formulación e investigación. Ediversitas Multimedia. SL. 2001**
- **Ugalde Apalategui,M; Rigol i Cuadra,A. Diagnósticos de Enfermería. Taxonomía NANDA. 1ª ed. 1995 ( reimpresión 1999). Masson, Barcelona.**
- **North American Nursing Diagnoses Association. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. 2001-2002. Ed. Harcourt. Madrid, 2001.**

- **McCloskey, J.C; Bulechek, G.M. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE). Nursing Interventions Classification (NIC) 3ª ed. Harcourt, Madrid, 2001.**
- **Johnson, M; Maas, M; Moorhead, S. Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE). Nursing Outcomes Classification (NOC). Harcourt, Mosby. Madrid. 2001.**
- **Luis, M.T. Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica. 2ª ed. Masson. Barcelona. 2002.**
- **Johnson M, Bulecheck g, McCloskey S, Maas M, Moorhead S. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. Interrelación NANDA, NIC y NOC. Barcelona: Harcourt, 2002.**

V SIMPOSIUM INTERNACIONAL DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

# EL DIAGNÓSTICO ENFERMERO, UNA HERRAMIENTA ÚTIL PARA LA COMUNICACIÓN ENTRE NIVELES

Alonso Díaz, Mª Montserrat*, Chico Padrón, Rosa Mª*., Montesinos Afonso, Nieves, Mª**., Cerdeña Marrero, Jesús**, Carrión García, Laura Mª.***, Izquierdo Mora, Mª Dolores****

* Enfermeras del Servicio de Formación y Docencia del Consorcio Sanitario de Tenerife.
**Enfermeras Comunitarias de enlace de Atención Primaria del Servicio Canario de Salud.
***Profesora Titular de E.U.E. de la U. de La Laguna, Adjunta a la Dirección de Enfermería del Consorcio Sanitario de Tenerife.
****Enfermera, Técnica del Servicio de Atención Primaria de la Dirección de Programa Asistenciales del Servicio Canario de Salud.

## INTRODUCCIÓN.

La tendencia en los Sistemas Sanitarios de todos los países occidentales respecto a disminuir la Estancia Media de los enfermos hospitalizados, ha sido un objetivo prioritario en los últimos años. Teniendo en cuenta los cambios sociales y económicos que se están produciendo y su incidencia en las políticas sanitarias, se buscan acciones que mejoren la eficacia y la eficiencia de la atención sanitaria prestada en las instituciones sanitarias.

Entre estas acciones se encuentra el alta precoz de los enfermos hospitalizados que permite disminuir las estancias medias hospitalarias pero sin perder la calidad de los cuidados. Este tipo de acciones puede llevar consigo algún tipo de riesgo para los pacientes, por tanto es fundamental que exista una buena coordinación y comunicación entre los diferentes niveles de atención que garanticen un total seguimiento de los pacientes hasta su recuperación.

Todo esto implica que la interrelación de las enfermeras de los distintos niveles asistenciales debe ser competente y fluida, dirigiendo sus esfuerzos a garantizar la continuidad de cuidados.

El informe de continuidad de cuidados es un documento escrito de enfermería, que se entrega al paciente cuando ingresa o va a ser dado de alta del hospital, siendo un instrumento de nexo entre Atención Especializada y el equipo de Atención Primaria, en el cual se especifican los cuidados de enfermería realizados al paciente y aquellos a tener en cuenta en el momento del alta o del ingreso hospitalario.

Muchos de los autores que destacan la importancia de la planificación de las altas. Así, Kozier afirma que *"un plan de alta eficaz comienza al ingreso de la persona y continua con la valoración sucesiva de las necesidades, tanto del cliente como de la familia, incluido los recursos comunitarios"* o, como dice Beth Weinbeger *"resulta clave conocer las condiciones en que estará el usuario al dejar el hospital, su capacidad para el autocuidado o los apoyos domiciliarios con los que contará".* Sería ideal que esta información la recibieran las enfermeras de Especializada de sus colegas de

Atención Primaria, a través del informe de continuidad de cuidados al ingreso hospitalario, ya que facilita, según José Ramón Martínez, la valoración del usuario por parte de la enfermera de Especializada al tener datos específicos sobre las necesidades y problemas del individuo, la familia y su entorno.

Por tanto, el informe de continuidad de cuidados refleja, en gran medida, la labor de la enfermera, teniendo siempre como objetivo final, el mantener o mejorar la calidad de vida del paciente y la familia, valorando:

☑ En primer lugar, la seguridad y tranquilidad que supone para el paciente y la familia recibir un informe en el que se reseñan los problemas y los cuidados de enfermería más relevantes.

☑ Y, en segundo lugar, la percepción de que se están garantizando por parte de las enfermeras la continuidad de cuidados que precisa cada paciente, aunque éste cambie de entorno.

En definitiva, la continuidad de los cuidados establecida a nuestros usuarios, mediante una comunicación eficaz entre las diferentes enfermeras de los niveles de Atención Primaria y Especializada es un objetivo de todos los servicios de salud. La utilización del diagnóstico Enfermero es la herramienta necesaria para ello y además contribuye a desarrollar la profesión enfermera generando un lenguaje común.

Desde el año 2003 se está llevando a cabo en Tenerife, entre el Consorcio Sanitario de Tenerife y la Gerencia de Atención Primaria del Servicio Canario de Salud un protocolo de continuidad de cuidados firmado por las dos instituciones, cuyos objetivos generales son:

- Mejorar la continuidad de cuidados en la atención prestada a los usuarios en los dos niveles, estableciendo un circuito de transmisión de información relevante, prestando atención especial a los enfermos frágiles y a sus cuidadores.

- Mejorar la calidad percibida por los usuarios que reciben informes de continuidad de cuidados, con los servicios sanitarios.

**OBJETIVO:**

En este trabajo se analiza la calidad de los contenidos de los informes de continuidad de cuidados realizados y la prevalencia de las etiquetas diagnósticas más frecuentes.

**MATERIAL Y METODO:**

Para la evaluación del proyecto se procedió en primer lugar a revisar el total de informes emitidos donde se valoró si en los informes se recogían: a) los problemas de enfermería enunciados como diagnósticos de enfermería según la Taxonomia II Nanda; las Complicaciones potenciales o problemas de necesidades de cuidados sin utilizar la taxonomia; las intervenciones revelantes para la comunicación entre profesionales y las recomendaciones tanto al profesional como al paciente y familia.

Para el registro y análisis de los datos derivados de los informes de continuidad de cuidados se creó una base de datos en Access.

Para valorar las etiquetas diagnósticas y dado que no se reflejaban en la base de datos, se realizó una revisión de 332 informes que corresponde al 20 % del total de informes emitidos, elegidos de forma aleatoria, donde se identificaron los problemas más frecuentes enunciados con la taxonomía II de la NANDA.

**RESULTADOS**

Los resultados obtenidos durante el periodo comprendido entre el 7 de Junio 2003 al 15 de Marzo del 2004 fueron los siguientes:

Se emitieron 1665 informes de continuidad de cuidados de los cuales el 81,6 % enunciaron los problemas identificados utilizando etiquetas diagnósticas de la taxonomía II de la NANDA

El número de informes que recogen problemas de necesidades de cuidados sin utilizar la taxonomía NANDA representa el 12,2 %. En el 6,1% restante utilizaron dentro del mismo informe tanto la Taxonomía NANDA como cualquier otro lenguaje para enunciar los problemas identificados.

En el 30,8 % de los informes identificaron los problemas utilizando el apartado de Complicaciones Potenciales

Los informes que registraron intervenciones relevantes para la comunicación entre profesionales representan el 97%.

Las recomendaciones tanto para el profesional como para el paciente que se registraron en los informes llegaron al 95,2 %.

En el análisis realizado, las categorías diagnósticas más prevalentes establecidas en la Taxonomia II de la NANDA fueron el Riesgo de infección en un 90,3%; Ansiedad en un 69,8%; Manejo inefectivo del régimen terapéutico se utilizó en un 52,7% y por último Riesgo de caídas que representó el 25,9% de las etiquetas diagnósticas utilizadas

**CONCLUSIÓN:**

A la vista de los resultados que se han obtenido del análisis de los informes de continuidad de cuidados, podemos decir que:

- ✓ Teniendo en cuenta el tiempo que lleva la implantación de este proyecto, la calidad de los informes de continuidad de cuidados responde a las expectativas planteadas.

- ✓ Confirmamos la utilización del lenguaje enfermero en la mayoría de los informes lo que posibilita además unificar criterios y garantizar la continuidad de cuidados de nuestros usuarios. No obstante hemos evidenciado la necesidad de continuar con la formación de los profesionales para mejorar la calidad de los informe de continuidad de cuidados.

Por último decir que este proyecto nos posibilita la comunicación entre enfermeras de ambos niveles, utilizando como vehículo el informe de continuidad de cuidados, brindando una oportunidad de intercambiar información y crear grupos de discusión donde el lenguaje enfermero sea su eje central.

**BIBLIOGRAFÍA**

NANDA Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación 2001-2002.
Carpenito, Linda J., Manual de diagnósticos de Enfermería. MacGraw-Hill-Interamericana, 9ª edición, Madrid 2002.

Alfambra I, Alonso M, Rodríguez A, Ramos E. Informe de alta de enfermería. Un instrumento para la continuidad de los cuidados. Index de Enfermería. 1996. Año V, nº 15.
Kozier B, Erb G, Olivieri R. Enfermería Fundamental. Conceptos, procesos y práctica. Madrid. Interamericana McGraw- Hill. 4ª Edición. 1993.
Weinberger B. Planificación del alta: cuanto antes mejor. Nursing. 1989. Noviembre: 57-58.
Martínez JR. Informe de enfermería al ingreso (E.I.E.). Rol de Enfermería 1999; 22 (2): 133-138.

Carreras M, Blasco M, Rodríguez C, Ube J, Gómez MP. Coordinación entre Atención Primaría y Atención hospitalaria en la Zona de salud de la Rioja Baja Nursing 2003. Volumen 21, nº 9: 43-50.

9.Vallejo de la Gala MP. Informe conjunto de altas de enfermería. Rol Enf. 2003, Mayo; 61-64

V SIMPOSIUM INTERNACIONAL DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

# ENFERMERA COMUNITARIA DE ENLACE Y COMUNICACIÓN INTERNIVELES: MEJORANDO LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS

Antonia Martinez Lorenzo, Pilar Torres Alegre, Agustina Sivano Arranz, Consuelo Artero Lopez, Isabel Fernandez Lao, Carmen Olea Martinez .

**Innovación en el proceso de cuidar: conjunción de herramientas y saber.**
**Valencia – 13 y 14 de mayo de 2004**

INTRODUCCION

En Mayo del 2003, el Servicio Andaluz de Salud, aprueba un Decreto que ofrece la posibilidad de dar respuestas a las necesidades de las familias andaluzas que tienen a su cargo un paciente anciano o/y discapacitado. Este es “el Decreto de apoyo a la Familia”.

Uno de los objetivos que persigue dicho decreto es la mejora de los cuidados en el domicilio dirigido a estas personas discapacitadas y sus cuidadores. Para ello se proponen desarrollar estrategias que potencian la atención domiciliaria.

Una de estas estrategias es incorporar un modelo de Gestión de cuidados a través de una nueva figura profesional que es la Enfermera Comunitaria de Enlace.

Los pacientes incluidos en la cartera de servicios de la ECE son: Pacientes incapacitados, pacientes terminales, altas hospitalarias con importantes necesidades de cuidados en el domicilio tras el alta y sus cuidadoras principales y Teniendo en cuenta las características de este grupo de población que lo hacen mas vulnerables a ingresos hospitalarios , es fundamental y necesaria la Comunicación interniveles y la incorporación de un modelo de Atención como es la Gestión de casos que permita garantizar la Continuidad de los cuidados de dichos pacientes.

OBJETIVO
“Describir las actividades de continuidad de cuidados en pacientes incapacitados tras el alta hospitalaria desde el modelo de la gestión de casos en atención primaria”

MATERIAL Y METODOS

Este estudio es un estudio Descriptivo observacional y retrospectivo
El Ámbito de este estudio han sido 7 Centros de Salud Urbanos adscritos al Distrito Almería que cuentan con un censo de población diana de 2721 pacientes ..
El personal implicado:
Las 6 Enfermeras comunitarias de Enlace adscritas a estos Centros.
El periodo analizado comienza en Julio del 2003 , fecha en la que se incorporan en el hospital de referencia, Enfermeras Hospitalarias de Enlace, momento en el que se establece el circuito de comunicación interniveles al alta del paciente. La recogida de datos concluyo en febrero del 2004.
La población de estudio :pacientes incluidos en cartera de servicio de la E.C.E con ingreso hospitalario e informe de valoración al alta ,en el periodo analizado.
El material utilizado son los informes de valoración al alta y los informes de valoración de la ECE en el domicilio de los pacientes.
La metodología que se emplea es el proceso enfermero adaptando el modelo de Virginia Henderson modelo extendido en casi toda Andalucía.
El canal de comunicación utilizado ha sido , el teléfono móvil, que el SAS pone a disposición de cada una de las enfermeras de enlace con el fin de ofrecer un servicio rápido y continuado y el fax , medio por el que se reciben los informes de valoración al alta.

¿Cual es este circuito de comunicación y de coordinación interniveles? ¿ Como se articula?

1º: Durante la estancia hospitalaria del paciente y previendo el alta, la E.H.E planifica el alta y se pone en contacto telefónico con la ECE responsable de dicho paciente comunicándole la inminente alta así como la situación general de este.

2º Cuando el paciente se va a su domicilio, envía el informe de valoración por FAX a la ECE.

3º Cuando esta recibe dicho informe, automáticamente se pone en contacto con el paciente o familia y prepara la visita garantizando que sea antes de las 48 horas .

4º Cuando la ECE acude al domicilio realiza una valoración integral del paciente y de su cuidadora, identificando los problemas y necesidades de ambos . Después elabora un plan de cuidados minucioso con el fin de dar respuesta a estas necesidades , derivandolo a los profesionales necesarios para que este plan se lleve a cabo.

RESULTADOS

El total de pacientes valorados ha sido de 40.
- 23 mujeres
- 17 hombres

La edad media de estos era de 71,25 años.
29 de ellos tenían cuidadora.
Los motivos de ingreso mas frecuentes fueron:
- En 19 ocasiones fueron problemas neurológicos
- En 12 problemas respiratorios
- En 5 problemas cardiológicos y neoplasias
- En 2 la causa fueron enfermedad terminal.

Con respecto al tiempo que transcurre desde el alta del pacientes hasta que la ECE realiza la visita:
- Antes de las 24 horas se visitan a 23 pacientes , esto supone el 57,5% del total
- Entre las 24 y 48 horas se visitaron a 5 de los pacientes que supone el 12,5%.

En el resto de los pacientes el tiempo de la visita se demoro por problemas organizativos( fines de semana, festivos, vacaciones, falta de personal...)
Las necesidades de cuidados detectadas en la visita las definimos según el modelo enfermero con el trabajamos de la siguiente manera:
- Problemas de autonomía
- Diagnósticos enfermeros y
- Problemas de colaboración.

Con respecto a los problemas de autonomía y para valorar las AVDB , utilizamos la escala del Indice de Barthel y estos fueron los resultados:

La puntuación media en la escala fue de 25 esto es, una dependencia severa, Desglosando el tipo de dependencia estos fueron los resultados:

- 23 pacientes requerían suplencia para todas las AVD

7 de ellos para el baño,
7 para la deambulacion
6 para la alimentación
5 para vestirse.

Los diagnósticos enfermeros mas frecuentes fueron:

Riesgo de deterioro de la integridad cutánea: 14 pacientes
Deterioro de la integridad cutánea: 4
Desequilibrio nutricional por defecto: 4
Riesgo de caídas : 3
Afrontamiento inefectivo: 2
Limpieza ineficaz de las vías aéreas: 2
Ansiedad: 2
Deterioro de la adaptación: 2

Los problemas de colaboración mas frecuentes con los que nos encontramos tras el alta fueron:

Deterioro cognitivos
Neurológicos
Metabolicos
HTA
Desnutrición
Dolor,
Estreñimiento
Riesgo social.

Las intervenciones más inmediatas tras la valoración fueron las siguientes:

Por una lado las derivaciones a los profesionales :

Los 40 fueron derivados a su medico o enfermera
22 a la trabajadora social
10 al equipo de rehabilitación domiciliaria
5 a cuidados paliativos
2 al distrito sanitario.

Por otro lado otra de las intervenciones inmediatas , fue solicitar material ortoprotesico:

Colchones antiescaras: 2
Cama articulada :1
Grúa :1
Taloneras :1
Silla de ruedas :1
Cojín antiescaras:1

CONCLUSIONES

La E.C.E es una herramienta que puede facilitar la comunicación interniveles y mejorar la continuidad de cuidados.
Con un mayor numero de datos, pretendemos realizar estudios que confirmen esta hipótesis.
Los pacientes se sienten atendidos y acompañados durante todo el proceso y en los distintos niveles de atención.
Es fundamental el uso de la taxonomia enfermera porque incrementa la calidad asistencial de la practica enfermera.

V SIMPOSIUM
INTERNACIONAL DE
DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMERÍA

# ENFERMERA COMUNITARIA DE ENLACE: INTERVENCIONES EN ATENCION DOMICILIARIA

**Consuelo Artero Lopez; Isabel Fernandez Lao; Agustina Silvano Arranz; Carmen Olea Martinez; Pilar Torres Alegre**

**Innovación en el proceso de cuidar: conjunción de herramientas y saber.**
**Valencia – 13 y 14 de mayo de 2004**

Introducción:

Para mejorar los cuidados a domicilio el SAS incorpora a finales del 2002 la figura de la ECE, enmarcada en la Gestión de Casos, siendo su cartera de servicios:

- Inmovilizados.
- Altas hospitalarias con complejidad de cuidados.
- Terminales.
- Cuidadoras informales.

Objetivo:

Exponer las intervenciones realizadas por las ECEs y la prevalencia de los diagnósticos enfermeros, NIC, NOC establecidos en el plan de cuidados.

Material y métodos:

Estudio de prevalencia de las intervenciones realizadas por ECE establecidas en el plan de cuidados tras visita domiciliaria realizadas en el año 2003.
La ECE realiza valoración integral utilizando la metodología de trabajo enfermero bajo el modelo de Henderson y establece un plan asistencial coordinándose con diferentes profesionales movilizando los recursos necesarios, proporcionando educación y apoyo al cuidador principal de forma individual y grupal.
Muestra: 792 inmovilizados; 495 cuidador@s.
Ámbito de estudio: 3 ZBS urbanas de Almería con 5 ECE.
Variables de estudio: (Ver en resultados).

RESULTADOS:

Nº de visitas domiciliarias: 757.

Diagnósticos, NIC y NOC prevalentes:

Inmovilizados:

1-Riesgo de deterioro de la integridad cutánea, NIC: 3540,3500, 3590 y NOC: 1101,0204.

2-Riesgo de caídas, NIC: 6490,6486 y NOC: 1912,1909.

3-Incontinencia urinaria de urgencia, NIC: 0600,0560 y NOC: 0502,1601.

4-Incumplimiento del tratamiento, NIC: 4360,5618, 4420 y NOC: 0502

5-Deterioro de la integridad cutánea NIC: 3520 y NOC: 1601.

Cuidador@:

1-Riesgo de cansancio en el rol del cuidador, NIC: 7040,5606 y NOC: 2508,2203.

2-Cansancio en el rol del cuidador, NIC: 7040 y NOC: 2508,2203

3- Conocimientos deficientes, NIC: 5606 y NOC: 1813.

4- Temor, NIC: 5230 y NOC: 1302

5- Manejo inefectivo del régimen terapéutico, NIC: 5240 y NOC: 1813,1601.

NIC:

Derivación (8100) 1236, reunión multidisciplinar sobre cuidados (8020) 60, enseñanza: grupos (5604) 120, Educación sanitaria (5510) 32, Manejo de los suministros (7840) 68.

CONCLUSIONES:

La figura de ECE contribuye a:

- Aumentar la captación domiciliaria.
- Incorporar al cuidador en la atención domiciliara.
- Reforzar la metodología de trabajo enfermero.
- Ofrecer un enfoque holístico del cuidado.

V SIMPOSIUM INTERNACIONAL DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

# ESTUDIO MULTICÉNTRICO "CONOCIMIENTO Y APLICACIÓN DE PROCESO DE ENFERMERÍA EN LA PRÁCTICA HOSPITALARIA Y COMUNITARIA"

**M.E. Julia Teresa López España M.C.E Ma. Guadalupe Moreno Monsiváis,**

Facultad de Enfermería UANL Gonzalitos 1 500 Nte. Col. Mitras Centro Monterrey, Nuevo León.

**E-mail: july0521@yahoo.com**

## INTRODUCCIÓN

La profesionalización de Enfermería planteada en un inicio por Florencia Nightingale, ha requerido del desarrollo de un juicio crítico del personal de enfermería para asegurar el cumplimiento de su único fin: la Calidad del Cuidado; para dar respuesta a los problemas humanos, ha sistematizado su quehacer profesional (Hall, 1955), mismo que se transforma continuamente de acuerdo al desarrollo de las teorías de su disciplina, que lo enriquecen y renuevan, convirtiéndolo en su cuerpo de conocimientos bien definido y estructurado, lo que le permite abordar los problemas humanos de su competencia a través del Proceso de Enfermería (PE).

Mediante la utilización del PE se obtienen beneficios para el cliente, personal de enfermería y la profesión. El cliente recibe mejor trato y es abordado en forma integral, se cubren todas sus necesidades, tanto físicas, emocionales, sociales, familiares y espirituales, logrando una atención de calidad. El personal de enfermería logra una metodología de trabajo uniforme, específico con una comunicación eficaz uniprofesional y multiprofesional. La profesión de enfermería logra sustentar su quehacer profesional, ampliar su marco teórico metodológico y transformar su paradigma, lo que permite delimitar el campo de la práctica, facilita la investigación y por lo tanto incrementa el cuerpo de conocimiento (Luis,1993 & Carpenito, 1995).

Diversos autores coinciden en que el PE permite enlazar el conocimiento científico de la teoría con su aplicación en el quehacer profesional (Jiménez & Gutiérrez, 1997; Iyer, 1993; Laddy y Papper, 1989; King, 1984; Marriner, 1983; Padilla, 1994; Zaragoza, 1999; López, 1992; Moreno y Gutiérrez, 1997; Cohen y Cesta, 1997), por lo que debe concebirse como modelo de trabajo para el desempeño profesional.

El PE se utiliza en las instituciones educativas como un eje en el proceso enseñanza-aprendizaje; en su currícula integran contenidos mediante estrategias que permiten a los estudiantes desarrollar habilidades metodológicas en su uso para incorporarlo como una herramienta de su práctica profesional. Algunas Instituciones lo han incorporado recientemente, mientras otras cuentan ya con generaciones de egresados de profesionales con estos conocimientos. Sin embargo, en México no se ha evaluado si efectivamente el método teórico aprendido en las aulas, puede ser puesto en práctica en un contexto específico del campo profesional ya sea clínico o comunitario, individual o familiar, aún cuando no se tenga establecido como sistema de trabajo.

Algunos estudios (Padilla,1994; Zaragoza, 1999; López, 1992; Moreno y Gutiérrez, 1997) demuestran que solo algunos hospitales de estados del norte del país y en la capital del país, utilizan el PE como metodología de trabajo. Sin embargo, es evidente que en la actualidad requiere establecer planes de cuidados de enfermería que contribuyan a garantizar la calidad de la práctica. Un factor que pudiera estar influyendo para la utilización del PE es que en las Instituciones de Salud, un porcentaje alto del personal de enfermería que labora tienen mas de 5 años de haber egresado de su formación profesional.

Por lo señalado anteriormente surge el interés de determinar el conocimiento que tiene el personal de enfermería, respecto al Proceso de Enfermería y cuál es su aplicación en la práctica clínica y comunitaria. El presente estudio de tipo descriptivo correlacional fue propuesto para responder a la siguiente pregunta de investigación ¿Que relación existe entre el conocimiento del personal de enfermería sobre el PE y su aplicación en la práctica hospitalaria y comunitaria?

Objetivos.

Objetivo General
Determinar que relación existe entre el conocimiento del personal de enfermería sobre el PE y su aplicación en la práctica hospitalaria y comunitaria.

Objetivos Específicos:
a. Identificar el conocimiento del personal de enfermería que labora en el área hospitalaria y comunitaria sobre el PE.
b. Identificar la aplicación de las actividades de las etapas del PE en la práctica hospitalaria y comunitaria.
c. Determinar las principales barreras que percibe el personal de enfermería para aplicar el PE
d. Determinar diferencias en la aplicación de actividades de las etapas del PE de acuerdo al nivel, institución, turno, antigüedad, grado máximo de estudios, años de haber egresado, cursos recibidos, duración y tiempo que tomó el curso.
e. Determinar las necesidades de capacitación del personal de enfermería que labora en el área hospitalaria y comunitaria sobre el PE.

METODOLOGÍA

Diseño del estudio:
Descriptivo, correlacional, transversal, comparativo (Polit&Hungler,1999)
Marco muestral:
El marco muestral de estudio se conformó por muestras independientes de los siguientes estados de la República Mexicana, divididas de la siguiente manera:
Zona norte: Sonora, Chihuahua, Durango y Nuevo León.
Zona centro: San Luis Potosí, Guanajuato, Puebla y Distrito Federal.
Zona Sur: Yucatán, Campeche y Veracruz

Muestra:
La muestra se integró por 4679 enfermeras profesionales que laboraban en instituciones de salud del sector salud público y privado del primero y segundo nivel de atención. El tamaño de la muestra se determinó a través del programa estadístico n Query 2.0. Se consideró un límte de error de 0.005 un nivel de confianza de 95 por ciento y una correlación baja con potencia de .90
El muestreo fue por estados fue de la siguiente manera

Tabla 1

| Estado | Muestra | Tipo de muestreo |
|---|---|---|
| Sonora | 334 | Por Conveniencia |
| Durango | 475 | Aleatorio |
| Nuevo León | 308 | Aleatorio |
| San Luis Potosí | 177 | Aleatorio y conveniencia |
| Guanajuato | 365 | Por conveniencia |
| Distrito Federal | 2267 | Aleatorio y conveniencia |
| Puebla | 475 | Por conveniencia |
| Campeche | 216 | conveniencia |
| Yucatán | 167 | aleatorio |
| TOTAL | 4648 | |

En cada estado se realizó asignación proporcional para tener representatividad de las instituciones de seguridad social, gubernamentales y privados.

En las instituciones donde se realizó el muestreo aleatorio, los participantes del estudio se seleccionaron a través de una tabla de números aleatorios, los sujetos seleccionados se enumeraron en forma progresiva, en saco de que la persona no estuviera en ese momento en la institución por motivo de vacaciones, permiso temporal o incapacidad se aplicó el instrumento a la persona que la sustituía, en este momento, siempre y cuando cumpliera los siguientes criterios de inclusión.

- Enfermeras con estudios mínimos de enfermera general, que laboran en las instituciones seleccionadas.
- Que aceptaron participar en el estudio.
- Personal operativo.

Los instrumentos que se utilizaron para la recolección de la información del presente estudio, fueron elaborados por Moreno (1999) y López(2000) el primero, se había utilizado solo en una institución hospitalaria y el alfa reportado fue de .84, las escalas de medición eran dicotómicas. El segundo se elaboró especialmente para la investigación se utilizo una escala tipo lickert. Ambas se fusionaron y se formó el instrumento “Conocimiento y aplicación del proceso diagnóstico de enfermería en la práctica hospitalaria y comunitaria” (CAPDEP), Posterior a esto se sometió a revisión por expertos y se hicieron adecuaciones en los ítems que miden conocimiento y aplicación.

El instrumento está conformado por tres partes, la primera cédula de identificación fue diseñado para el presente estudio esta integrado por 12 reactivos que miden la siguiente información: zona, estado, tipo y nivel de institución, turno, antigüedad, grado máximo de estudios, años de haber egresado e información relacionada con cursos sobre el PE a los que ha asistido, duración e institución que duró el curso.

La segunda es la escala que mide conocimiento consta de 10 ítems con datos que permiten la identificación. La segunda parte consta de 26 reactivos para medir la variable conocimiento del proceso de enfermería, cuyos criterios de medición son: 1= totalmente de acuerdo, 2= parcialmente de acuerdo, 3= no lo sé, 4= parcialmente en desacuerdo, 5= totalmente en desacuerdo.

La tercera parte consta de 32 ítems, elaborados también con una escala tipo Likert, mide la variable aplicación del proceso diagnóstico en la práctica profesional de la siguiente forma: 1= Siempre, 2= Casi siempre, 3= Algunas veces, 4= Raras veces, 5= Nunca

Al final se incluyó una pregunta abierta para explorar las barreras que existen para aplicar el PE.

.

PROCEDIMIENTO

1. Administrativos: se siguieron los procedimientos establecidos por cada institución a través de sus comités de investigación y de ética, incorporando al proyecto las recomendaciones emitidas.
   El personal directivo de enfermería actuó como enlace y representante del grupo de estudio para determinar el espacio, lugar y fecha para la recolección de la información y la selección de los participantes.

2. Selección de sujetos de estudio: Una vez ubicados los sujetos de estudio se procedió a abordarlos para solicitar su participación, una vez que aceptaron, se les pidió su consentimiento por escrito, la modalidad del llenado del instrumento fue de auto aplicación.

3. Procesamiento de datos: Se capturaron en el paquete SPSS (siglas en inglés del Statistic Program Social Science), versión 7.5 a través de una base general que fue proporcionada a cada uno de los estados para la captura individual. Posteriormente se procesó la información y se obtuvieron frecuencias simples, medidas de tendencia central y de dispersión, se construyeron índices y posteriormente se calculó el coeficiente de correlación Rho Spearman para las variables conocimiento y aplicación del PE y la prueba de hipótesis Kruskal Wallis.

ETICA DEL ESTUDIO

Se considerarán los lineamientos éticos del Reglamento de la Ley general de Salud en materia de Investigación. Título segundo, Capítulo uno se toman en cuenta los siguientes artículos:
Artículo 13:
En esta investigación en el sujeto de estudio prevalecerá el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos de bienestar.
Como en esta investigación los sujetos del estudio son los seres humanos se protegerá la privacidad del individuo o sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice, esto según el artículo 16.
Esta investigación se considera sin riesgo ya que es un estudio en la que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables psicológicas y sociales de los individuos que participen en el estudio ya que solo se utilizarán cuestionarios. Esto de acuerdo a lo mencionado en el artículo 17.
Artículo 21:
Se utilizará el conocimiento informado, por escrito, el sujeto de investigación recibirá una información clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla sobre los siguientes aspectos:

- La justificación  y los objetivos de la investigación.
- Los procedimientos que vayan a utilizarse y sus propósitos
- las molestias esperadas
- las ventajas para el sujeto
- La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda relacionada con la investigación.
- La libertad de  retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio.
- La seguridad de que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad.

Artículo 22
EL consentimiento informado se formula por escrito y reunirá los siguientes requisitos:

- Elaborado por los investigadores principales
- Será revisado y en su caso aprobado por la comisión de ética de la Institución Educativa o de Salud.
- Indicará la dirección y nombres de dos testigos y la relación que éstos tengan con el sujeto de investigación.
- Deberá ser firmado por dos testigos y el sujeto de la investigación o su representante legal, en caso de que el sujeto no supiera firmar se imprimirá su huella digital.
- Se extenderá un duplicado quedando en poder del sujeto del estudio o su representante.

RESULTADOS

Tabla 1
Datos Demográficos

| Variable | Fi | % |
|---|---|---|
| ZONA | | |
| Norte | 974 | 20.8 |
| Centro | 3320 | 71.0 |
| Sur | 385 | 8.2 |
| INSTITUCIÓN DE TRABAJO | Fi | % |
| I.M.S.S. | 2516 | 53.8 |
| S.S.A. | 1468 | 31.4 |
| PRIVADA | 264 | 5.6 |
| I.S.S.S.T.E | 218 | 4.7 |
| OTROS | 213 | 4.6 |
| NIVEL DE INSTITUCIÓN | Fi | % |
| Primer | 606 | 13 |
| Segundo | 1886 | 40.3 |
| Tercer | 2187 | 46.8 |
| TURNO | Fi | % |
| Matutino | 2178 | 46.5 |
| Vespertino | 1221 | 26.1 |
| Nocturno | 1201 | 25.7 |
| Piloto | 79 | 1.7 |
| ANTIGÚEDAD | Fi | % |
| Menos de 5 años | 811 | 17.3 |
| Más de 5 años | 3867 | 82.7 |
| ESCOLARIDAD | fi | % |
| Enfermera general | 2554 | 54.6 |
| Enf. Especialista | 1201 | 25.7 |
| Licenciada en enfermería | 735 | 15.7 |
| Especialista | 161 | 3.4 |
| maestría | 29 | .6 |
| AÑOS DE EGRESO | fi | % |
| Menos de 5 años | 939 | 20 |
| De 5 a 10 años | 1296 | 27.7 |
| Más de 10 años | 2444 | 52.2 |

N= 4679

De los datos demográficos de la muestra del estudio, el 71 por ciento es de la región del centro y un 20 porciento del norte y el resto del sur. La institución donde señalaron que trabajaba el personal de enfermería mencionó el Instituto Mexicano del Seguro Social con el 53.8 porciento, siguiendo la Secretaría de Salud con un 31.4 por ciento. El nivel de la Institución que predominó fue la de tercer nivel de atención Respecto al turno el 46.5 por ciento dijeron trabajar en turno matutino. El 82.7 porciento de las enfermeras refirió tener más de 5 años de antigüedad. El grado de escolarización que

predomina es el de enfermera general con 54.6 por ciento, las Licenciadas enfermería fueron solo el 15.7 por ciento. Y es importante señalar que hace más de 10 años el 52.2 por ciento egresó.

TABLA 2
INFORMACIÓN SOBRE LOS CURSOS DE PROCESO ENFERMERO

| RECIBIÓ CURSOS DE P.E | fi | % |
|---|---|---|
| Si | 2653 | 56.7 |
| No | 2026 | 43.3 |
| Total | | |
| HACE CUANTO TIEMPO | | |
| Menos de un año | 726 | 15.5 |
| De 2 a 3 años | 601 | 12.8 |
| De 4 a 5 años | 328 | 7.0 |
| Más de 5 años | 998 | 21.3 |
| No Aplica | 2026 | 43.3 |
| Total | | 100 |
| QUIEN IMPARTIÓ EL CURSO | fi | |
| Institución educativa | 1615 | 34.5 |
| Institución hospitalaria | 940 | 20.1 |
| Otros | 97 | 2.1 |
| No aplica | 2026 | 43.3 |
| Total | | 100 |
| DURACIÓN DEL CURSO | fi | |
| Menos de 20 Hrs. | 1356 | 29 |
| De 20  40 HORAS | 705 | 15.1 |
| Más de 40 horas | 592 | 12.7 |
| No aplica | 2026 | 43.3 |

N = 4679

Respecto al los cursos que han tenido sobre el Proceso de Enfermería el 56.7 por ciento refiere haber tomado cursos. El tiempo que tienen de haberlo tomado fue de más de 5 años con 21.3 por ciento y menos de un año el 15.5 por ciento. La institución que lo impartió fue la Educativa con un 34.5 por ciento.  El 29 por ciento reportaron que el curso duró menos de 20 horas.

TABLA 3
Barreras Percibidas por el Personal de Enfermería para Aplicar el Proceso de Enfermería

| BARRERAS | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|---|---|---|
| Falta de Conocimiento | 1186 | 25.3 |
| Sobrecarga de trabajo | 1085 | 23.2 |
| Falta de recursos humanos y materiales | 634 | 13.5 |
| Falta de interés | 433 | 9,3 |
| No contestó | 873 | 18.7 |
| Ninguna barrera | 473 | 10.0 |

n=4679

Respecto a la tabla 10, se puede observar que la barrera mayormente señalada es la falta de conocimiento con un 25.3 por ciento y la de menor frecuencia fue la falta de interés. es importante señalar que casi una quinta parte de la muestra no contestó a esta pregunta.

TABLA 4
Representación Estadística de Indices de Conocimiento y Aplicación del Proceso de Enfermería

| Valores Estadísticos<br>INDICES | Media | Mnd | DE | Mínimo | Máximo |
|---|---|---|---|---|---|
| Conocimiento | 70.43 | 71.15 | 8.53 | 27.08 | 93.43 |
| Aplicación | 82.47 | 85.93 | 13.86 | 00.00 | 82.47 |
| Valoración | 86.14 | 89.28 | 15.83 | 00.00 | 100 |
| Diagnóstico | 72.17 | 75.00 | 18.49 | 00.00 | 100 |
| Planificación | 81.29 | 85.00 | 19.93 | 00.00 | 100 |
| Ejecución | 88.31 | 92.85 | 13.51 | 00.00 | 100 |
| Evaluación | 84.39 | 87.50 | 16.41 | 00.00 | 100 |

n= 4648

El índice de conocimiento del personal de enfermería respecto al proceso de enfermería obtuvo una media de 70.43 y la aplicación 82.47. Al analizar la estadística descriptiva de cada una de las etapas, se puede apreciar que la media más alta corresponde a la ejecución con 88.31, le sigue la etapa de valoración con 86.14 y evaluación con 84.39. La etapa del P.E. que presentó la media más baja fue la correspondiente al diagnóstico con 72.17 y D.E. de 18.49.

Los resultados de la prueba de normalidad Kolmogorov - Smirnov reportan que tanto el conocimiento como la aplicación de cada una de las etapas del P.E. reportan distribución no normal ($p < .05$).

TABLA 5
Valores de Alfa del Instrumento Conocimiento y Aplicación del Proceso de Enfermería

| AREAS DE MEDICION DEL INSTRUMENTO | COEFICIENTE ALFA ESTANDARIZAD0 |
|---|---|
| Identificación | 0.4635 |
| Conocimiento | 0.7914 |
| Aplicación | 0.9331 |
| Valoración | 0.7914 |
| Diagnóstico | 0.7195 |
| Planificación | 0.8220 |
| Ejecución | 0.7782 |
| Evaluación | 0.8562 |
| ALFA del Instrumento Total | 0.8898 |

FUENTE: CAPEH n=4679

La confiabilidad de los instrumentos se determinó mediante el Coeficiente Alpha de Cronbach, los resultados permiten observar que los dos instrumentos utilizados el de conocimiento y aplicación, así como las subescalas del instrumento de aplicación reportaron valores de Alpha entre .7195 y .9331, lo cual se considera aceptable de acuerdo a Polit (1999

TABLA 6

Correlación de Spearman entre los Indices de Variables

| INDICES | Conocimiento | Aplicación | Valoración | Diagnóstico | Planificación | Ejecución | Evaluación |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Conocimiento | - | 0.204 | 0.181 | 0.226 | 0.126 | 0.116 | 0.069 |
| Aplicación | | - | 0.772 | 0.832 | 0.818 | 0.777 | 0.741 |
| Valoración | | | - | 0.578 | 0.569 | 0.517 | 0.495 |
| Diagnóstico | | | | - | 0.593 | 0.510 | 0.464 |
| Planificación | | | | | - | 0.650 | 0.555 |
| Ejecución | | | | | | - | 0.617 |
| Evaluación | | | | | | | - |

FUENTE: CAPEH P< 0.05 n=4679

En la presente tabla se observan los resultados de la correlación de Sperman, se encontró correlación positiva significativa entre el conocimiento y la aplicación del P.E. (rs = .204, p<.05). El conocimiento del personal de enfermería se asocia positivamente con las etapas de aplicación del P.E., principalmente con la de diagnóstico (rs = .226, p<.05)

Tabla 7
PRUEBA DE KUSKAL WALLIS ENTRE LAS VARIABLES DE APLICACIÓN Y ZONA GEOGRÁFICA

| | |
|---|---|
| Chi cuadrada<br>Grados de libertad | 73.392<br>2 |
| p | .000 |

PRUEBA U DE MANN WHITNEY ENTRE LAS VARIABLES APLICACIÓN DEL P.E. DE ACUERDO A LA ZONA GEOGRÁFICA.

| Variable zona | Media | U de Mann Whitney | Wilcoxon | z | p |
|---|---|---|---|---|---|
| Zona norte<br>Zona centro | 80.51<br>83.55 | 1411461.50 | 1886286.50 | -6.04 | .000 |
| Zona norte<br>Zona sur | 80.51<br>78.13 | 170989.50 | 170989.50 | -2.53 | .010 |
| Zona centro<br>Zona sur | 83.55<br>78.13 | 501391.50 | 575696.50 | -6.93 | .000 |

En la presente tabla se observa al aplicar la prueba U de Mann – Whitney la variable aplicación del P.E. por zona geográfica existe diferencia significativa en la zona norte

con la centro y sur. Así mismo  centro y sur. Las medias oscilan entre 80.51 para la zona norte, 78.13 para la zona sur y 83.55 para la zona centro

TABLA 8
PRUEBA DE KUSKAL WALLIS ENTRE LAS VARIABLES DE APLICACIÓN Y EL NIVEL DE INSTITUCIÓN

| | |
|---|---|
| Chi cuadrada<br>Grados de libertad | 143.60<br>2 |
| p | .000 |

PRUEBA U DE MANN WHITNEY ENTRE LAS VARIABLES APLICACIÓN DEL P.E. DE ACUERDO AL NIVEL DE INSTITUCIÓN

| | Media | U de Mann Whitney | Wilcoxon | z | p |
|---|---|---|---|---|---|
| 1er. Nivel<br>2do. Nivel | 81.31<br>80.00 | 530618 | 2310059 | -2.65 | .008 |
| 1er. Nivel<br>3er. Nivel | 81.31<br>84.94 | 562342 | 746263 | -5.71 | .000 |
| 2do. Nivel<br>3er. Nivel | 80.00<br>84.94 | 1622201 | 3401642 | -11.76 | .000 |

Respecto a la Aplicación del P.E. por niveles de atención, existe diferencia significativa entre los tres niveles de atención, siendo la media más alta para el tercer nivel con 84.94 y la más baja para el segundo nivel con 80 y el primer nivel la media es de 81.31.

TABLA 9
PRUEBA DE KUSKAL WALLIS ENTRE LAS VARIABLES DE APLICACIÓN y INSTITUCIÓN DE TRABAJO

| | |
|---|---|
| Chi cuadrada<br>Grados de libertad | 186.776<br>4 |
| p | .000 |

PRUEBA U DE MANN WHITNEY ENTRE LAS VARIABLES APLICACIÓN DEL P.E. DE ACUERDO TIPO DE INSTITUCIÓN

| | Media | U de Mann Whitney | Wilcoxon | z | p |
|---|---|---|---|---|---|
| I.M.S.S.<br>I.S.S.S.T.E. | 83.90<br>77.61 | 194470 | 218341 | -7.13 | .000 |
| I.M.S.S.<br>S.S.A. | 83.90<br>80.81 | 1589234 | 2667480 | -7.35 | .000 |
| I.M.S.S<br>PRIVADA | 83.90<br>87.12 | 261213.50 | 3427599.50 | -5.73 | .000 |
| I.M.S.S.<br>OTROS | 83.90<br>76.38 | 180808.50 | 203599.50 | -7.89 | .000 |
| I.S.S.S.T.E<br>S.S.A. | 77.16<br>80.81 | 134981.50 | 158852.50 | -3.73 | .000 |
| I.S.S.S.T.E.<br>PRIVADOS | 77.16<br>87.12 | 15936.50 | 39807.50 | -8.44 | .000 |
| I.S.S.S.T.E.<br>OTROS | 77.61<br>76.38 | 22118. | 44909 | -.85 | .400 |
| S.S..A<br>PRIVADA | 80.81<br>87.12 | 129794.50 | 1208040.50 | -8.55 | .000 |
| S.S.A.<br>OTROS | 80.81<br>76.38 | 125155 | 147946 | -4.71 | .000 |

En cuanto a las diferencias en la aplicación del proceso enfermero de acuerdo al tipo de institución, donde se incluyeron IMSS, ISSSTE, SSA, Privada y Otros (Instituciones Universitarias Y PEMEX) existe diferencia significativa en la aplicación en la mayoría de las instituciones, la media más alta la reportó las instituciones privadas (87.12) y la más baja fue para instituciones Universitarias y PEMEX con una media de 76.38. Sin embargo entre el ISSSTE y otras instituciones, nos se encontró diferencia en la aplicación del P.E. y las medias para estas últimas fueron para la primera de 77.16 y para las otras instituciones Universitarias y PEMEX fue de 76.36.

TABLA 10
PRUEBA DE KUSKAL WALLIS ENTRE LAS VARIABLES DE APLICACIÓN Y TURNO

| | |
|---|---|
| Chi cuadrada<br>Grados de libertad | 38.237<br>3 |
| p | .000 |

PRUEBA U DE MANN WHITNEY ENTRE LAS VARIABLES APLICACIÓN DEL P.E. DE ACUERDO A LOS TURNOS DE TRABAJO

| | Media | U de Mann Whitney | Wilcoxon | z | p |
|---|---|---|---|---|---|
| Matutino<br>Vespertino | 83.27<br>82.83 | 1297494.50 | 2043525.50 | -1.17 | .240 |
| Matutino<br>Nocturno | 83.27<br>81.14 | 1217331 | 1939132 | -3-34 | .001 |
| Matutino<br>Piloto | 83.27<br>75.24 | 54446.50 | 57606.50 | -5.55 | .000 |
| Vespertino<br>Nocturno | 82.83<br>81.14 | 698061 | 1419862.50 | -2.04 | .041 |
| Vespertino<br>piloto | 82.83<br>75.24 | 31533.50 | 34693.50 | -5.164 | .000 |
| Nocturno<br>Piloto | 81.14<br>75.24 | 34167 | 37327 | -417 | .000 |

Al considerar si existía diferencia en la aplicación del P.E. de acuerdo al turno, se encontró que la mayoría de los turnos laborales existe diferencias significativas excepto en los trunos, matutinos y vespertinos. La media más alta fue para el turno matutino y la más alta para el turno piloto con 75.24.

TABLA 11
PRUEBA DE KUSKAL WALLIS ENTRE LAS VARIABLES DE APLICACIÓN Y ESTUDIOS PROFESIONALES

| | |
|---|---|
| Chi cuadrada<br>Grados de libertad | 55.421<br>4 |
| p | .000 |

PRUEBA U DE MANN WHITNEY ENTRE LAS VARIABLES APLICACIÓN DEL P.E. DE ACUERDO A ESTUDIOS PROFESIONALES.

| | Media | U de Mann Whitney | Wilcoxon | z | p |
|---|---|---|---|---|---|
| Enf. General<br>Enf. especialista | 81.95<br>84.02 | 1405817 | 4665998 | -4-11 | .000 |
| Enf. General<br>Licenciada Enf. | 81.95<br>80.99 | 886553.50 | 1157033.50 | -2.27 | .020 |
| Enf. General<br>Lic. Especialista | 81.95<br>86.91 | 155268.50 | 3415449.50 | -5.21 | .000 |
| Enf. General<br>Maestría | 81.95<br>78.47 | 32242.50 | 32677.50 | -1.197 | .230 |
| Enf. Especialista<br>Licenciada | 84.02<br>80.99 | 381240 | 651720 | -5.04 | .000 |
| Enf. Especialista<br>Lic. especialista | 84.02<br>86.91 | 81068 | 802869 | -3.33 | .001 |
| Enf. Especialista<br>Maestría | 84.02<br>78.47 | 13864.50 | 14299.50 | -1.88 | .060 |
| Licenciada<br>Lic. Especialista | 80.99<br>86.91 | 41738 | 312218 | -5.86 | .000 |
| Licenciada<br>Maestría | 80.99<br>78.47 | 9716 | 10151 | -.81 | .420 |
| Lic. especialista<br>Maestría | 86.91<br>78.47 | 1572 | 2007 | -2.79 | .005 |

En la presente tabla se observa que existe diferencia en la aplicación del P.E. y el nivel de escolaridad que tiene las enfermeras, excepto entre la enfermera general y la de Maestría, la enfermera especialista y la maestría y la de Licenciatura y Maestría. Las medias más alta fue de para las enfermeras con grado de Licenciatura especialista y la más baja fue para las de escolaridad de Maestría de 78.47.

TABLA 12
PRUEBA DE KUSKAL WALLIS ENTRE LAS VARIABLES DE APLICACIÓN Y EL HABER TOMADO CURSO DE P.E.

| | |
|---|---|
| Chi cuadrada<br>Grados de libertad | 11.554<br>1 |
| p | .001 |

PRUEBA U DE MANN WHITNEY ENTRE LAS VARIABLES APLICACIÓN DEL P.E. DE ACUERDO A TENER CURSO DE P.E.

| | Media | U de Mann Whitney | Wilcoxon | z | p |
|---|---|---|---|---|---|
| Si<br>No | 83.08<br>81.69 | 2531907.50 | 4585258.50 | -3.39 | .001 |

Respecto si hay diferencia en la Aplicación del Proceso Enfermero y el que hayan tomado curso sobre el P.E. si se encontró diferencia significativa con las que no lo toman. La media para las que si lo tomaron fue de 83.08 y para las que no de 82.69.

TABLA 13
PRUEBA DE KUSKAL WALLIS ENTRE LAS VARIABLES DE APLICACIÓN Y EL TIEMPO DE HABER ASISTIDO A CURSO DE P.E.

| | |
|---|---|
| Chi cuadrada<br>Grados de libertad | 61.984<br>3 |
| p | .000 |

PRUEBA U DE MANN WHITNEY ENTRE LAS VARIABLES APLICACIÓN DEL P.E. DE ACUERDO EL TIEMPO DE HABER RECIBIDO EL CURSO

| | Media | U de Mann Whitney | Wilcoxon | z | p |
|---|---|---|---|---|---|
| Menos de 1<br>2 a 3 años | 84.55<br>83.90 | 200499.50 | 381400.50 | -2.54 | .01 |
| Menos de 1<br>4 a 5 años | 84.55<br>81.06 | 93192 | 147148 | -5.65 | .000 |
| Menos de 1<br>5 años a más | 84.55<br>82.18 | 291041.50 | 789542.50 | -6.98 | .000 |
| Menos de 1<br>No cursos | 84.55<br>81.69 | 605670 | 2659021 | -706 | .000 |
| 2 a 3 años<br>4 a 5 años | 83.90<br>81.06 | 84367.50 | 138323.50 | -3.63 | .000 |
| 2 a 3 años<br>5 años a más | 83.90<br>82.18 | 264946.50 | 763447.50 | -3.99 | .000 |
| 2 a 3 años<br>No curso | 83.90<br>81.69 | 549061 | 2602412 | -3.660 | .000 |
| 4 a 5 años<br>5 a más | 81.96<br>82.18 | 157323 | 211279 | -1.056 | .291 |
| 4 a 5 años<br>No curso | 81.06<br>81.69 | 315664 | 369620 | -1.45 | .146 |
| 5 años a más<br>No cursos | 82.18<br>81.69 | 993635.5 | 1492137 | -.768 | .442 |

Respecto a la aplicación del P.E. con el tiempo que tenían de haber llevado el Curso de P.E. existe diferencia en la mayoría del tiempo, excepto entre las que lo tomaron más de 4 a más de 5 años y las que no lo han tomado. La media más alta fue para las que tenían menos de 1 año de haber tomado el curso con 84.55 y la más baja las que lo tomaron hace más 4 a 5 años con un media de 81.06.

TABLA 14
PRUEBA DE KUSKAL WALLIS ENTRE LAS VARIABLES DE APLICACIÓN Y INSTITUCIÓN DONDE LLEVÓ EL CURSO

| | |
|---|---|
| Chi cuadrada<br>Grados de libertad | 91.842<br>3 |
| p | .000 |

PRUEBA U DE MANN WHITNEY ENTRE LAS VARIABLES APLICACIÓN DEL P.E. DE ACUERDO A LA INSTITUCIÓN DONDE LLEVÓ EL CURSO

| | Media | U de mann Whitney | Wilcoxon | z | p |
|---|---|---|---|---|---|
| Educativa<br>Hospitalaria | 81.55<br>85.56 | 599271 | 1904191 | -8.88 | .000 |
| Educativa<br>Otros | 81.55<br>84.30 | 69197.50 | 1374117.50 | -1931 | .053 |
| Educativa<br>No cursos | 81.55<br>81.69 | 1598968 | 2903888 | -1.200 | .23 |
| Hospitalaria<br>otros | 85.56<br>84.30 | 41340.50 | 46093.50 | -1.51 | .13 |
| Otros<br>No cursos | 84.30<br>81.69 | 89164.50 | 2144542.50 | -1.55 | .12 |

En cuanto a si existía diferencia en la aplicación del P.E. y la institución donde se llevó el curso, solo se encontró diferencia significativa entre las Instituciones Educativas y Hospitalarias. La media fue para la primera de 81.55 (más baja ) y la más alta para la segunda de 85.66

TABLA 15
PRUEBA DE KUSKAL WALLIS ENTRE LAS VARIABLES DE APLICACIÓN Y DURACIÓN DEL CURSO

| | |
|---|---|
| Chi cuadrada<br>Grados de libertad | 29.548<br>3 |
| p | .000 |

PRUEBA U DE MANN WHITNEY ENTRE LAS VARIABLES APLICACIÓN DEL P.E. DE ACUERDO A LA DURACIÓN DEL CURSO

| | Media | U de mann Witney | Wilcoxon | z | p |
|---|---|---|---|---|---|
| Menos de 20<br>20 a 40 horas | 83.63<br>83.01 | 450697.50 | 699562.50 | -2.13 | .030 |
| Menos de 20<br>Más de 40 | 83.63<br>81.86 | 354353 | 528981 | -4.19 | .000 |
| Menos de 20<br>No cursos | 83.63<br>81.69 | 1237436 | 3290787 | -4.89 | .000 |
| 20 a 40 horas<br>más de 40 | 83.01<br>81.86 | 195797.5 | 371325.5 | -1.91 | .055 |
| 20 a 40 horas<br>No curso | 83.01<br>81.69 | 685284.5 | 2738636 | -1.602 | .109 |
| Más de 40<br>No curso | 81.86<br>81.69 | 586530.5 | 7620585 | -.814 | .416 |

Respecto a si hay diferencias en la aplicación del P.E. y el tiempo de duración del curso se encontró diferencias entre

CONCLUSIONES

- Respecto a la confiabilidad del instrumento, reportó un alfa de Cronbach de 0.89.
- El índice de conocimiento relacionado con el P.E reportó la media mas baja. Respecto a la aplicación del P.E. en cada una de sus etapas, la del diagnóstico reportó un media más baja y la más alta fue para la etapa de ejecución.
- Las principales barreras identificadas por el personal de enfermería fueron la falta de conocimiento y la sobrecarga de trabajo. Lo relacionado ala falta de conocimiento es congruente con el valor de la media para este índice.
- El conocimiento que tiene el personal de Enfermería sobre el P.E. se relaciona con su aplicación.
- Se encontraran diferencias en su aplicación en las variables de nivel, tipo de institución, en la escolaridad del personal de enfermería, tipo de curso, tiempo de duración, el tiempo de haberla llevado y la institución que lo impartió. De este análisis se determina que se aplica el P.E. en instituciones privadas de tercer nivel de atención, enfermeras con estudios de Posgrado (Especialida), que hayan tomado el curso de Proceso de Enfermería, impartida por instituciones hospitalarias en el último año, con duración de menos de 20 horas.

Referencias

Alfaro, R. (1992) Aplicación del Proceso de Enfermería Guía práctcia, 3era. Edición Editorial Mosby & Doyma Barcelona, España.

Carpenito, L. (1990) Diagnósticos de Enfermería, 5ta. Edición, Editorial Interamericana McGraw –Hill, México.

Feliu, B. (1995) Validación del Método del Proceso de Atención de Enfermería, Desarrollo Científico de enfermería 3(4):4-13.

Gordon M (1996) Diagnóstico Enfermero. Proceso y Aplicación, 3er. edición, Mosby / Doyma, México, D.F.

Guirao, J. (1999),, " DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA, CLAVES PARA SU DESARROLLO", REV. ROL DE ENFERMERÍA, julio - agosto , 22(7)

Iyer p, &Tapitich (1997) Proceso de Enfermería y Diagnóstico de Enfermería, 3era. edición, Interamericana McGraw – Hill

Jiménez T & Gutierrez E.(1997) El proceso de Enfermería una metodología para la práctica, Colombia: Orión Editores LTDA.

Leddy, Paper (1995) BASES CONCEPTUALES DE ENFERMERÍA, Editorial Interamericana. México, D. F.

Lopez E. (1989) "INTENTO DE TRABAJAR CON DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA" Nursing research, vol. 7, no. 10, Dic.

López J. (1994) " APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA EN LAS PRÁCTICAS CLÍNICAS DEL ESTUDIANTE" Enfermería clínica, noviembre - diciembre; 4( 6): 254-259

Luis R. (1993) Diagnóstico de Enfermería un instrumento para la práctica. Editorial Doyma Barcelona España.

Moreno G. & Gutierrez (1999) Conocimiento del personal de enfermería sobre el proceso de planificación de cuidados, Enfermería Siglo XXI 1(3): 10-13

O'Conell B. (1998) The Clinical application of the nursing process in selected actue care settings: a professional mirage. Austarlian journal of Advance Nursing 15(4):22-32 Artículo traduced 1999.

Padilla A. " PATRONES FUNCIONALES DE SALUD COMO MARCO DE REFERENCIA PARA APLICAR EL PROCESO DE ENFERMERÍA" , Enfermera al dia., febrero (1994).

Polit & Huggler (1998) Investigación de la salud

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, 1987, México, D.F.

Reyes, A (2000) Factores que intervienen en la aplicación del Proceso de Enfermería, Tésis inédita, Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Querétaro, México.

Sánchez A. & Hernández (1998) Surgimiento del diagnóstico de Enfermería. Desarrollo Científico (6)5: 132-140

Settelen C. 1997. Feb The diagnosisi process in nursing Pflege 10(1):35-42 (Abst.)

Valdés M. , Aldape B. “PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA” Enfermera al Día , junio 1993., pag. 24-27.

Zaragoza A.(1999) “ EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA; PERSPECTIVA DE PROFESORES Y ALUMNOS”, Rol de enfermería, 22 (9) Sep.

V SIMPOSIUM
INTERNACIONAL DE
DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMERÍA

# LA FORMACIÓN COMO HERRAMIENTA FUNDAMENTAL PARA LA IMPLANTACIÓN DE LOS PLANES DE CUIDADOS


***Rancaño Rodriguez Mª Isabel***
***Vazquez Rodriguez Margarita***
***Fernandez Tamargo Eva***
***Fernandez Ramos Ana Isabel***
***Vallina Vazquez Cristina***
***Fuentes Fernandez Mª Amor***

**HOSPITAL MONTE NARANCO (OVIEDO)**



**Innovación en el proceso de cuidar: conjunción de herramientas y saber.**
**Valencia – 13 y 14 de mayo de 2004**

## INTRODUCCIÓN.

*Según el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española:*
*"Formación", significa: Acción y efecto de formarse.*
*"Formar": educar, adiestrar (enseñar, instruir)*

La formación continuada sirve para crear un marco estable de aprendizaje, renovación y perfeccionamiento de las habilidades.
La formación garantiza la adquisición de destreza específica para la actividad a la que está destinada.

El mundo de la formación está viviendo un importante proceso de cambio, pasando del paradigma "enseñar" al de "aprendizaje". Este cambio implica el abandono de la idea básica que ve al docente como centro de transmisión de conocimientos, para asumir una nueva, donde el alumno se transforma en socio del aprendizaje y centro del proceso; el docente pasa a ser un simple facilitador del acceso al conocimiento.

El sistema de formación que nosotros hemos utilizado para dar a conocer el manejo de los Planes de Cuidados, está encaminado hacia la orientación práctica, incorpora desde contenidos teóricos básicos de conceptualización, a herramientas de trabajo, y sobre todo, aporta nuevas experiencias e intercambio de conocimientos entre el formador o docente (en este caso enfermera docente) y el alumno (el profesional de enfermería)

## OBJETIVO

La Dirección de Enfermería del Hospital Monte Naranco, consideró que, la implantación de los cuidados de enfermería mediante los Planes de Cuidados, no serían eficaces sin la formación en los mismos.

A pesar del conocimiento en Metodología Enfermera del profesional de enfermería, faltaba una formación específica para poder llevar a la práctica la aplicación de los Planes de Cuidados (cumplimentación, ejecución de actividades y evaluación) de una manera efectiva.

La formación específica, individual y práctica en la implementación de los Planes de Cuidados, asegura una mayor implicación del personal de enfermería, que va a garantizar unos cuidados integrales al usuario.

## MATERIAL Y MÉTODO

El Hospital Monte Naranco es un hospital de agudos asociado al Hospital Central de Asturias y a la Universidad de Oviedo. Básicamente atiende a pacientes Geriátricos.

**1º FORMACIÓN**:

**Innovación en el proceso de cuidar: conjunción de herramientas y saber.**
**Valencia – 13 y 14 de mayo de 2004**

La primera parte de la formación consiste en formación externa en Metodología Enfermera, se realizaron 2 cursos con docentes ajenos al hospital, donde se da a conocer en marco teórico y conceptual de la profesión de Enfermería actual. Finalizado el 1º curso de Metodología Enfermera, se crea la Comisión de Planes de Cuidados, dependiente de la Dirección de Enfermería. La Comisión de Planes de Cuidados selecciona bajo la Taxonomía NANDA, aquellos diagnósticos más adecuados en función de los recursos disponibles en el hospital, y de la orientación a la función que los Planes de Cuidados Geriátricos deben tener. Posteriormente se elaboran 7 planes de cuidados estandarizados, que corresponden a otros tantos servicios asistenciales del HMN.
La segunda parte de la formación, coincide con la decisión por parte de la Dirección de Enfermería de la implantación de los Planes de Cuidados. Esta implantación se realiza con la puesta en marcha de formación específica, individual y práctica en los mismos, a través de la comisión de planes de cuidados, siendo uno de sus miembros el responsable de dicha formación.
La aplicación de los planes de cuidados estandarizados fue herramienta de la Dirección de Enfermería para aplicar Metodología Enfermera, además de impulsar y apoyar el proceso de cambio organizativo.

## 2º MEDICIÓN DE RESULTADOS.

Para demostrar que la formación específica, individual y práctica es útil como herramienta fundamental en la implementación de los planes de cuidados, se realizan mediciones de "efectividad" respecto a la correcta cumplimentación de los mismos y al registro de su evaluación.
Los indicadores a medir fueron los siguientes:

- Cumplimentación correcta del plan de cuidados de acuerdo a las normas establecidas.
- Registro en observaciones de enfermería de la evaluación diaria del plan de cuidados.

La medición de efectividad se realiza de acuerdo al siguiente cronograma:

1. Las dos semanas posteriores a la finalización de la formación se realizan "audits" 2 veces por semana.
2. Durante las cuatro semanas posteriores, 1 "audits" una vez por semana.
3. A partir de este momento los "audits" se realizarán una vez al mes por un tiempo indefinido.

Así mismo, una vez finalizada la formación en cada unidad, se paso a todos los trabajadores formados una "encuesta de satisfacción".

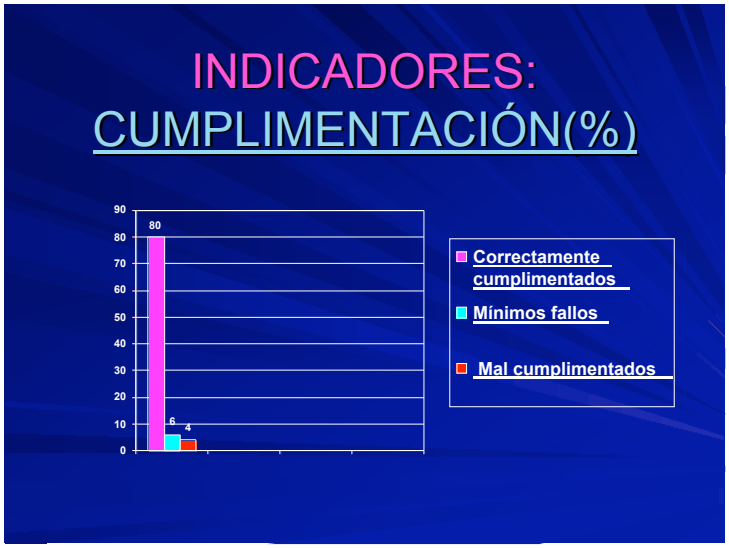
## 3º MARCO CONCEPTUAL

Dicha formación se realiza dentro del ciclo de mejora continua de Deming (PDCA)

## RESULTADOS

1. El número de trabajadores formados externamente (hasta el momento) ha sido del 54,2 %.
2. Del primer curso en Metodología Enfermera se formó la Comisión de Planes de Cuidados con 7 Diplomados en Enfermería
3. Los planes de cuidados elaborados hasta el momento son un total de 7:
   - Plan de Cuidados de Enfermería del Paciente Agudo Geriátrico.
   - Plan de Cuidados de Enfermería del Paciente con Úlceras Vasculares.
   - Plan de Cuidados de Enfermería del Paciente con ECV
   - Plan de Cuidados de Enfermería del Paciente Paliativo.
   - Plan de Cuidados de Enfermería del Paciente de Ortogeriatría.
   - Plan de Cuidados de Enfermería del Paciente con cirugía de PTR y PTC.
   - Plan de Cuidados de Enfermería del Paciente con Adenoma de Próstata.

4. Indicadores.
   - Se realizan "audits" con los siguientes indicadores.
     - ❖ Tasa de cumplimentación.
       - Correctamente cumplimentados: 80 %
       - Mínimos fallos: 16
       - Mal cumplimentados: 4 %




     - ❖ Tasa de registros en Observaciones de enfermería de la evaluación diaria del plan de cuidados:
       - Evaluación registrada: 93 %
       - Ausencia de registros: 7 %


INDICADORES:
REGISTROS (%)
120
100
80
60
40
20
0
7
93
Ausencia de registros
Registro de evaluación

- Encuesta de satisfacción al personal formado: escala tipo Liker, con 10 preguntas con puntuación de 1 a 5. El resultado fue el siguiente.
  - 45,5 % dieron una valoración muy elevada y un 43, 7 % elevada.
  - Los trabajadores expresaron que la formación debería repetirse anualmente en un 57 %, y un 38 % creía que la repetición debería de ser semestral.
  - En cuanto a la adquisición de conocimientos, un 95,5 % de los trabajadores coinciden que en las clases prácticas es donde más conocimientos se adquiere.
  - 


**CONCLUSIONES**

1. La formación es una estrategia en la gestión de cuidados. Es una herramienta fundamental en la mejora continua de los cuidados, facilitando y mejorando la implicación del personal.
2. El uso de indicadores, permite hacer una valoración específica y objetiva del grado de implantación, aunque la evaluación es subjetiva en algunos diagnósticos, ya que carecemos de escalas para una medición correcta.
3. Algunos de nuestros objetivos ya estamos en condiciones de medirlos, pues contamos con escalas validadas: las UPP (escala Norton), el índice de flebitis (escala la .. flebitis validada), los grados de dependencia (el Índice de Barthel).

4. Para conseguir una buena dinámica en la implantación de los Planes de Cuidados, es fundamental una buena coordinación con el servicio médico, sobretodo en las tareas interdependientes.
5. Se consiguió el hábito de realizar registros de enfermería por parte del personal.
6. La formación individual permite revisar y actualizar los planes de cuidados de forma continua.
7. Es fundamental incorporar esta formación a los planes de acogida para el personal de nueva incorporación, mediante la figura del experto en cuidados que tutele todo este proceso.

V SIMPOSIUM INTERNACIONAL DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

# INNOVACIONES METODOLÓGICAS EN UN PROCESO DE CUIDADOS

**Ladios Martín, Mireia** solilluna79@hotmail.com

**Antolinos Turpín, Silvia** silviaaa823@hotmail.com

**Innovación en el proceso de cuidar: conjunción de herramientas y saber.**
**Valencia – 13 y 14 de mayo de 2004**

## RESUMEN

En este trabajo se presenta un proceso de cuidados llevado a cabo con un joven hospitalizado en la Unidad de Reanimación del Pabellón de Rehabilitación del Hospital " La Fe" de Valencia. La información que en el se recoge es resultante de la relación enfermera – paciente – familia. Para su desarrollo se utilizó la taxonomía "North American Nursing Diagnosis Associaton (NANDA)", que junto con las aportaciones que se han hecho en la Taxonomía II hace que el proceso de cuidados de enfermería, adquiera una mayor consistencia y rigor metodológico; así mismo, fueron empleadas las clasificaiones " Nursing Intervencions Classsification (NIC)" y "Nursings outcomes Calssification (NOC)". En lo referente a la valoración de enfermería se empleó la guía de valoración de M. Gordon, además de verse oportuno el empleo de la escala Goldberg para la monitoriazación de la ansiedad. Las actuaciones de enfermería estuvieron dirigidas hacia el joven y hacia sus padres, debido a la gran importancia que cobra el núcleo familiar en este tipo de situaciones.

Palabras claves:

Cuidados quirúrgicos; Unidad de Reanimación; Proceso de cuidados; Categorización de actividades; Politraumatismo.

## INTRODUCCION

El desarrollo de la metodología enfermera es un proceso cuyo origen parte ya desde Florence Nightingale. En un principio dicha metodología se encontraba poco definida, pero en la actualidad disponemos de la taxonomía "Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación" (NANDA), que junto a las aportaciones que se han hecho en la Taxonomía II adquiere una mayor consistencia metodológica. Por otra parte, y gracias al desarrollo de los proyectos de investigación de la Universidad de Iowa (E.E.U.U), disponemos de la "Clasificación de Intervenciones de Enfermería" (NIC, desde 1987) y la "Clasificación de Resultados de Enfermería" (NOC, 1991), las cuales siguen un orden interno lógico y se encuentran interrelacionadas entre sí, y a su vez, con los diagnósticos de enfermería (NANDA), ofreciendo mayor rigor científico y calidad al proceso de cuidados.
Trabajar con un marco metodológico de cuidados beneficia tanto al paciente como al trabajo enfermero, mejorando los cuidados, proporcionando una visión integral del paciente, al mismo tiempo que potencia la autonomía e investigación enfermera, sin olvidar que logramos la aproximación al lenguaje a otras disciplinas. Se garantiza el registro de la información lo que posibilita la evaluación del proceso.

Según Ferrer. E. "los cuidados enfermeros determinan un área de atención relacionada con la persona - sujeto, no con su enfermedad - objeto, donde su diagnóstico y tratamiento son factores que influyen en la persona, condicionan sus necesidades de cuidados y la acción enfermera". La importancia del sujeto particular es vital para el cuidado enfermero, y no puede obviarse en ninguno de los casos. La persona está inmersa en su mundo de inseguridad e incertidumbres, y es la única protagonista de su proceso.

Para el desarrollo del metodológico del presente trabajo se partió de la aportación que hace Ferrer, E. sobre la categorización de actividades (de valoración, de método y de modificación/ prevención) derivada de la Clasificación de Intervenciones de Enfermería(NIC). Ello permite la elaboración de un Proceso de Cuidados partiendo desde la meta que se pretende obtener, incluyendo por tanto todas las acciones previas a cualquier posible desviación de la normalidad, y por tanto dirigiendo todas las acciones enfermeras necesarias desde el principio (valoración focalizada, métodos y cuidados de promoción, restauración, conservación o mantenimiento de la salud), donde éstas adquieren una dimensión de "interrelación, respeto, cooperación y ayuda".

## CASO CLINICO

**Datos del paciente:**

- Nombre: José Angel M.S Sexo: varón
- Edad: 22 años y 2 meses
- Fecha de ingreso: 27/02/04
- Diagnóstico médico: Politraumatismo/ sospecha de tumor cerebral
- Constantes al ingreso:
  TA*: 130/60 ppm*: 105 Saturación O2*: 100% F.R*: 16

  Talla: 190 cm Peso: 95kg

Paciente procedente del Hospital de la Marina Alta, tras haber sufrido un accidente de tráfico. Es trasladado para ser intervenido de urgencia en el Hospital de Rehabilitación del Hospital Universitario "La Fe" de Valencia.
Previo a la intervención se le realiza un prueba diagnóstica (TAC), en la que se le detectan las distintas fracturas y en la que aparece una masa ocupante a nivel cerebral (frontal), compatible con un tumor cerebral.

**Valoración de Enfermería por Patrones Funcionales de Gordon: Paciente**

1. Percepción de la salud - Control de la salud
   Paciente con ventilación mecánica y tubo endotraqueal
   Parámetros de ventilación: BIPAP* FiO2*: 40% 12 ciclos

2. Nutricional- Metabólica:
   Presenta hipertermia 38ºC
   Prescrita dieta absoluta (post intervención).
   Perfusiones de ingreso:
   - Diprivan 2% (5ml/h)
   - Dopamina st (10ml/h)
   - Ultiva st (10ml/h)
   - Suero fisiológico de mantenimiento + 10 mEq ClK

3. Eliminación:
   Sondaje vesical temporal
   Presenta hematuría a valorar estrechamente

4. Actividad - Ejercicio:
   - Fractura compleja de pelvis, inmovilizada con osteosíntesis
   - Fractura de fémur (derecho), inmovilizado a través de una tracción.

5. Cognitivo - Perceptual:
   Existe sospecha de tumor cerebral localizado en la región frontal
   Presenta reactividad pupilar, derecha = izquierda
   Pautados altos niveles de sedación:
   - Ultiva st (10ml/h)

**Valoración de Enfermería por patrones funcionales de Gordon: Familiar**

1. Autopercepción:
   Nerviosismo y sensación de impotencia por la hospitalización de su hijo.
   Incertidumbre ante el pronóstico y evolución

2. Afrontamiento - Tolerancia al estrés:
   Alto nivel de estrés ante la situación del familiar.

3. Valores y creencias:
   Madre católica practicante.

## HOJAS DE EVOLUCION DE ENFERMERIA

A continuación se presentan la hojas de evolución de enfermería de José Angel, que comprenden desde la fecha de su ingreso hasta el 10/03/04. Este último día no se corresponde con el Alta Hospitalaria del paciente, él cual continuó ingresado en la Unidad de Reanimación del Hospital de Rehabilitación del Hospital "La Fe" de Valencia. Se consideró oportuno cesar en la valoración debido a la finalización del periodo práctico en dicho servicio, lo que imposibilito seguir su evolución hasta el Alta.

El trabajo en su conjunto reúne:
- Tablas de evolución de enfermería
- Tablas de diagnósticos de enfermería/ problemas colaborativos.

Ambas incorporan una escala de puntuación del 1 al 5 para valora los distintos parámetros considerados oportunos. El primero corresponde a la máxima dependencia (comprometido) y el segundo a la independencia (no comprometido) en la satisfacción de la necesidad.

Debido a la situación crítica de nuestro paciente, se consideró apropiado trabajar la valoración dirigiéndonos tanto al enfermo como a los familiares. El motivo de incluir a la familia surgió de la necesidad de prevenir complicaciones derivadas de la posible no adaptación ante la situación de estrés que estaban viviendo.

*TA = tensión arterial, ppm = pulsación por minuto, O2 = Oxígeno, FR = frecuencia respiratoria, BIPAP = bilevel positive airway pressure, FiO2= Fracción de Oxígeno inspirado

| **FECHA: 27 / 02 / 04** | | | **UNIDAD: REA DE REHABILITACIÓN** | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **RESULTADO** | **INTERVENCION** | ***ACTV ESTANDAR** | **INDICADOR ACTV** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| | Cuidados de enfermería al ingreso<br>**Nic 7310** | Valoración física<br>Notificar el estado del paciente al médico<br>Practicar precauciones de seguridad<br>Obtener orden médica de cuidados a realizar | | | | | | |
| Estado respiratorio: Permeabilidad de las vías aéreas<br>**Noc 0410** | Manejo de las vías aéreas<br>**Nic 3140** | **<u>De valoración:</u>**<br>Vigilar el estado respiratorio y de O2<br><br>**<u>De cuidados (P):</u>**<br>Realizar la aspiración nasotraqueal y endotraqueal<br>Administración O2 humidificado | Ausencia de asfixia | | | | | 5 |
| | | | FR en E.R.E* | | | | | 5 |
| | | | Movilización del esputo hacia fuera de las vías aéreas | | | | | 5 |
| | | | Ausencia de ruidos patológicos | | | | | 5 |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| Estado de los signos vitales<br>**Noc 0802** | Monitorización de los signos vitales<br>**Nic 6680** | **<u>De valoración:</u>**<br>Control TA /ppm /T°* / FR<br>Control ritmo FC<br>Control de precisión de los instrumentos de medida | Temperatura (>37ºC) 38ºC | | | 3 | | |
| | | | F. cardiaca E.R.E | | | | 4 | |
| | | | F. respiratorio E.R.E | | | | | 5 |
| | | | PA* sistólica E.R.E | | | | | 5 |
| | | | PA diastólica E.R.E. | | | | | 5 |
| | Oxigenoterapia<br>**Nic 3320** | **<u>De valoración :</u>**<br>Controlar la eficacia de la oxigenoterapia (pulsímetro, y Gasometría de sangre arterial) | Ph (7.35-7.45) | | | | | 5 |
| | | | PCO2 (35-45) | | | | | 5 |
| | | | PO2 (75-100) (162.5 mmHg) | | | | 4 | |
| Estado nutricional: Determinación bioquímicas<br>**Noc 1005** | Monitorización nutricional<br>**Nic 1160** | **<u>De valoración:</u>**<br>Vigilar nivel de: Hb*, Hct*, Glucemia<br>Comprobar nivel de: linfocitos y electrolitos<br><br>**<u>De cuidados (P):</u>**<br>Proporcionar comida y líquidos nutricionales<br>Notificar al médico cambios en el paciente | Na (135-148) | | | | | 5 |
| | | | Hematocrito (37-54) | | | | | 5 |
| | | | Hemoglobina (12-18) | | | | | 5 |
| | | | Recuento linfocitario (10-30) | | | | | 5 |
| | | | Glucemia (60-125) | | | | | 5 |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | K (3.5-5.3) | | | | | 5 |
| Eliminación urinaria<br>**Noc 0503** | Manejo de la eliminación urinaria<br>**NIC 0509** | **De Valoración:**<br>Control frecuencia, volumen y color de diuresis.<br>Observar signos/síntomas de retención urinaria<br>**De cuidados(P):**<br>Remitir al médico sí signos de infección | Entradas y salidas durante 24h Equilibradas (+1204cc) | | | 3 | | |
| | | | Ausencia de sangre en la orina (Hematuria) | | | 3 | | |
| **RESULTADO** | **INTERVENCION** | **ACTV ESTANDAR** | **INDICADOR ACTV** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| Cuidados personales: Higiene<br>**Noc 0305** | Baño<br>**Nic 1610** | **De cuidados (P):**<br>Realizar baño completo<br>Aplicar crema hidratante en zonas de piel seca | Mantiene higiene ocular y orofaríngea | 1 | | | | |
| | | | Lava el cuerpo | 1 | | | | |
| | | | Seca el cuerpo | 1 | | | | |
| Respuesta a la medicación<br>**Noc 2301** | Administración de la medicación<br>**Nic 2300** | **De valoración:**<br>Observar efectos terapéuticos<br>Observar si: efectos adversos, toxicidad e interacciones entre paciente/ medicación<br>**De cuidados:**<br>Vigilar signos vitales y valores de laboratorio<br>Previa administración medicación<br>Observar posibles alergias/contraindicación<br>Administrar con técnicas y vías adecuadas<br>Firmar narcóticos y fármacos restringidos, según protocolo centro | Efectos terapéuticos esperados, presentes | | | | 4 | |
| | | | Ausencia de reacción alérgica | | | | | 5 |
| | | | Ausencia de efectos adversos | | | | | 5 |
| Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas<br>**Noc 20** | Cuidados del paciente encamado<br>**Nic 0740** | **De valoración:**<br>Vigilar el estado de la piel<br>**De cuidados ( P):**<br>Mantener cama limpia, seca y sin arrugas<br>Colocar al paciente con alineación adecuada.<br>Girar al paciente cada 2horas<br>Uso de dispositivos para evitar presiones óseas | UPP* | | | | | 5 |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Manejo del estreñimiento **Nic 0450** | **De valoración:** Observar si se produce estreñimiento Comprobar movimientos y sonidos intestinales Observar si aparecen heces duras y secas | Estreñimiento | | | | | 5 |
| | Cuidados del embolismo periférico **Nic 4104** | **De valoración:** Observar signos de disminución venosa, inflamación, venas duras, enrojecimiento, calor y entumecimiento. **De cuidados (P):** Administrar medicación anticoagulante | Trombosis venosa | | | | | 5 |
| **RESULTADO** | **INTERVENCION** | **ACTV ESTANDAR** | **INDICADOR ACTV** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| Estado infeccioso **Noc 0703** | Control de infecciones **Nic 6540** | **De cuidados** Usar guantes según N.P.U* | Calor | | | | | 5 |
| | | Limpiar con jabón antibacteriano | Esputo purulento | | | | | 5 |
| | | Administrar antibioterapia | Fiebre (38ºC) | | | 3 | | |
| | | Inspeccionar la herida en cada cambio de apósito y limpiar con solución salina | Colonización de hemocultivo / Urocultivo / herida quirúrgica | | | | | 5 |
| | | Asegurar técnica de cuidados de heridas adecuadas | Leucocitosis | | | | | 5 |
| | | Garantizar manipulación aséptica de las v.i* | Colonización de punta catéter central/ periférico | | | | | 5 |
| | | Mantenimiento de ambiente aséptico en cambio de tubos y NP* | Rubor | | | | | 5 |
| | | Usar guantes estériles s/p* | Dolor | | | | | 5 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Función esquelética<br>**Noc 0211** | Cuidados de tracción e inmovilización<br>**Nic 0940** | **De valoración:**<br>Controlar puntos de inserción de broches<br>Vigilar piel/prominencias óseas para ver si UPP<br>Vigilar circulación, movimientos y sensibilidad de extremidad afectada<br>Vigilar dispositivo fijación externo<br><br>**De cuidados:**<br>Asegurarse de que las cuerdas/poleas de tracción cuelgan libremente<br>Asegurarse de que la polea de las cuerdas y pesas permanecen a lo largo del hueso fracturado<br>Sujetar pesas de tracción mientras se mueve el paciente<br>Mantener tracción en todo momento<br>Realizar los cuidados del punto de inserción de los broches<br>Administrar cuidados adecuados a la piel en los puntos de fricción | Integridad ósea<br>Osteosíntesis en fémur y pelvis | | | 3 | | |
| | | | Alineación esquelética<br>Osteosíntesis en fémur (con tracción) y pelvis | | | | 4 | | |
| **RESULTADO** | **INTERVENCION** | **ACTV ESTANDAR** | **INDICADOR ACTV** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | |
| Estado neurológico<br>**Noc 0909** | Monitorización neurológica<br>**Nic 2620** | **De valoración:**<br>Comprobar tamaño, forma, simetría y capacidad de reacción pupilar<br>Observar si hay movimiento pronador<br>Comprobar las respuestas a estímulos: verbal, táctil y dañinos<br>Observar la respuesta a la medicación<br><br>**De cuidados(P):** | Función neurológica sensitiva/ motora de pares craneales<br><br>(respuesta positiva al dolor) | | | | 4 | | |
| | | | Tamaño pupilar y reactividad<br><br>Derecha = Izquierda<br>Reactivas | | | | | 5 | |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Notificar al medico los cambios en el estado del paciente<br>Cabecera elevada 30º y cuello en posición neutra<br>Espaciar los cuidados y minimizar estímulos | Grado de conexión tras la disminución de sedación | | | | | 5 |
| Capacidad de comunicación<br>**Noc 0902** | Contacto<br>**Nic 5460** | **De Valoración:**<br>Coger la mano del paciente para dar apoyo emocional | Utiliza el lenguaje no verbal | | | | 4 | |
| | | | Reconoce los mensajes recibidos | | | | 4 | |
| | | | Dirige el mensaje de forma apropiada | | | | | 5 |

## TABLA ESTADO FAMILIAR

| RESULTADO | INTERVENCION | ACTV ESTANDAR | INDICADOR ACTV | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Adaptación del cuidador familiar al ingreso del paciente en un centro sanitario<br>**Noc 2200** | Apoyo a la familia<br>**Nic 7140** | **De cuidado ( P):**<br>Escuchar las inquietudes, sentimientos y preguntas de la familia | Comunicación con la agencia asistencial | | | | | 5 |
| | | **De Cuidados (P):**<br>Asegurar a la familia que el paciente se le brindan los mejores cuidados | Recogida del cuidador familiar de información sobre la rutina del paciente | | | | | 5 |
| | | Favorecer una relación de confianza con la familia<br>Ofrecer una esperanza realista | Confianza en los cuidadores que no pertenecen a la familia | | | | 4 | |
| Control de la ansiedad<br>**Noc 1402** | Valoración de la ansiedad | **De Valoración:**<br>Monitorización del nivel de ansiedad (Escala de Goldberg) | Puntuación inferior a 4 en la escala de Goldberg<br><br>Puntuación 8/9 | 1 | | | | |

*E.R.E = En el rango esperado, Tº = temperatura, PA = Presión arterial, Hb = Hemoglobina, Hct = Hematocrito, UPP = Ulceras por presión, NPU = Normas de Protección Universal, NP = Nutrición parenteral, s/p = según protocolo, v.i = vía intravenosa, ACTV = actividad.

## OBSERVACIONES DE ENFERMERÍA

**Paciente:**

- Ingreso del paciente a las 9 horas en Unidad de Reanimación
- Valoración por patrones de Gordon y establecimiento de objetivos
- Se valoran posibles complicaciones potenciales

- J.A permanece estable hemodinámicamente. En cuanto a la valoración neurológica, se hace hincapié en la valoración pupilar, la cual se encuentra dentro de los parámetros normales.
- Obviamos días 28/ 29 de Febrero y 01/02 de Marzo por no existir cambios relevantes en el estado del paciente.

**Familia:**

- Se establece primer contacto con los allegados.
- Traslado desde Denia (Alicante) de todo el núcleo familiar.
- Presencia de la pareja de J.A.
- La madre manifiesta preocupación y desasosiego, rompiendo a llorar en varias ocasiones en nuestra presencia. Por lo contrario, el padre muestra más serenidad y control de la situación.
- Optamos por el uso de la Escala de Goldberg para objetivar el grado de ansiedad detectable desde este momento.
- Se ofrece nuestra colaboración en todo momento, asegurando en varias ocasiones que estamos a su entera disposición. También se les explica las normas de la Unidad, así como los horarios de visitas. Nos agradecen nuestra atención.

| P.C* / D.E* PACIENTE | INDICADORES | INTERVENCION | ACTIVIDADES | RESULTADO | INDICADOR DE RESULTADOS | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| 27/02/04 | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **P.C**<br>**Infección** | Fiebre<br>Colonización hemocultivo<br>Leucocitos<br>Taquicardia<br>Colonización urocultivo | Control de Infecciones<br>**Nic 6540** | Administrar antibioterapia<br>Garantizar manipulación aséptica de las vías i.v. | J.A no presentará infección durante su estancia hospitalaria<br><br>Estado infeccioso<br>**Noc 0703** | Colonización de Hemocultivo/ Urocultivo/ Herida quirúrgica | | | | | 5 |
| | | | | | Fiebre (38ºC) | | | | 4 | |
| | | | | | Dolor hipersensibilidad | | | | | 5 |
| | | | | | F.C* E.R.N (105ppm) | | | | 4 | |
| | | | | | Leucocitosis | | | | | 5 |
| **D.E:**<br>**Déficit de autocuidados higiene/ alimentación/ eliminación**<br>**R/C evolución proceso** | Totalmente dependiente | Ayuda con los autocuidados<br>**Nic 1800** | Identificar los cuidados a realizar<br>Suplir en la ejecución de los cuidados | J.A mantendrá sus autocuidados tras el alta hospitalaria<br><br>Cuidados personales: actividad de la vida diaria<br>**Noc 0300** | Uso del inodoro | 1 | | | | |
| | | | | | Come | 1 | | | | |
| | | | | | Higiene | 1 | | | | |

| **P.C / D.E**<br>**FAMILIA**<br>**27/02/04** | **INDICADORES** | **INTERVENCION** | **ACTIVIDADES** | **RESULTADO** | **INDICADOR DE RESULTADOS** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **D.E**<br>**Ansiedad R/C preocupación en la evolución del paciente** | Preocupación creciente<br>Inquietud<br>Incapacidad de relajarse<br>Pesimismo | Disminución de la ansiedad<br>**Nic 5820** | Animar a la manifestación: sentimientos, percepciones y miedos | La madre Controlará el nivel de ansiedad durante el ingreso de su hijo<br><br>Control de ansiedad<br>**Noc 1402** | Controla la respuesta de ansiedad | | | 3 | | |
| | | | Utilizar un enfoque sereno proporcionar información objetiva | | Ausencia de manifestaciones de una conducta de ansiedad | | | 3 | | |
| | | | <u>Act asociada:</u><br>Empatía y escucha activa | | Puntuación satisfactoria en la escala de Goldberg | | 2 | | | |

*P.C = Problema colaborativo, D.E = Diagnóstico de Enfermería, FC = Frecuencia Cardiaca.

| FECHA: 03 / 03/ 04 REHABILITACIÓN | | UNIDAD: REA DE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **RESULTADO** | **INTERVENCION** | **ACTV ESTANDAR** | INDICADOR ACTV | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| Estado respiratorio: Permeabilidad de las vías aéreas **Noc 0410** | Manejo de las vías aéreas **Nic 3140** | **De valoración:** Vigilar el estado respiratorio y de O2 **De cuidados (P):** Realizar la aspiración nasotraqueal y endotraqueal Administrar O2 humidificado | Ausencia de asfixia | | | | | 5 |
| | | | FR en E.R.E | | | | | 5 |
| | | | Movilización del esputo hacia fuera de las vías aéreas | | | | | 5 |
| | | | Ausencia de ruidos patológicos | | | | | 5 |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| Estado de los signos vitales **Noc 0802** | Monitorización de los signos vitales **Nic 6680** | **De valoración:** Control TA /ppm /Tº / FR Control ritmo FC Control de precisión de los instrumentos de medida | Temperatura (>37ºC) | | | | 4 | |
| | | | F. cardiaca E.R.E | | | | | 5 |
| | | | F. respiratorio E.R.E | | | | | 5 |
| | | | PA sistólica E.R.E | | | | | 5 |
| | | | PA diastólica E.R.E. | | | | | 5 |
| | Oxigenoterapia **Nic 3320** | **De valoración :** Controlar la eficacia de la oxigenoterapia (pulsímetro, y Gasometría de sangre arterial) | Ph (7.35-7.45) | | | | | 5 |
| | | | PCO2 (35-45) | | | | | 5 |
| | | | PO2 (75-100) | | | | | 5 |
| Estado nutricional: Determinación bioquímicas **Noc 1005** | Monitorización nutricional **Nic 1160** | **De valoración:** Vigilar nivel de: Hb, Hct, Glucemia Comprobar nivel de: linfocitos y electrolitos **De cuidados (P):** Proporcionar comida y líquidos nutricionales Notificar al médico cambios en el paciente | Na (135-148) | | | | | 5 |
| | | | Hematocrito (37-54) 27.4 % | | | 3 | | |
| | | | Hemoglobina (12-18) 8.7 % | | | 3 | | |
| | | | Recuento linfocitario (10-30) | | | | | 5 |
| | | | Glucemia (60-125) | | | | | 5 |
| | | | K (3.5-5.3) | | | | | 5 |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Eliminación urinaria<br>**Noc 0503** | Manejo de la eliminación urinaria<br>**NIC 0509** | **De Valoración:**<br>Control frecuencia, volumen y color de diuresis.<br>Observar signos/síntomas de retención urinaria<br>**De cuidados(P):**<br>Remitir al médico sí signos de infección | Entradas y salidas durante 24h (-300cc/turno)<br>(-1084cc) | | | | 4 | |
| | | | Ausencia de sangre en la orina | | | | | 5 |
| **RESULTADO** | **INTERVENCION** | **ACTV ESTANDAR** | **INDICADOR ACTV** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| Cuidados personales: Higiene<br>**Noc 0305** | Baño<br>**Nic 1610** | **De cuidados (P):**<br>Realizar baño completo<br>Aplicar crema hidratante en zonas de piel seca | Mantiene higiene ocular y orofaríngea | 1 | | | | |
| | | | Lava el cuerpo | 1 | | | | |
| | | | Seca el cuerpo | 1 | | | | |
| Respuesta a la medicación<br>**Noc 2301** | Administración de la medicación<br>**Nic 2300** | **De valoración:**<br>Observar efectos terapéuticos<br>Observar si: efectos adversos, toxicidad e interacciones entre paciente/ medicación<br>**De cuidados:**<br>Vigilar signos vitales y valores de laboratorio<br>Previa administración medicación<br>Observar posibles alergias/contraindicación<br>Administrar con técnicas y vías adecuadas<br>Firmar narcóticos y fármacos restringidos, según protocolo centro | Efectos terapéuticos esperados, presentes | | | | 4 | |
| | | | Ausencia de reacción alérgica | | | | | 5 |
| | | | Ausencia de efectos adversos | | | | | 5 |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas<br>**Noc 20** | Cuidados del paciente encamado<br>**Nic 0740** | **De valoración:**<br>Vigilar el estado de la piel<br>**De cuidados ( P):**<br>Mantener cama limpia, seca y sin arrugas<br>Colocar al paciente con alineación adecuada.<br>Girar al paciente cada 2h<br>Uso de dispositivos para evitar presiones óseas | UPP | | | | | 5 |
| | Manejo del estreñimiento<br>**Nic 0450** | **De valoración:**<br>Observar si se produce estreñimiento<br>Comprobar movimientos y sonidos intestinales<br>Observar si aparecen heces duras y secas | Estreñimiento | | | | | 5 |
| | Cuidados del embolismo periférico<br>**Nic 4104** | **De valoración:**<br>Observar signos de disminución venosa, inflamación, venas duras, enrojecimiento, calor y entumecimiento.<br>**De cuidados (P):**<br>Administrar medicación anticoagulante | Trombosis venosa | | | | | 5 |
| **RESULTADO** | **INTERVENCION** | **ACTV ESTANDAR** | **INDICADOR ACTV** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| Estado infeccioso<br>**Noc 0703** | Control de infecciones<br>**Nic 6540** | **De cuidados**<br>Usar guantes según N.P.U | Calor | | | | 4 | |
| | | Limpiar con jabón antibacteriano | Esputo purulento | | | | | 5 |
| | | Administrar antibioterapia | Fiebre (37.4ºC) | | | | 4 | |
| | | Inspeccionar la herida en cada cambio de apósito y limpiar con solución salina | Colonización de hemocultivo / Urocultivo / herida quirúrgica | 1 | | | | |
| | | Asegurar técnica de cuidados de heridas adecuadas | Leucocitosis | | | | | 5 |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Garantizar manipulación aséptica de las v.i | Colonización de punta catéter central (levadura) | 1 | | | | |
| | | Mantenimiento de ambiente aséptico en cambio de tubos y NP | Rubor | | | | | 5 |
| | | Usar guantes estériles s/p | Dolor | | | | | 5 |
| Función esquelética **Noc 0211** | Cuidados de tracción e inmovilización **Nic 0940** | **De valoración:** Controlar puntos de inserción de broches Vigilar piel/prominencias óseas para ver si UPP Vigilar circulación, movimientos y sensibilidad de extremidad afectada Vigilar dispositivo fijación externo **De cuidados:** Asegurarse de que las cuerdas/poleas de tracción cuelgan libremente Asegurarse de que la polea de las cuerdas y pesas permanecen a lo largo del hueso fracturado Sujetar pesas de tracción mientras se mueve el paciente Mantener tracción en todo momento Realizar los cuidados del punto de inserción de los broches Administrar cuidados adecuados a la piel en los puntos de fricción | Integridad ósea Osteosíntesis en fémur y pelvis | | | 3 | | |
| | | | Alineación esquelética Osteosíntesis en fémur (con tracción) y pelvis | | | | 4 | |
| **RESULTADO** | **INTERVENCION** | **ACTV ESTANDAR** | **INDICADOR ACTV** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| Estado neurológico **Noc 0909** | Monitorización neurológica **Nic 2620** | **De valoración:** Comprobar tamaño, forma, simetría y capacidad de reacción pupilar Observar si hay movimiento pronador | Función neurológica sensitiva/ motora de pares craneales (respuesta positiva al dolor) | | | | 4 | |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Comprobar las respuestas a estímulos: verbal, táctil y dañinos<br>Observar la respuesta a la medicación<br><br>**De cuidados(P):** | Tamaño pupilar y reactividad<br><br>Derecha = Izquierda<br>Reactivas | | | | | 5 |
| | | Notificar al medico los cambios en el estado del paciente<br>Cabecera elevada 30º y cuello en posición neutra<br>Espaciar los cuidados y minimizar estímulos | Grado de conexión tras la disminución de sedación<br><br>(no valorable) | | | | | |
| Capacidad de comunicación<br>**Noc 0902** | Contacto<br>**Nic 5460** | **De Valoración:**<br>Coger la mano del paciente para dar apoyo emocional | Utiliza el lenguaje no verbal (no valorable) | | | | | |
| | | | Reconoce los mensajes recibidos (no valorable) | | | | | |
| | | | Dirige el mensaje de forma apropiada (no valorable) | | | | | |

## TABLA ESTADO FAMILIAR

| RESULTADO | INTERVENCION | ACTV ESTANDAR | INDICADOR ACTV | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Adaptación del cuidador familiar al ingreso del paciente en un centro sanitario<br>**Noc 2200** | Apoyo a la familia<br>**Nic 7140** | **De cuidado ( P):**<br>Escuchar las inquietudes, sentimientos y preguntas de la familia | Comunicación con la agencia asistencial | | | | | 5 |
| | | **De Cuidados (P):**<br>Asegurar a la familia que el paciente se le brindan los mejores cuidados | Recogida del cuidador familiar de información sobre la rutina del paciente | | | | | 5 |
| | | Favorecer una relación de confianza con la familia<br>Ofrecer una esperanza realista | Confianza en los cuidadores que no pertenecen a la familia | | | | | 5 |
| Control de la ansiedad<br>**Noc 1402** | Valoración de la ansiedad | **De Valoración:**<br>Monitorización del nivel de ansiedad (Escala de Goldberg) | Puntuación inferior a 4 en la escala de Goldberg<br><br>Puntuación 5/9 | | | 3 | | |

**OBSERVACIONES DE ENFERMERÍA**

**Paciente:**

- Hemocultivo y punta de Catéter Central extraídas el día 02/03/04 dan resultado positivo por presencia de levadura, e iniciamos terapia antibiótica según el protocolo especificado.
- Cambio de vía periférica a extremidad superior derecha por aparición de flebitis.
- Se realiza prueba diagnóstica (TAC craneal), observándose edematización con riesgo de compromiso neurológico. Se establece pauta de balance hídrico negativo de - 300cc por turno.
- Salvo los cambios pupilares y la reactividad al dolor, imposibilidad de valorar el resto de indicadores de estado neurológico por el alto nivel de sedación. Pese a ello el paciente mueve todas las extremidades lo que manifiesta inexistencia de hemiparesia.

**Familia:**

- Observamos clara disminución en el nivel de ansiedad, 5/9 según Escala Goldberg.
- La madre manifiesta estar más informada y tranquila. En la actualidad se encuentra viviendo en el domicilio de uno de sus hijos en Valencia y su marido permanece en Denia a la espera de novedades. Existe buena comunicación entre los miembros del núcleo familiar. Se valora un aumento en la adaptación a la situación.
- Nos ofrece un número de contacto

| P.C / D.E PACIENTE 03/03/04 | INDICADORES | INTERVENCION | ACTIVIDADES | RESULTADO | INDICADOR DE RESULTADOS | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **P.C**<br>**Estado Infeccioso** | Fiebre<br>Colonización hemocultivo<br>Leucocitos<br>Taquicardia<br>Colonización Urocultivo | Control de Infecciones<br>**Nic 6540** | Administrar terapia de antibióticos<br>Garantizar manipulación aséptica de las vías i.v. | J.A no presentará infección durante su estancia hospitalaria.<br><br>Estado infeccioso<br>**Noc 0703** | Colonización de Hemocultivo/ Urocultivo/ Herida quirúrgica | | | | | 5 |
| | | | | | Fiebre (38ºC) | | | | 4 | |
| | | | | | Dolor hipersensibilidad | | | | | 5 |
| | | | | | F.C E.R.N (105ppm) | | | | 4 | |
| | | | | | Leucocitosis | | | | | 5 |
| **P.C:**<br>**Flebitis** | Dolor<br>Rubor<br>Tumor<br>Calor | Control de infecciones<br>**Nic 6540** | Garantizar un manejo aséptico en las actuaciones y técnicas<br>Cambio de la zona punción de vía i.v implicada | J.A presentará integridad tisular durante la hospitalización<br><br>Integridad tisular<br>**Noc 1101** | Temperatura | | | | | 5 |
| | | | | | Sensibilidad | | | | | 5 |
| | | | | | Coloración | | | | | 5 |
| **D.E:**<br>**Déficit de autocuidados higiene/ alimentación/ eliminación R/C evolución proceso** | Totalmente dependiente | Ayuda con los autocuidados<br>**Nic 1800** | Identificar los cuidados a realizar<br>Suplir en la ejecución de los cuidados | J.A mantendrá sus autocuidados tras el alta hospitalaria<br><br>Cuidados personales: actividad de la vida diaria<br>**Noc 0300** | Uso del inodoro | 1 | | | | |
| | | | | | Come | 1 | | | | |
| | | | | | Higiene | 1 | | | | |

| P.C/ D.E FAMILIA 03/03/04 | INDICADORES | INTERVENCION | ACTIVIDADES | RESULTADO | INDICADOR DE RESULTADOS | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **D.E**<br>**Ansiedad R/C preocupación en la evolución del paciente** | Preocupación creciente<br>Inquietud<br>Incapacidad de relajarse<br>Pesimismo | Disminución de la ansiedad<br>**Nic 5820** | Animar a la manifestación: sentimientos, percepciones, y miedo | La madre controlará el nivel de ansiedad durante el ingreso de su hijo<br><br>Control de Ansiedad<br>**Noc 1402** | Controla la respuesta de ansiedad | | | | 4 | |
| | | | Utilizar un enfoque sereno proporcionar información objetiva | | Ausencia de manifestaciones de una conducta de ansiedad | | | | 4 | |

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Act asociada:<br>Empatía y escucha activa | | Puntuación Satisfactoria en la escala de Goldberg | | | 3 | | |

| **FECHA: 04 / 03 / 04** **REHABILITACIÓN** | | | **UNIDAD: REA DE** | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **RESULTADO** | **INTERVENCION** | **ACTV ESTANDAR** | **INDICADOR ACTV** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| Estado respiratorio: Permeabilidad de las vías aéreas<br>**Noc 0410** | Manejo de las vías aéreas<br>**Nic 3140** | **De valoración:**<br>Vigilar el estado respiratorio y de O2<br><br>**De cuidados (P):**<br>Realizar la aspiración nasotraqueal y endotraqueal<br>Administración O2 humidificado | Ausencia de asfixia | | | | | 5 |
| | | | FR en E.R.E | | | | | 5 |
| | | | Movilización del esputo hacia fuera de las vías aéreas | | | | | 5 |
| | | | Ausencia de ruidos patológicos | | | | | 5 |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| Estado de los signos vitales<br>**Noc 0802** | Monitorización de los signos vitales<br>**Nic 6680** | **De valoración:**<br>Control TA /ppm /Tº / FR<br>Control ritmo FC<br>Control de precisión de los instrumentos de medida | Temperatura (>37ºC) 37.4ºC | | | | 4 | |
| | | | F. cardiaca E.R.E | | | | | 5 |
| | | | F. respiratorio E.R.E | | | | | 5 |
| | | | PA sistólica E.R.E | | | | | 5 |
| | | | PA diastólica E.R.E. | | | | | 5 |
| | Oxigenoterapia<br>**Nic 3320** | **De valoración :**<br>Controlar la eficacia de la oxigenoterapia (pulsímetro, y Gasometría de sangre arterial) | Ph (7.35-7.45) | | | | | 5 |
| | | | PCO2 (35-45) | | | | | 5 |
| | | | PO2 (75-100) | | | | | 5 |
| Estado nutricional: Determinación bioquímicas<br>**Noc 1005** | Monitorización nutricional<br>**Nic 1160** | **De valoración:**<br>Vigilar nivel de: Hb, Hct, Glucemia<br>Comprobar nivel de: linfocitos y electrolitos<br><br>**De cuidados (P):**<br>Proporcionar comida y líquidos nutricionales<br>Notificar al médico cambios en el paciente | Na (135-148) | | | | | 5 |
| | | | Hematocrito (37-54) 25.3 % | | | 3 | | |
| | | | Hemoglobina (12-18) 8.1g/dl | | | 3 | | |
| | | | Recuento linfocitario (10-30) 7.3% | | | 3 | | |
| | | | Glucemia (60-125) | | | | | 5 |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | K (3.5-5.3) | | | | | 5 |
| Eliminación urinaria<br>**Noc 0503** | Manejo de la eliminación urinaria<br>**NIC 0509** | **De Valoración:**<br>Control frecuencia, volumen y color de diuresis.<br>Observar signos/síntomas de retención urinaria<br>**De cuidados(P):**<br>Remitir al médico sí signos de infección | Entradas y salidas durante 24h (-300cc/turno) (-735cc) | | | | | 5 |
| | | | Ausencia de sangre en la orina | 1 | | | | |
| **RESULTADO** | **INTERVENCION** | **ACTV ESTANDAR** | **INDICADOR ACTV** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| Cuidados personales: Higiene<br>**Noc 0305** | Baño<br>**Nic 1610** | **De cuidados (P):**<br>Realizar baño completo<br>Aplicar crema hidratante en zonas de piel seca | Mantiene higiene ocular y orofaríngea | 1 | | | | |
| | | | Lava el cuerpo | 1 | | | | |
| | | | Seca el cuerpo | 1 | | | | |
| Respuesta a la medicación<br>**Noc 2301** | Administración de la medicación<br>**Nic 2300** | **De valoración:**<br>Observar efectos terapéuticos<br>Observar si: efectos adversos, toxicidad e interacciones entre paciente/ medicación<br>**De cuidados:**<br>Vigilar signos vitales y valores de laboratorio<br>Previa administración medicación<br>Observar posibles alergias/contraindicación<br>Administrar con técnicas y vías adecuadas<br>Firmar narcóticos y fármacos restringidos, según protocolo centro | Efectos terapéuticos esperados, presentes | | | | 4 | |
| | | | Ausencia de reacción alérgica | | | | | 5 |
| | | | Ausencia de efectos adversos | | | | | 5 |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas<br>**Noc 20** | Cuidados del paciente encamado<br>**Nic 0740** | **De valoración:**<br>Vigilar el estado de la piel<br>**De cuidados ( P):**<br>Mantener cama limpia, seca y sin arrugas<br>Colocar al paciente con alineación adecuada.<br>Girar al paciente cada 2h<br>Uso de dispositivos para evitar presiones óseas | UPP | | | | | 5 |
| | Manejo del estreñimiento<br>**Nic 0450** | **De valoración:**<br>Observar si se produce estreñimiento<br>Comprobar movimientos y sonidos intestinales<br>Observar si aparecen heces duras y secas | Estreñimiento (Ausencia de eliminación intestinal desde 27/02/03) | | | 3 | | |
| | Cuidados del embolismo periférico<br>**Nic 4104** | **De valoración:**<br>Observar signos de disminución venosa, inflamación, venas duras, enrojecimiento, calor y entumecimiento.<br>**De cuidados (P):**<br>Administrar medicación anticoagulante | Trombosis venosa | | | | | 5 |
| **RESULTADO** | **INTERVENCION** | **ACTV ESTANDAR** | **INDICADOR ACTV** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| Estado infeccioso<br>**Noc 0703** | Control de infecciones<br>**Nic 6540** | **De cuidados**<br>Usar guantes según N.P.U | Calor | | | | | 5 |
| | | Limpiar con jabón antibacteriano | Esputo purulento | | | | | 5 |
| | | Administrar antibioterapia | Fiebre (37.4ºC) | | | | 4 | |
| | | Inspeccionar la herida en cada cambio de apósito y limpiar con solución salina | Colonización de hemocultivo / Urocultivo / herida quirúrgica | 1 | | | | |
| | | Asegurar técnica de cuidados de heridas adecuadas | Leucocitosis | | | | | 5 |
| | | Garantizar manipulación aséptica de las v.i | Colonización de punta catéter central/ periférico | 1 | | | | |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Mantenimiento de ambiente aséptico en cambio de tubos y NP | Rubor | | | | | 5 |
| | | Usar guantes estériles s/p | Dolor | | | | | 5 |
| Función esquelética<br>**Noc 0211** | Cuidados de tracción e inmovilización<br>**Nic 0940** | **De valoración:**<br>Controlar puntos de inserción de broches<br>Vigilar piel/prominencias óseas para ver si UPP<br>Vigilar circulación, movimientos y sensibilidad de extremidad afectada<br>Vigilar dispositivo fijación externo<br><br>**De cuidados:**<br>Asegurarse de que las cuerdas/poleas de tracción cuelgan libremente<br>Asegurarse de que la polea de las cuerdas y pesas permanecen a lo largo del hueso fracturado<br>Sujetar pesas de tracción mientras se mueve el paciente<br>Mantener tracción en todo momento<br>Realizar los cuidados del punto de inserción de los broches<br>Administrar cuidados adecuados a la piel en los puntos de fricción | Integridad ósea<br>Osteosíntesis en fémur y pelvis | | | 3 | | |
| | | | Alineación esquelética<br>Osteosíntesis en fémur (con tracción) y pelvis | | | | 4 | |
| **RESULTADO** | **INTERVENCION** | **ACTV ESTANDAR** | **INDICADOR ACTV** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| Estado neurológico<br>**Noc 0909** | Monitorización neurológica<br>**Nic 2620** | **De valoración:**<br>Comprobar tamaño, forma, simetría y capacidad de reacción pupilar<br>Observar si hay movimiento pronador | Función neurológica sensitiva/ motora de pares craneales<br><br>(respuesta positiva al dolor) | | | | 4 | |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Comprobar las respuestas a estímulos: verbal, táctil y dañinos<br>Observar la respuesta a la medicación<br><br>**De cuidados(P):** | Tamaño pupilar y reactividad<br><br>Derecha = Izquierda<br>Reactivas | | | | | 5 |
| | | Notificar al medico los cambios en el estado del paciente<br>Cabecera elevada 30º y cuello en posición neutra<br>Espaciar los cuidados y minimizar estímulos | Grado de conexión tras la disminución de sedación | | | | | 5 |
| Capacidad de comunicación<br>**Noc 0902** | Contacto<br>**Nic 5460** | **De Valoración:**<br>Coger la mano del paciente para dar apoyo emocional | Utiliza el lenguaje no verbal | | | | | 5 |
| | | | Reconoce los mensajes recibidos | | | | | 5 |
| | | | Dirige el mensaje de forma apropiada | | | | | 5 |

## TABLA ESTADO FAMILIAR

| RESULTADO | INTERVENCION | ACTV ESTANDAR | INDICADOR ACTV | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Adaptación del cuidador familiar al ingreso del paciente en un centro sanitario<br>**Noc 2200** | Apoyo a la familia<br>**Nic 7140** | **De cuidado ( P):**<br>Escuchar las inquietudes, sentimientos y preguntas de la familia | Comunicación con la agencia asistencial | | | | | 5 |
| | | **De Cuidados (P):**<br>Asegurar a la familia que el paciente se le brindan los mejores cuidados<br>Favorecer una relación de confianza con la familia<br>Ofrecer una esperanza realista | Recogida del cuidador familiar de información sobre la rutina del paciente | | | | | 5 |
| | | | Confianza en los cuidadores que no pertenecen a la familia | | | | | 5 |
| Control de la ansiedad<br>**Noc 1402** | Valoración de la ansiedad | **De Valoración:**<br>Monitorización del nivel de ansiedad (Escala de Goldberg) | Puntuación inferior a 4 en la escala de Goldberg<br><br>Puntuación 8/9 | 1 | | | | |

**OBSERVACIONES DE ENFERMERIA**

**Paciente:**

- Desde primera hora de la mañana se retira sedación para llevar a cabo valoración neurológica por parte del especialista. Se obtiene una respuesta satisfactoria. Finalizada la exploración, se induce de nuevo a niveles iniciales de sedación. Queda programada la Intervención de neurocirugía para el día 5/03/04 a las 17h.
- Presencia del problema colaborativo de estreñimiento por ausencia de eliminación intestinal desde fecha de ingreso, causada por la inmovilidad y por la alimentación parenteral /enteral.
- Debido a la alteración en el recuento celular sanguíneo, se procede a una transfusión de concentrado de hematíes, tras la cual el paciente no presenta signos de reacción.

**Familia:**

- La madre presenta una actitud ambivalente en la que quedan patentes el nerviosismo por la programación de la intervención, pero al mismo tiempo la satisfacción por la posible extirpación de la masa tumoral que compromete la vida de su hijo. Se trabaja con ella la expresión de sentimientos y se le brinda apoyo emocional. Permanecemos junto a ella. Su respuesta siempre esta llena de gratitud hacia nuestra parte, incluso se despide de nosotros con un beso.

| P:C/ D.E<br>PACIENTE<br>04/03/04 | INDICADORES | INTERVENCION | ACTIVIDADES | RESULTADO | INDICADOR DE RESULTADOS | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **P.C**<br>**Infección** | Fiebre<br>Colonización Hemocultivo<br>Leucocitos<br>Taquicardia<br>Colonización urocultivo | Control de Infecciones<br>**Nic 6540** | Administrar terapia de antibióticos<br>Garantizar manipulación aséptica de las vías i.v. | J.A no presentará infección durante su estancia hospitalaria<br><br>Estado infeccioso<br>**Noc 0703** | Colonización de Hemocultivo/ Urocultivo/ Herida quirúrgica | 1 | | | | |
| | | | | | Fiebre (37.4ºC) | | | | 4 | |
| | | | | | Dolor hipersensibilidad | | | | | 5 |
| | | | | | F.C E.R.N | | | | | 5 |
| | | | | | Leucocitosis | | | | | 5 |
| **P.C Estreñimiento** | Ausencia de la eliminación fecal<br>Heces duras y secas | Manejo del estreñimiento<br>**Nic 0450** | Administrar laxantes y enemas<br><br>Vigilar si existen sonidos intestinales | J.A presentará eliminación fecal durante su hospitalización<br><br>Eliminación intestinal<br>**Noc 0501** | Existencia de peristaltismo | | 2 | | | |
| | | | | | Cantidad heces en relación a la dieta | 1 | | | | |
| | | | | | Eliminación fecal sin ayuda | 1 | | | | |
| **D.E:**<br>**Déficit de autocuidados higiene/ alimentación/ eliminación**<br>**R/C evolución proceso** | Totalmente dependiente | Ayuda con los autocuidados<br>**Nic 1800** | Identificar los cuidados a realizar<br>Suplir en la ejecución de los cuidados | J.A mantendrá sus autocuidados tras el alta hospitalaria<br><br>Cuidados personales: actividad de la vida diaria<br>**Noc 0300** | Uso del inodoro | 1 | | | | |
| | | | | | Come | 1 | | | | |
| | | | | | Higiene | 1 | | | | |

| P.C/ D.E<br>FAMILIA<br>04/03/04 | INDICADORES | INTERVENCION | ACTIVIDADES | RESULTADO | INDICADOR DE RESULTADOS | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **D.E**<br>**Ansiedad R/C preocupación en la evolución del paciente** | Preocupación creciente<br>Inquietud<br>Incapacidad de relajarse<br>Pesimismo | Disminución de la ansiedad<br>**Nic 5820** | Animar a la manifestación: sentimientos, percepciones, y miedo | La madre controlará el nivel de ansiedad durante el ingreso de su hijo<br><br>Control de ansiedad<br>**Noc 1402** | Controla la respuesta de ansiedad | | | 3 | | |
| | | | Utilizar un Enfoque sereno proporcionar Información Objetiva | | Ausencia de Manifestaciones de una conducta de ansiedad | | | 3 | | |
| | | | <u>Act asociada:</u><br>Empatía y Escucha activa | | Puntuación satisfactoria en la escala de Goldberg | 1 | | | | |

| **FECHA: 05 / 03 / 04** | | | **UNIDAD: REA DE REHABILITACIÓN** | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **RESULTADO** | **INTERVENCION** | **ACTV ESTANDAR** | **INDICADOR ACTV** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| Estado respiratorio: Permeabilidad de las vías aéreas<br>**Noc 0410** | Manejo de las vías aéreas<br>**Nic 3140** | **<u>De valoración:</u>**<br>Vigilar el estado respiratorio y de O2<br><br>**<u>De cuidados (P):</u>**<br>Realizar la aspiración nasotraqueal y endotraqueal<br>Administración O2 humidificado | Ausencia de asfixia | | | | | 5 |
| | | | FR en E.R.E | | | | | 5 |
| | | | Movilización del esputo hacia fuera de las vías aéreas | | | | | 5 |
| | | | Ausencia de ruidos patológicos | | | | | 5 |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| Estado de los signos vitales<br>**Noc 0802** | Monitorización de los signos vitales<br>**Nic 6680** | **<u>De valoración:</u>**<br>Control TA /ppm /Tº / FR<br>Control ritmo FC<br>Control de precisión de los instrumentos de medida | Temperatura (>37ºC) 37.2 ºC | | | | 4 | |
| | | | F. cardiaca E.R.E | | | | | 5 |
| | | | F. respiratorio E.R.E | | | | | 5 |
| | | | PA sistólica E.R.E | | | | | 5 |
| | | | PA diastólica E.R.E. | | | | | 5 |
| | Oxigenoterapia<br>**Nic 3320** | **<u>De valoración :</u>**<br>Controlar la eficacia de la oxigenoterapia (pulsímetro, y Gasometría de sangre arterial) | Ph (7.35-7.45) 7.493 | | | | 4 | |
| | | | PCO2 (35-45) | | | | | 5 |
| | | | PO2 (75-100)<br>(259 mmHg) | | | 3 | | |
| Estado nutricional: Determinación bioquímicas | Monitorización nutricional<br>**Nic 1160** | **<u>De valoración:</u>**<br>Vigilar nivel de: Hb, Hct, Glucemia<br>Comprobar nivel de: linfocitos y electrolitos | Na (135-148) | | | | | 5 |
| | | | Hematocrito (37-54)<br>26.4 % | | | 3 | | |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Noc 1005** | | **De cuidados (P):** Proporcionar comida y líquidos nutricionales Notificar al médico cambios en el paciente | Hemoglobina (12-18) 8.2 gr/DL | | | 3 | | |
| | | | Recuento linfocitario (10-30) | | | | | 5 |
| | | | Glucemia (60-125) | | | | | 5 |
| | | | K (3.5-5.3) | | | | | 5 |
| Eliminación urinaria **Noc 0503** | Manejo de la eliminación urinaria **NIC 0509** | **De Valoración:** Control frecuencia, volumen y color de diuresis. Observar signos/síntomas de retención urinaria **De cuidados(P):** Remitir al médico sí signos de infección | Entradas y salidas durante 24h (-200cc/ turno) (-625cc) | | | | | 5 |
| | | | Ausencia de sangre en la orina | | | | | 5 |
| **RESULTADO** | **INTERVENCION** | **ACTV ESTANDAR** | **INDICADOR ACTV** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| Cuidados personales: Higiene **Noc 0305** | Baño **Nic 1610** | **De cuidados (P):** Realizar baño completo Aplicar crema hidratante en zonas de piel seca | Mantiene higiene ocular y orofaríngea | 1 | | | | |
| | | | Lava el cuerpo | 1 | | | | |
| | | | Seca el cuerpo | 1 | | | | |
| Respuesta a la medicación **Noc 2301** | Administración de la medicación **Nic 2300** | **De valoración:** Observar efectos terapéuticos Observar si: efectos adversos, toxicidad e interacciones entre paciente/ medicación **De cuidados:** Vigilar signos vitales y valores de laboratorio Previa administración medicación Observar posibles | Efectos terapéuticos esperados, presentes | | | | 4 | |
| | | | Ausencia de reacción alérgica | | | | | 5 |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | alergias/contraindicación<br>Administrar con técnicas y vías adecuadas<br>Firmar narcóticos y fármacos restringidos, según protocolo centro | Ausencia de efectos adversos | | | | | 5 |
| Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas<br>**Noc 20** | Cuidados del paciente encamado<br>**Nic 0740** | **De valoración:**<br>Vigilar el estado de la piel<br>**De cuidados ( P):**<br>Mantener cama limpia, seca y sin arrugas<br>Colocar al paciente con alineación adecuada.<br>Girar al paciente cada 2h<br>Uso de dispositivos para evitar presiones óseas | UPP | | | | | 5 |
| | Manejo del estreñimiento<br>**Nic 0450** | **De valoración:**<br>Observar si se produce estreñimiento<br>Comprobar movimientos y sonidos intestinales<br>Observar si aparecen heces duras y secas | Estreñimiento | 1 | | | | |
| | Cuidados del embolismo periférico<br>**Nic 4104** | **De valoración:**<br>Observar signos de disminución venosa, inflamación, venas duras, enrojecimiento, calor y entumecimiento.<br>**De cuidados (P):**<br>Administrar medicación anticoagulante | Trombosis venosa | | | | | 5 |
| **RESULTADO** | **INTERVENCION** | **ACTV ESTANDAR** | **INDICADOR ACTV** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| Estado infeccioso<br>**Noc 0703** | Control de infecciones<br>**Nic 6540** | **De cuidados**<br>Usar guantes según N.P.U | Calor | | | | | 5 |
| | | Limpiar con jabón antibacteriano | Esputo purulento | | | | | 5 |
| | | Administrar antibioterapia | Fiebre (37.2ºC) | | | | 4 | |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Inspeccionar la herida en cada cambio de apósito y limpiar con solución salina | Colonización de hemocultivo / Urocultivo / herida quirúrgica | 1 | | | | |
| | | Asegurar técnica de cuidados de heridas adecuadas | Leucocitosis | | | | | 5 |
| | | Garantizar manipulación aséptica de las v.i | Colonización de punta catéter central/ periférico | | | | | 5 |
| | | Mantenimiento de ambiente aséptico en cambio de tubos y NP | Rubor | | | | | 5 |
| | | Usar guantes estériles s/p | Dolor | | | | | 5 |
| Función esquelética<br>**Noc 0211** | Cuidados de tracción e inmovilización<br>**Nic 0940** | **De valoración:**<br>Controlar puntos de inserción de broches<br>Vigilar piel/prominencias óseas para ver si UPP<br>Vigilar circulación, movimientos y sensibilidad de extremidad afectada<br>Vigilar dispositivo fijación externo<br><br>**De cuidados:**<br>Asegurarse de que las cuerdas/poleas de tracción cuelgan libremente<br>Asegurarse de que la polea de las cuerdas y pesas permanecen a lo largo del hueso fracturado<br>Sujetar pesas de tracción mientras se mueve el paciente<br>Mantener tracción en todo momento<br>Realizar los cuidados del punto de inserción de los broches<br>Administrar cuidados adecuados a la piel en los puntos de fricción | Integridad ósea<br>Osteosíntesis en fémur y pelvis | | | 3 | | |
| | | | Alineación esquelética<br>Osteosíntesis en fémur (con tracción) y pelvis | | | | 4 | |
| **RESULTADO** | **INTERVENCION** | **ACTV ESTANDAR** | **INDICADOR ACTV** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Estado neurológico<br>**Noc 0909** | Monitorización neurológica<br>**Nic 2620** | **De valoración:**<br>Comprobar tamaño, forma, simetría y capacidad de reacción pupilar<br>Observar si hay movimiento pronador<br>Comprobar las respuestas a estímulos: verbal, táctil y dañinos<br>Observar la respuesta a la medicación<br><br>**De cuidados(P):**<br>Notificar al medico los cambios en el estado del paciente<br>Cabecera elevada 30º y cuello en posición neutra<br>Espaciar los cuidados y minimizar estímulos | Función neurológica sensitiva/ motora de pares craneales<br><br>(respuesta positiva al dolor) | | | | 4 | |
| | | | Tamaño pupilar y reactividad<br><br>Derecha = Izquierda<br>Reactivas | | | | | 5 |
| | | | Grado de conexión tras la disminución de sedación<br><br>(no valorable) | | | | | | |
| Capacidad de comunicación<br>**Noc 0902** | Contacto<br>**Nic 5460** | **De Valoración:**<br>Coger la mano del paciente para dar apoyo emocional | Utiliza el lenguaje no verbal (no valorable) | | | | | | |
| | | | Reconoce los mensajes recibidos (no valorable) | | | | | | |
| | | | Dirige el mensaje de forma apropiada (no valorable) | | | | | | |

## TABLA ESTADO FAMILIAR

| RESULTADO | INTERVENCION | ACTV ESTANDAR | INDICADOR ACTV | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Adaptación del cuidador familiar al ingreso del paciente en un centro sanitario<br>**Noc 2200** | Apoyo a la familia<br>**Nic 7140** | **De cuidado ( P):**<br>Escuchar las inquietudes, sentimientos y preguntas de la familia | Comunicación con la agencia asistencial | | | | | 5 |
| | | **De Cuidados (P):**<br>Asegurar a la familia que el paciente se le brindan los mejores cuidados<br>Favorecer una relación de confianza con la familia<br>Ofrecer una esperanza realista | Recogida del cuidador familiar de información sobre la rutina del paciente | | | | | 5 |
| | | | Confianza en los cuidadores que no pertenecen a la familia | | | | | 5 |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Control de la ansiedad **Noc 1402** | Valoración de la ansiedad | **De Valoración:** Monitorización de los del nivel de ansiedad (Escala de Goldberg) | Puntuación inferior a 4 en la escala de Goldberg<br><br>Puntuación 8/9 | 1 | | | | |

## OBSERVACIONES DE ENFERMERIA

**Paciente:**

- Retirada Vía Central (yugular izquierda), de la cual se remite una muestra para análisis. Posteriormente se instaura nueva Vía Central de Alto Flujo (yugular derecha).
- Siguiendo programación quirúrgica establecida, J. A. baja a quirófano a las 17h. para dar comienzo a la intervención neurológica, finalizando con éxito a las 20:30h. Se instauran cuidados de prevención post- anestesia y control de aumento de la PIC. La evolución se encuentra dentro de los parámetros de normalidad.

**Familia:**

- Nerviosismo patente en los familiares relacionado con la intervención. Reciben información sencilla de cómo será la operación y de los resultados esperados. Pese a nuestro trabajo de acompañamiento, no aparece una respuesta de disminución de la ansiedad notoria hasta el momento en el que se conoce el informe médico de éxito.

| P.C / D.E<br>PACIENTE 05/03/04 | INDICADORES | INTERVENCION | ACTIVIDADES | RESULTADO | INDICADOR DE RESULTADOS | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **P.C**<br>**Infección** | Fiebre<br>Colonización Hemocultivo<br>Leucocitos<br>Taquicardia<br>Colonización urocultivo | Control de Infecciones<br>**Nic 6540** | Administrar Terapia de Antibióticos<br>Garantizar Manipulación Aséptica de las vías i.v. | J.A no presentará infección durante su estancia hospitalaria<br><br>Estado Infeccioso<br>**Noc 0703** | Colonización de Hemocultivo/ Urocultivo/ Herida quirúrgica | 1 | | | | |
| | | | | | Fiebre (37.2ºC) | | | | 4 | |
| | | | | | Dolor hipersensibilidad | | | | | 5 |
| | | | | | F.C E.R.N | | | | | 5 |
| | | | | | Leucocitosis | | | | | 5 |
| **P.C**<br>**Estreñimiento** | Ausencia de la eliminación fecal<br>Heces duras y secas | Manejo del estreñimiento<br>**Nic 0450** | Administrar laxantes y enemas<br><br>Vigilar si existen sonidos intestinales | J.A presentará eliminación fecal durante su hospitalización<br><br>Eliminación intestinal<br>**Noc 0501** | Existencia de peristaltismo | | 2 | | | |
| | | | | | Cantidad heces en relación a la dieta | 1 | | | | |
| | | | | | Eliminación fecal sin ayuda | 1 | | | | |
| **D.E:**<br>**Déficit de autocuidados higiene/ alimentación/ eliminación R/C evolución proceso** | Totalmente dependiente | Ayuda con los autocuidados<br>**Nic 1800** | Identificar los cuidados a realizar<br>Suplir en la ejecución de los cuidados | J.A mantendrá sus autocuidados tras el alta hospitalaria<br><br>Cuidados personales: actividad de la vida diaria<br>**Noc 0300** | Uso del inodoro | 1 | | | | |
| | | | | | Come | 1 | | | | |
| | | | | | Higiene | 1 | | | | |

| P.C/ D.E FAMILIA | INDICADORES | INTERVENCION | ACTIVIDADES | RESULTADO | INDICADOR DE RESULTADOS | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **05/03/04** | | | | | | | | | | |
| **D.E**<br>**Ansiedad R/C Preocupación en la evolución del paciente** | Preocupación creciente<br>Inquietud<br>Incapacidad de relajarse<br>Pesimismo | Disminución de la ansiedad<br>**Nic 5820** | Animar a la Manifestación: Sentimientos, Percepciones, y miedo | La madre controlará el nivel de ansiedad durante el ingreso de su hijo<br><br>Control de ansiedad<br>**Noc 1402** | Controla la respuesta de ansiedad | | 2 | | | |
| | | | Utilizar un Enfoque sereno<br>Proporcionar Información Objetiva | | Ausencia de manifestaciones de una conducta de ansiedad | | 2 | | | |
| | | | Act asociada:<br>Empatía y Escucha activa | | Puntuación satisfactoria en la escala de Goldberg | 1 | | | | |

| **FECHA: 08 / 03 / 04** | | | **UNIDAD: REA DE REHABILITACIÓN** | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **RESULTADO** | **INTERVENCION** | **ACTV ESTANDAR** | **INDICADOR ACTV** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| Estado respiratorio: Permeabilidad de las vías aéreas<br>**Noc 0410** | Manejo de las vías aéreas<br>**Nic 3140** | **De valoración:**<br>Vigilar el estado respiratorio y de O2<br><br>**De cuidados (P):**<br>Realizar la aspiración nasotraqueal y endotraqueal<br>Administración de O2 humidificado | Ausencia de asfixia | | | | | 5 |
| | | | FR en E.R.E | | | | | 5 |
| | | | Movilización del esputo hacia fuera de las vías aéreas | | | | | 5 |
| | | | Ausencia de ruidos patológicos | | | | | 5 |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| Estado de los signos vitales<br>**Noc 0802** | Monitorización de los signos vitales<br>**Nic 6680** | **De valoración:**<br>Control TA /ppm /Tº / FR<br>Control ritmo FC<br>Control de precisión de los instrumentos de medida | Temperatura (>37ºC) 37.2ºC | | | | 4 | |
| | | | F. cardiaca 115ppm | | | | 4 | |
| | | | F. respiratorio E.R.E | | | | | 5 |
| | | | PA sistólica 160mmHg | | | 3 | | |
| | | | PA diastólica E.R.E. | | | | | 5 |
| | Oxigenoterapia<br>**Nic 3320** | **De valoración :**<br>Controlar la eficacia de la oxigenoterapia (pulsímetro, y Gasometría de sangre arterial) | Ph (7.35-7.45) | | | | | 5 |
| | | | PCO2 (35-45) | | | | | 5 |
| | | | PO2 (75-100) (106.5 mmHg) | | | | 4 | |
| Estado nutricional: Determinación bioquímicas | Monitorización nutricional<br>**Nic 1160** | **De valoración:**<br>Vigilar nivel de: Hb, Hct, Glucemia<br>Comprobar nivel de: linfocitos y electrolitos | Na (135-148) | | | | | 5 |
| | | | Hematocrito (37-54) 30.7% | | | | 4 | |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Noc 1005** | | **De cuidados (P):**<br>Proporcionar comida y líquidos nutricionales<br>Notificar al médico cambios en el paciente | Hemoglobina (12-18) 7.4gr/dl | | | 3 | | |
| | | | Recuento linfocitario (10-30) 9% | | | | 4 | |
| | | | Glucemia (60-125) 189 mg/dl | | | 3 | | |
| | | | K (3.5-5.3) | | | | | 5 |
| Eliminación urinaria<br>**Noc 0503** | Manejo de la eliminación urinaria<br>**NIC 0509** | **De Valoración:**<br>Control frecuencia, volumen y color de diuresis.<br>Observar signos/síntomas de retención urinaria<br>**De cuidados(P):**<br>Remitir al médico sí signos de infección | Entradas y salidas durante 24h (-300cc/turno) (-830cc) | | | | | 5 |
| | | | Ausencia de sangre en la orina | | | | | 5 |
| **RESULTADO** | **INTERVENCION** | **ACTV ESTANDAR** | **INDICADOR ACTV** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| Cuidados personales: Higiene<br>**Noc 0305** | Baño<br>**Nic 1610** | **De cuidados (P):**<br>Realizar baño completo<br>Aplicar crema hidratante en zonas de piel seca | Mantiene higiene ocular y orofaríngea | 1 | | | | |
| | | | Lava el cuerpo | 1 | | | | |
| | | | Seca el cuerpo | 1 | | | | |
| Respuesta a la medicación<br>**Noc 2301** | Administración de la medicación<br>**Nic 2300** | **De valoración:**<br>Observar efectos terapéuticos<br>Observar si: efectos adversos, toxicidad e interacciones entre paciente/ medicación<br>**De cuidados:**<br>Vigilar signos vitales y valores de laboratorio<br>Previa administración medicación<br>Observar posibles | Efectos terapéuticos esperados, presentes | | | | 4 | |
| | | | Ausencia de reacción alérgica | | | | | 5 |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | alergias/contraindicación<br>Administrar con técnicas y vías adecuadas<br>Firmar narcóticos y fármacos restringidos, según protocolo centro | Ausencia de efectos adversos | | | | | 5 |
| Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas<br>**Noc 20** | Cuidados del paciente encamado<br>**Nic 0740** | **De valoración:**<br>Vigilar el estado de la piel<br>**De cuidados ( P):**<br>Mantener cama limpia, seca y sin arrugas<br>Colocar al paciente con alineación adecuada.<br>Girar al paciente cada 2h<br>Uso de dispositivos para evitar presiones óseas | UPP | | | | | 5 |
| | Manejo del estreñimiento<br>**Nic 0450** | **De valoración:**<br>Observar si se produce estreñimiento<br>Comprobar movimientos y sonidos intestinales<br>Observar si aparecen heces duras y secas | Estreñimiento | 1 | | | | |
| | Cuidados del embolismo periférico<br>**Nic 4104** | **De valoración:**<br>Observar signos de disminución venosa, inflamación, venas duras, enrojecimiento, calor y entumecimiento.<br>**De cuidados (P):**<br>Administrar medicación anticoagulante | Trombosis venosa | | | | | 5 |
| **RESULTADO** | **INTERVENCION** | **ACTV ESTANDAR** | **INDICADOR ACTV** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| Estado infeccioso<br>**Noc 0703** | Control de infecciones<br>**Nic 6540** | **De cuidados**<br>Usar guantes según N.P.U | Calor | | | | | 5 |
| | | Limpiar con jabón antibacteriano | Esputo purulento | | | | | 5 |
| | | Administrar antibioterapia | Fiebre (37.2ºC) | | | | 4 | |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Inspeccionar la herida en cada cambio de apósito y limpiar con solución salina | Colonización de hemocultivo / Urocultivo / herida quirúrgica | 1 | | | | |
| | | Asegurar técnica de cuidados de heridas adecuadas | Leucocitosis | | | | | 5 |
| | | Garantizar manipulación aséptica de las v.i | Colonización de punta catéter central (C.Albicans) | 1 | | | | |
| | | Mantenimiento de ambiente aséptico en cambio de tubos y NP | Rubor | | | | | 5 |
| | | Usar guantes estériles s/p | Dolor | | | | | 5 |
| Función esquelética<br>**Noc 0211** | Cuidados de tracción e inmovilización<br>**Nic 0940** | **<u>De valoración:</u>**<br>Controlar puntos de inserción de broches<br>Vigilar piel/prominencias óseas para ver si UPP<br>Vigilar circulación, movimientos y sensibilidad de extremidad afectada<br>Vigilar dispositivo fijación externo<br><br>**<u>De cuidados:</u>**<br>Asegurarse de que las cuerdas/poleas de tracción cuelgan libremente<br>Asegurarse de que la polea de las cuerdas y pesas permanecen a lo largo del hueso fracturado<br>Sujetar pesas de tracción mientras se mueve el paciente<br>Mantener tracción en todo momento<br>Realizar los cuidados del punto de inserción de los broches<br>Administrar cuidados adecuados a la piel en los puntos de fricción | Integridad ósea<br>Osteosíntesis en fémur y pelvis | | | 3 | | |
| | | | Alineación esquelética<br>Osteosíntesis en fémur (con tracción) y pelvis | | | | 4 | |
| **RESULTADO** | **INTERVENCION** | **ACTV ESTANDAR** | **INDICADOR ACTV** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Estado neurológico<br>**Noc 0909** | Monitorización neurológica<br>**Nic 2620** | **De valoración:**<br>Comprobar tamaño, forma, simetría y capacidad de reacción pupilar<br>Observar si hay movimiento pronador<br>Comprobar las respuestas a estímulos: verbal, táctil y dañinos<br>Observar la respuesta a la medicación<br><br>**De cuidados(P):**<br>Notificar al medico los cambios en el estado del paciente<br>Cabecera elevada 30º y cuello en posición neutra<br>Espaciar los cuidados y minimizar estímulos | Función neurológica sensitiva/ motora de pares craneales<br><br>(respuesta positiva al dolor) | | | | 4 | |
| | | | Tamaño pupilar y reactividad<br><br>Derecha = Izquierda<br>Reactivas | | | | | 5 |
| | | | Grado de conexión tras la disminución de sedación<br><br>(no valorable) | | | | | | |
| Capacidad de comunicación<br>**Noc 0902** | Contacto<br>**Nic 5460** | **De Valoración:**<br>Coger la mano del paciente para dar apoyo emocional | Utiliza el lenguaje no verbal (no valorable) | | | | | | |
| | | | Reconoce los mensajes recibidos (no valorable) | | | | | | |
| | | | Dirige el mensaje de forma apropiada (no valorable) | | | | | | |

## TABLA ESTADO FAMILIAR

| RESULTADO | INTERVENCION | ACTV ESTANDAR | INDICADOR ACTV | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Adaptación del cuidador familiar al ingreso del paciente en un centro sanitario<br>**Noc 2200** | Apoyo a la familia<br>**Nic 7140** | **De cuidado ( P):**<br>Escuchar las inquietudes, sentimientos y preguntas de la familia | Comunicación con la agencia asistencial | | | | | 5 |
| | | **De Cuidados (P):**<br>Asegurar a la familia que el paciente se le brindan los mejores cuidados<br>Favorecer una relación de confianza con la familia<br>Ofrecer una esperanza realista | Recogida del cuidador familiar de información sobre la rutina del paciente | | | | | 5 |
| | | | Confianza en los cuidadores que no pertenecen a la familia | | | | | 5 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Control de la ansiedad **Noc 1402** | Valoración de la ansiedad | **De Valoración:** Monitorización del nivel de ansiedad (Escala de Goldberg) | Puntuación inferior a 4 en la escala de Goldberg<br><br>Puntuación 5/9 | | | 3 | | |

## OBSERVACIONES DE ENFERMERÍA

**Paciente:**

- La herida quirúrgica craneal sigue una evolución dentro de los parámetros esperados son signos de infección.
- Los resultados de la muestra del catéter Central son positivos(C.Albicans). Se inicia terapia antibiótica según pauta médica.
- Debido al largo periodo de intubación se plantea la necesidad de comprobar un estado neurológico estable que permita la extubación y de este modo evitar una traqueotomía temporal. Tras la disminución de los niveles de sedación, los intentos de obtención una respuesta neurológica aceptable resultan fallidos. J.A muestra agitación y respuesta motora al dolor en todas las extremidades. En alguna ocasión parece que reacciona de forma positiva a las ordenes, pero es imposible repetir la respuesta, de modo que termina por interpretarse como algo puntual y casual.

| P.C / D.E<br>PACIENTE 08/03/04 | INDICADORES | INTERVENCION | ACTIVIDADES | RESULTADO | INDICADOR DE RESULTADOS | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **P.C**<br>**Infección** | Fiebre<br>Colonización Hemocultivo<br>Leucocitos<br>Taquicardia<br>Colonización urocultivo | Control de Infecciones<br>**Nic 6540** | Administrar Terapia de Antibióticos<br>Garantizar Manipulación Aséptica de las vías i.v. | J.A no presentará infección durante su estancia hospitalaria<br><br>Estado Infeccioso<br>**Noc 0703** | Colonización de Hemocultivo/ Urocultivo/ Herida quirúrgica | 1 | | | | |
| | | | | | Fiebre (37.2 ºC) | | | | 4 | |
| | | | | | Dolor Hipersensibilidad | | | | | 5 |
| | | | | | F.C E.R.N (115ppm) | | | | 4 | |
| | | | | | Leucocitosis | | | | | 5 |
| **P.C**<br>**Estreñimiento** | Ausencia de la eliminación fecal<br>Heces duras y secas | Manejo del estreñimiento<br>**Nic 0450** | Administrar laxantes y enemas<br><br>Vigilar si existen sonidos intestinales | J.A presentará eliminación fecal durante su hospitalización<br><br>Eliminación intestinal<br>**Noc 0501** | Existencia de peristaltismo | | 2 | | | |
| | | | | | Cantidad heces en relación a la dieta | 1 | | | | |
| | | | | | Eliminación fecal sin ayuda | 1 | | | | |
| **D.E:**<br>**Déficit de autocuidados higiene/ alimentación/ eliminación**<br>**R/C evolución proceso** | Totalmente dependiente | Ayuda con los autocuidados<br>**Nic 1800** | Identificar los cuidados a realizar<br>Suplir en la ejecución de los cuidados | J.A mantendrá sus autocuidados tras el alta hospitalaria<br><br>Cuidados personales: actividad de la vida diaria<br>**Noc 0300** | Uso del inodoro | 1 | | | | |
| | | | | | Come | 1 | | | | |
| | | | | | Higiene | 1 | | | | |

| P.C / D.E<br>FAMILIA | INDICADORES | INTERVENCION | ACTIVIDADES | RESULTADO | INDICADOR DE RESULTADOS | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **08/03/04** | | | | | | | | | | |
| **D.E**<br>**Ansiedad R/C**<br>**Preocupación**<br>**En la**<br>**evolución**<br>**Del paciente** | Preocupación creciente<br>Inquietud<br>Incapacidad de relajarse<br>Pesimismo | Disminución de la ansiedad<br>**Nic 5820** | Animar a la Manifestación: Sentimientos, Percepciones, y miedo | La madre controlará el nivel de ansiedad durante el ingreso de su hijo<br><br>Control de ansiedad<br>**Noc 1402** | Controla la respuesta de ansiedad | | | | 4 | |
| | | | Utilizar un Enfoque sereno<br>Proporcionar Información Objetiva | | Ausencia de manifestaciones de una conducta de ansiedad | | | | 4 | |
| | | | <u>Act asociada:</u><br>Empatía y Escucha activa | | Puntuación satisfactoria en la escala de Goldberg | | | 3 | | |

| **FECHA: 10 / 03 / 04** | | | **UNIDAD: REA DE REHABILITACIÓN** | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **RESULTADO** | **INTERVENCION** | **ACTV ESTANDAR** | **INDICADOR ACTV** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| Estado respiratorio: Permeabilidad de las vías aéreas<br>**Noc 0410** | Manejo de las vías aéreas<br>**Nic 3140** | **<u>De valoración:</u>**<br>Vigilar el estado respiratorio y de O2<br><br>**<u>De cuidados (P):</u>**<br>Realizar la aspiración nasotraqueal y endotraqueal<br>Administración de O2 humidificado | Ausencia de asfixia | | | | | 5 |
| | | | FR en E.R.E | | | | | 5 |
| | | | Movilización del esputo hacia fuera de las vías aéreas | | | | | 5 |
| | | | Ausencia de ruidos patológicos | | | | | 5 |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| Estado de los signos vitales<br>**Noc 0802** | Monitorización de los signos vitales<br>**Nic 6680** | **<u>De valoración:</u>**<br>Control TA /ppm /Tº / FR<br>Control ritmo FC<br>Control de precisión de los instrumentos de medida | Temperatura (>37ºC) 38.5ºC | | | 3 | | |
| | | | F. cardiaca E.R.E | | | | 4 | |
| | | | F. respiratorio E.R.E | | | | | 5 |
| | | | PA sistólica E.R.E | | | | | 5 |
| | | | PA diastólica E.R.E. | | | | | 5 |
| | Oxigenoterapia<br>**Nic 3320** | **<u>De valoración :</u>**<br>Controlar la eficacia de la oxigenoterapia (pulsímetro, y Gasometría de sangre arterial) | Ph (7.35-7.45) | | | | | 5 |
| | | | PCO2 (35-45) | | | | | 5 |
| | | | PO2 (75-100)<br>(149.5 mmHg) | | | | 4 | |
| Estado nutricional: Determinación bioquímicas | Monitorización nutricional<br>**Nic 1160** | **<u>De valoración:</u>**<br>Vigilar nivel de: Hb, Hct, Glucemia<br>Comprobar nivel de: linfocitos y electrolitos | Na (135-148) | | | | | 5 |
| | | | Hematocrito (37-54)<br>32.7% | | | | 4 | |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Noc 1005** | | **De cuidados (P):** Proporcionar comida y líquidos nutricionales Notificar al médico cambios en el paciente | Hemoglobina (12-18) 10.4 gr/dl | | | | 4 | |
| | | | Recuento linfocitario (10-30) | | | | | 5 |
| | | | Glucemia (60-125) 144 mg/dl | | | | 4 | |
| | | | K (3.5-5.3) | | | | | 5 |
| Eliminación urinaria **Noc 0503** | Manejo de la eliminación urinaria **NIC 0509** | **De Valoración:** Control frecuencia, volumen y color de diuresis. Observar signos/síntomas de retención urinaria **De cuidados(P):** Remitir al médico sí signos de infección | Entradas y salidas durante 24h (-300cc/turno) (+258cc) | | | | 4 | |
| | | | Ausencia de sangre en la orina | | | | | 5 |
| **RESULTADO** | **INTERVENCION** | **ACTV ESTANDAR** | **INDICADOR ACTV** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| Cuidados personales: Higiene **Noc 0305** | Baño **Nic 1610** | **De cuidados (P):** Realizar baño completo Aplicar crema hidratante en zonas de piel seca | Mantiene higiene ocular y orofaríngea | 1 | | | | |
| | | | Lava el cuerpo | 1 | | | | |
| | | | Seca el cuerpo | 1 | | | | |
| Respuesta a la medicación **Noc 2301** | Administración de la medicación **Nic 2300** | **De valoración:** Observar efectos terapéuticos Observar si: efectos adversos, toxicidad e interacciones entre paciente/ medicación **De cuidados:** Vigilar signos vitales y valores de laboratorio Previa administración medicación Observar posibles | Efectos terapéuticos esperados, presentes | | | | 4 | |
| | | | Ausencia de reacción alérgica | | | | | 5 |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | alergias/contraindicación<br>Administrar con técnicas y vías adecuadas<br>Firmar narcóticos y fármacos restringidos, según protocolo centro | Ausencia de efectos adversos | | | | | 5 |
| Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas<br>**Noc 20** | Cuidados del paciente encamado<br>**Nic 0740** | **De valoración:**<br>Vigilar el estado de la piel<br>**De cuidados ( P):**<br>Mantener cama limpia, seca y sin arrugas<br>Colocar al paciente con alineación adecuada.<br>Girar al paciente cada 2h<br>Uso de dispositivos para evitar presiones óseas | UPP | | | | | 5 |
| | Manejo del estreñimiento<br>**Nic 0450** | **De valoración:**<br>Observar si se produce estreñimiento<br>Comprobar movimientos y sonidos intestinales<br>Observar si aparecen heces duras y secas | Estreñimiento | | | | | 5 |
| | Cuidados del embolismo periférico<br>**Nic 4104** | **De valoración:**<br>Observar signos de disminución venosa, inflamación, venas duras, enrojecimiento, calor y entumecimiento.<br>**De cuidados (P):**<br>Administrar medicación anticoagulante | Trombosis venosa | | | | | 5 |
| **RESULTADO** | **INTERVENCION** | **ACTV ESTANDAR** | **INDICADOR ACTV** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| Estado infeccioso<br>**Noc 0703** | Control de infecciones<br>**Nic 6540** | **De cuidados**<br>Usar guantes según N.P.U | Calor | | | | | 5 |
| | | Limpiar con jabón antibacteriano | Esputo purulento | | | | | 5 |
| | | Administrar antibioterapia | Fiebre (38.5ºC) | | | 3 | | |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Inspeccionar la herida en cada cambio de apósito y limpiar con solución salina | Colonización de Hemocultivo / Urocultivo / herida quirúrgica | | | | | 5 |
| | | Asegurar técnica de cuidados de heridas adecuadas | Leucocitosis | | | 3 | | |
| | | Garantizar manipulación aséptica de las v.i | Colonización de punta catéter central/ periférico | | | | | 5 |
| | | Mantenimiento de ambiente aséptico en cambio de tubos y NP | Rubor | | | | | 5 |
| | | Usar guantes estériles s/p | Dolor | | | | | 5 |
| Función esquelética<br>**Noc 0211** | Cuidados de tracción e inmovilización<br>**Nic 0940** | **De valoración:**<br>Controlar puntos de inserción de broches<br>Vigilar piel/prominencias óseas para ver si UPP<br>Vigilar circulación, movimientos y sensibilidad de extremidad afectada<br>Vigilar dispositivo fijación externo<br><br>**De cuidados:**<br>Asegurarse de que las cuerdas/poleas de tracción cuelgan libremente<br>Asegurarse de que la polea de las cuerdas y pesas permanecen a lo largo del hueso fracturado<br>Sujetar pesas de tracción mientras se mueve el paciente<br>Mantener tracción en todo momento<br>Realizar los cuidados del punto de inserción de los broches<br>Administrar cuidados adecuados a la piel en los puntos de fricción | Integridad ósea<br>Osteosíntesis en fémur y pelvis | | | 3 | | | |
| | | | Alineación esquelética<br>Osteosíntesis en fémur (con tracción) y pelvis | | | | 4 | |
| **RESULTADO** | **INTERVENCION** | **ACTV ESTANDAR** | **INDICADOR ACTV** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Estado neurológico<br>**Noc 0909** | Monitorización neurológica<br>**Nic 2620** | **De valoración:**<br>Comprobar tamaño, forma, simetría y capacidad de reacción pupilar<br>Observar si hay movimiento pronador<br>Comprobar las respuestas a estímulos: verbal, táctil y dañinos<br>Observar la respuesta a la medicación<br><br>**De cuidados(P):**<br>Notificar al medico los cambios en el estado del paciente<br>Cabecera elevada 30º y cuello en posición neutra<br>Espaciar los cuidados y minimizar estímulos | Función neurológica sensitiva/ motora de pares craneales<br><br>(respuesta positiva al dolor) | | | | 4 | |
| | | | Tamaño pupilar y reactividad<br><br>Derecha = Izquierda<br>Reactivas | | | | | 5 |
| | | | Grado de conexión tras la disminución de sedación | 1 | | | | |
| Capacidad de comunicación<br>**Noc 0902** | Contacto<br>**Nic 5460** | **De Valoración:**<br>Coger la mano del paciente para dar apoyo emocional | Utiliza el lenguaje no verbal | 1 | | | | |
| | | | Reconoce los mensajes recibidos | 1 | | | | |
| | | | Dirige el mensaje de forma apropiada | 1 | | | | |

## TABLA ESTADO FAMILIAR

| RESULTADO | INTERVENCION | ACTV ESTANDAR | INDICADOR ACTV | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Adaptación del cuidador familiar al ingreso del paciente en un centro sanitario<br>**Noc 2200** | Apoyo a la familia<br>**Nic 7140** | **De cuidado ( P):**<br>Escuchar las inquietudes, sentimientos y preguntas de la familia | Comunicación con la agencia asistencial | | | | | 5 |
| | | **De Cuidados (P):**<br>Asegurar a la familia que el paciente se le brindan los mejores cuidados<br>Favorecer una relación de confianza con la familia<br>Ofrecer una esperanza realista | Recogida del cuidador familiar de información sobre la rutina del paciente | | | | | 5 |
| | | | Confianza en los cuidadores que no pertenecen a la familia | | | | | 5 |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Control de la ansiedad **Noc 1402** | Valoración de la ansiedad | **De Valoración:** Monitorización del nivel de ansiedad (Escala de Goldberg) | Puntuación inferior a 4 en la escala de Goldberg<br><br>Puntuación 8/9 | 1 | | | | |

## OBSERVACIONES DE ENFERMERÍA

**Paciente:**

- Hoy se cumple el tercer día de persistencia en el intento por obtener alguna repuesta neurológica óptima por parte del paciente, pero no se aprecian cambios.
- Los resultados de Hemocultivo enviados el día 09/03/04, son positivos(S. Coli), por lo que se pauta terapia antibiótica específica que pone en práctica el personal de enfermería.
- Siguiendo pauta médica administramos enema, siendo productivo al momento.
- Se suspende la intervención de traumatología prevista para el mañana jueves debido a la infección detectada, posponiéndola para el viernes 12/03/04.

**Familia:**

- Los padres manifiestan inquietud por la no respuesta neurológica satisfactoria de su hijo, y por el retraso de la intervención.
- Se interviene con la madre facilitándole la expresión de sentimientos y dudas. Se le informa de la importancia del mantenimiento de su salud en estos momentos.
- En base a sus valores y creencias se ve oportuno ofrecerle la posibilidad de acudir a las misas oficiadas en el centro hospitalario, así como la posibilidad de poder contactar con el párroco. Nos agradece la información, y nuestro continuo interés por su estado y del resto de sus familiares. Confía en nosotros.

| P.C / D.E<br>PACIENTE 10/03/04 | INDICADORES | INTERVENCION | ACTIVIDADES | RESULTADO | INDICADOR DE RESULTADOS | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **P.C**<br>**Infección** | Fiebre<br>Colonización<br>Hemocultivo<br>Leucocitos<br>Taquicardia<br>Colonización urocultivo | Control de Infecciones<br>**Nic 6540** | Administrar terapia de antibióticos<br>Garantizar manipulación aséptica de las vías i.v. | J.A no presentará infección durante su estancia hospitalaria.<br><br>Estado infeccioso<br>**Noc 0703** | Colonización de Hemocultivo/ Urocultivo/ Herida quirúrgica S.Coli | 1 | | | | |
| | | | | | Fiebre (38.5ºC) | | | 3 | | |
| | | | | | Dolor hipersensibilidad | | | | | 5 |
| | | | | | F.C E.R.N | | | | | 5 |
| | | | | | Leucocitosis 27.4% | | | 3 | | |
| **D.E:**<br>**Déficit de autocuidados higiene/ alimentación/ eliminación**<br>**R/C evolución proceso** | Totalmente dependiente | Ayuda con los autocuidados<br>**Nic 1800** | Identificar los cuidados a realizar<br>Suplir en la ejecución de los cuidados | J.A mantendrá sus autocuidados tras el alta hospitalaria<br><br>Cuidados personales: actividad de la vida diaria<br>**Noc 0300** | Uso del inodoro | 1 | | | | |
| | | | | | Come | 1 | | | | |
| | | | | | Higiene | 1 | | | | |

| P.C / D.E<br>FAMILIA<br>10/03/04 | INDICADORES | INTERVENCION | ACTIVIDADES | RESULTADO | INDICADOR DE RESULTADOS | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **D.E**<br>**Ansiedad R/C Preocupación en la evolución del paciente** | Preocupación creciente<br>Inquietud<br>Incapacidad de relajarse<br>Pesimismo | Disminución de la ansiedad<br>**Nic 5820** | Animar a la manifestación: sentimientos, percepciones, y miedo | La madre controlará el nivel de ansiedad durante el ingreso de su hijo<br><br>Control de ansiedad<br>**Noc 1402** | Controla la respuesta de ansiedad | | | 3 | | |
| | | | Utilizar un enfoque sereno<br>Proporcionar información objetiva | | Ausencia de manifestaciones de una conducta de ansiedad | | | 3 | | |
| | | | <u>Act asociada:</u><br>Empatía y escucha activa | | Puntuación satisfactoria en la escala de Goldberg | 1 | | | | |

## CONCLUSION:

Una vez finalizado el Plan de Cuidados presentado anteriormente, nos gustaría concluir plasmando aquellos beneficios derivados de la aplicación del marco metodológico aportado por Ferrer, E y que han quedado patentes a lo largo de la evolución del proceso:

- Empleo de un lenguaje práctico y cercano a la realidad de la praxis enfermera.
- Posibilita la elaboración de un plan de cuidados flexible, dinámico y que tiene en cuenta las necesidades individuales de cada persona, evitando la rigidez que caracteriza a otras metodologías que se emplean en la actualidad.
- Planteamiento de los criterios de éxito como punto de partida del proceso de cuidados, los cuales orientan y guían la actuación enfermera.

# BIBLIOGRAFIA


- Marjory , Gordon; Kay, Avant; Heather Herdman [et al]. **Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación (NANDA)**. Ed. Harcourt. Madrid, 2001.

- Juall Carpenito, Lynda. **Manual de Diagnósticos de Enfermería**. Ed. Mc GRALL-HILL INTERAMERICANA. Madrid, 2000.

- Mc Closkey, Joanne C; Bulechek, Gloria M. **Clasificación de Intervenciones de Enfemería (CIE)**. (3ªed). Ed Harcourt. Madrid, 2002.

- Johnson, Marion; Maas, Meridean; Moorhead, Sue. **Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE)**. (2ªed). Ed Harcourt. Madrid, 2001.

- Benavent, A; Ferrer, E; Francisco, C. **Fundamentos de Enfermería**. Ed DAE. Madrid, 2001.

- Rayón, Esperanza; Puerto del, Isabel; Narvaiza, Mª Jesús [et al]. **Manual de Enfermería Médico-Quirúrgica**. Ed. Síntesis. Madrid, 2002.

- Ferrer Ferrandís, Esperanza. **Taxonomía NIC: Implicaciones en el proceso de cuidados**. Rev El Correo Aentde 2003; Vol VI (1): 10-11.

- Griffin Perri, Anne; Potter, Patricia. **Enfermería Clínica: Técnicas y procedimientos.** Ed. Harcourt Brace. Barcelona, 1999.

- Swearinger, Pamela; Ross, Dennis. **Manual de Enfermería Médico- Quirúrgica**. Ed Harcourt. Barcelona, 2000.

- Goldberg D, Bridges K, Duncan-Jones P, et al. **Detección de la ansiedad y la depresión en el marco de la medicina general**. Br Med J (ed. esp.) 1989; 4 (2): 49-53.

V SIMPOSIUM
INTERNACIONAL DE
DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMERÍA

**Innovación en el proceso de cuidar: conjunción de herramientas y saber.**
**Valencia – 13 y 14 de mayo de 2004**

V SIMPOSIUM INTERNACIONAL DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

# REFLEXIÓN SOBRE EL DESARROLLO PROFESIONAL Y LA UTILIZACIÓN DEL PAE EN LA PRÁCTICA

**Mª Jesús Ladrón de San Ceferino y Cristina Gómez Fernández**

Hospital Universitario Río Hortega - VALLADOLID

**Innovación en el proceso de cuidar: conjunción de herramientas y saber.**
**Valencia – 13 y 14 de mayo de 2004**

**Reflexionar significa meditar, considerar detenidamente una cosa, lo que uno hace y vive. La reflexión busca una explicación o sentido a lo que realizamos, explora o examina las consecuencias, confirma expectativas y nos abre los ojos a la verdad y a la conciencia.**

La reflexión sobre la práctica profesional nos hace pensar en lo que hacemos y porqué lo hacemos, para quién lo hacemos y los beneficios que unos y otros obtenemos con lo que hacemos. Esto le da sentido a nuestra profesión y nos conecta con los que necesitan nuestros cuidados, además de ampliarnos nuestros conocimientos, nos lleva a que nos realicemos como personas y como profesionales.

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) considerado como un cambio importante en la historia de Enfermería y la aplicación del mismo en el trabajo que realizamos, y aunque como colectivo lo vamos incorporando progresivamente para la realización de nuestro cometido, nos había alentado una serie de expectativas como son: el aumento de la autonomía enfermera, una mejor calidad en la asistencia por una atención más individualizada y una mayor base científica en la práctica cotidiana. La experiencia en la práctica no siempre ha producido los resultados esperados.

**Descripción del problema**

¿Cuáles son las causas para que las enfermeras en el Hospital Universitario Río Hortega no realicen el PAE adecuadamente, teniendo una filosofía de trabajo y unos registros adecuados?

**Elementos del problema:**

¿Existe una preparación inadecuada de las enfermeras en el ámbito intelectual?

¿Existe una carencia de autonomía en el ejercicio profesional?

¿Escasa utilización en el significado del método?

¿Existe una falta de profesionales y de medios en los servicios para llevarlo a cabo?

**Estructuración del problema**

Para trabajar, tal como indica este método, de forma sistemática e individualizada, se necesitan una serie de habilidades intelectuales e interpersonales que ayuden a pensar. La enfermera necesita algo que es escaso, tiempo. Esto nos ha motivado a realizar una valoración a las enfermeras y alumnos de enfermería de los diferentes Servicios del Hospital Universitario Río Hortega que realizan el PAE, para determinar si cumple la función, si éste resuelve las necesidades de los enfermos, dándoles una continuidad de cuidados y si los profesionales

tienen tiempo para llevarlo a cabo. Intentaremos comprender la aceptación y el rechazo que los profesionales tienen del PAE para realizarlo en la práctica.

**Metodología de la investigación**

**Objetivo General:**

Comprender el impacto del PAE en el ámbito de la práctica, a través de las opiniones de profesionales y alumnos y en qué medida responde a las necesidades de los enfermos en su proceso salud/enfermedad, en los diferentes Servicios del Hospital Universitario Río Hortega.

**Objetivos Específicos:**

1. Identificar el significado que tiene el PAE para los profesionales y alumnos en el momento actual.
2. Identificar las causas de rechazo que éste método plantea en el trabajo del Hospital Universitario Río Hortega.
3. Proponer una reflexión sobre si los registros de enfermería del Hospital Universitario Río Hortega nos llevan o no a identificar las necesidades de los enfermos.
4. Reflexionar sobre el alcance del PAE, si éste nos llevará a encontrar nuestra propia identidad y a mantener un mensaje común y claro ante la sociedad en la que actuamos.

**Metodología de investigación**

Tras una investigación bibliográfica y aunque la literatura acerca del PAE en el ámbito docente es amplia, pocos autores han estudiado este tema desde la perspectiva de los profesionales y los alumnos y de su utilización en la práctica, abordamos el estudio desde la investigación cualitativa de diseño interpretativo, describiendo el objeto de estudio e interpretando las situaciones.

**Unidades de estudio**

**Sujetos a estudio:**

Realizamos un muestreo intencional:

- Enfermeras con una mayor implicación del PAE.
- Alumnos de Enfermería de 2º y 3º Curso.
- Nº de la muestra 30 personas.

**Donde:**

En los Servicios de Cardiología, Medicina Interna y Respiratorio.

**Unidades de Observación**

- Sujetos a estudio en el hospital.
- Con una edad: entre 20 y 50 años, diferencia de edad existente entre los alumnos y los profesionales.
- Introducimos la variable: Profesionales con estudios de ATS + Convalidación/Profesionales con estudios de DUE.
- Dos informantes expertos: Profesionales con experiencia en la aplicación del PAE.

La recogida de datos fue en base a entrevistas enfocadas en estos temas:

- Identificar la opinión del entrevistado sobre el PAE.
- Reflexionar sobre si los registros de enfermería del Hospital Universitario Rio Hortega nos llevan o no a identificar las necesidades de los enfermos.
- Identificar las causas de rechazo que éste método plantea en el trabajo del hospital.
- Reflexionar si el PAE nos llevará a encontrar nuestra identidad, si es útil, y permite una relación con los enfermos y si respondemos a sus necesidades.
- Si la enseñanza-aprendizaje del PAE es suficiente y si estamos preparados para su realización en la práctica.

Y se completó con la observación participante.

Al hacer la primera observación, nos planteamos una serie de preguntas a realizarnos y realizar como observadores:

1º Cómo es el trato con el enfermo.

2º El modo de transcribir los problemas del enfermo en la documentación de enfermería.

3º Si el PAE se realiza en su totalidad por la enfermera.

4º Tiempo que se tarda en realizar todo esto.

En el trato con el enfermo:

- Cómo se conecta.
- El trato es agradable.
- La comunicación es efectiva para lo que se quiere lograr.
- Están a gusto los interlocutores enfermera – alumno/enfermo.

En el modo de transcribir los problemas del enfermo:

- Se realizan en la habitación junto al enfermo.
- Se realizan en el control de enfermería.
- Todas las preguntas son contestadas por el enfermo o familia o se recurre a la historia médica de urgencias.
- Se recurre a la observación enfermera y diálogo o se revisa más la documentación que aporta el enfermo.

El PAE se realiza en su totalidad:

- En la documentación de enfermería, se reflejan las diferentes etapas del PAE.
- La enfermera sabe utilizar el método científico.
- Los datos que la enfermera transcribe a la documentación es información específicamente enfermera.
- Se responde con esto a las necesidades de salud del enfermo.

Tiempo que se tarda en realizar esto:

- Hay tiempo para realizar el PAE.
- El personal de enfermería es suficiente.
- Llevan mucho tiempo otras tareas que se realizan en el trabajo profesional.
- Tenemos dificultades y poco tiempo porque nos falta experiencia en el tema.
- Estamos acomodados con lo que hacemos y nos cuesta realizar el PAE.

El análisis de la información fué mediante el “Análisis cuantitativo de contenido”, analizando el contenido de los datos descriptivo-narrativos, a fin de identificar los principales temas y patrones que surgen de los mismos.

Codificamos y agrupamos los datos siguiendo el criterio establecido en el diseño del estudio.

Palabras que representan un “concepto” o idea útil para la investigación, según criterio homogéneo que constituyen esquemas categoriales y agrupando las categorías en temas o patrones más globales.

Todo ello estudiando las diferencias y similitudes entre opiniones de los diferentes profesionales y de los alumnos. Siendo la interpretación de los datos el análisis objetivo de las entrevistas. Conjugando las perspectivas de los profesionales y de los observadores, y no prevaleciendo una sobre otra.

**1er Tema**

**Opinión general del entrevistado sobre el PAE.**

Discusión de los hallazgos.

Categorías identificadas:

- Utilidad, resolución de problemas.
- Modo de conocer a los enfermos, necesario.
- Carencia de habilidades.
- No se realiza en su totalidad, falta de preparación.

En los hallazgos del estudio, el PAE es percibido por los profesionales como un instrumento de resolución de problemas.

Los profesionales y alumnos han señalado una carencia de habilidades para ponerlo en la práctica. Han reducido el Proceso a una mera cumplimentación de registros.

La falta de preparación y de medios, ha desembocado en un desprestigio del método y, como consecuencia, en una falta de interés de muchas enfermeras en el mismo.

Para todos como método de resolución de problemas es necesaria su realización para dar cuidados continuados.

**2º Tema**

**Los registros de enfermería del Hospital Universitario del Río Hortega nos llevan a identificar las necesidades de los enfermos.**

Discusión de los hallazgos.

Categorías identificadas:

- **Incompleto.**
- **Se anotan problemas fisiopatológicos, con terminología médica.**
- **Falta de tiempo para registrar los problemas.**
- **Falta de habilidad.**

**Las enfermeras reconocen sobre todo falta de tiempo para registrar los problemas de los enfermos.**

**La complejidad del lenguaje enfermero como limitación, se encuentran más familiarizadas con el "lenguaje médico".**

**Falta de habilidades para llevar a los registros los problemas de los pacientes donde enfermería tiene autonomía para actuar, habilidades que redundarían en una mejor comprensión del PAE.**

3er Tema

**Identificar las causas del rechazo de la utilización del PAE en el Hospital Universitario del Río Hortega.**

Discusión de los hallazgos.

Categorías identificadas:

- **Falta de tiempo.**
- **Carencia de habilidades intelectuales.**
- **Escasez de enfermeras.**

**La falta de tiempo es algo que todos los profesionales achacan a la no realización del PAE. Tardan más tiempo en reconocer que la carencia de habilidades intelectuales es el otro motivo. Lo que no se sabe no se puede llevar a cabo. No se puede pasar por alto las limitaciones organizativas de las unidades asistenciales que dificultan la puesta en práctica del Proceso.**

4º Tema

**Reflexionar si el PAE nos llevará a encontrar nuestra identidad, si es útil, si permite una relación con los enfermos y respondemos a sus necesidades.**

Discusión de los hallazgos.

Categorías identificadas:

- **Conocimientos.**
- **Capacidades.**
- **Necesario para dar cuidados y tener continuidad en los mismos.**

**Para trabajar con el PAE, Enfermería requiere conocimientos y habilidades que deben desarrollarse en los estudiantes a lo largo de los estudios de enfermería. Para ello hay que proporcionar a los alumnos las oportunidades prácticas necesarias, fomentando en ellos habilidades para la reflexión.**

**La relación que se establece con los enfermos es considerada como necesaria para dar cuidados y para que éstos tengan continuidad y llenar el contenido del trabajo enfermero. El PAE como una necesidad de enfermería.**

5º Tema

**Si la enseñanza del PAE es suficiente y si estamos preparadas para su realización en la práctica.**

Discusión de los hallazgos.

Categorías identificadas:

- **Insuficiente en la práctica.**
- **Integración con el resto de las asignaturas.**
- **Conflicto en los estudios para la integración teórico-práctica.**

**La integración del PAE con el resto de las asignaturas no es todavía la adecuada, los contenidos y capacidades adquiridas en otras asignaturas se integren también en el PAE.**

**Los profesores de teoría adolecen de realismo práctico, existe una mayor necesidad del seguimiento práctico en el área clínica.**

**Si el PAE no está implantado íntegramente en los cuidados, los estudiantes acaban confundidos y lo reducen a actividades de cuidado.**

**Para desarrollar un buen profesional de enfermería es necesario facilitar que los alumnos integren lo que se enseña en las clases con su experiencia práctica.**

Lo seleccionado específicamente en la trascripción es debido a que los contenidos que quería dar a la investigación tuvieran sentido y además la coincidencia de los informantes en los diferentes temas.

La relación entre los datos de la observación y de las entrevistas son bastante evidentes.

- **La realización de la valoración de enfermería, en la observación veo que no se hace adecuadamente, en las entrevistas ellas dicen lo mismo.**
- **La falta de tiempo, se indica en la observación participante y en las entrevistas. Los problemas de enfermería en la realización del PAE.**
- **La falta de enfermeras...**
- **La falta de cultura profesional, carencia de habilidades intelectuales en la realización del PAE, vista en la observación participante y en las entrevistas reconocido por las informantes.**
- **Descoordinación Teórico- Práctica en la enseñanza del proceso de Atención de Enfermería, los alumnos consideran que el hecho de que las enfermeras no trabajen con un método de resolución de problemas, constituye una fuente de dificultades entre el personal asistencial y los alumnos en prácticas. La figura del profesor de prácticas resulta insuficiente cuando no deficiente.**

**Las personas entrevistadas me han enseñado a valorar la comunicación como lo más importante para saber lo que se piensa y se siente y valorar sus actuaciones, las del "otro" para luego tu responder a los demás por el "otro" y no por lo que tu sientes, piensas, etc...., tratarlos como "sujetos" que, por sí mismos, producen relatos del mundo.**

**Este trabajo lo terminamos hace dos años, desde entonces las cosas cambiaron en el hospital. Se introdujo el programa Gacela en seis servicios, uno de ellos donde trabajamos. Para ello se enseñó o recordó el PAE y el programa a todas las personas que iban a realizarlo.**

**Sólo un servicio en estos momentos realiza el programa gacela en su totalidad que es en el que me encuentro. Se introdujeron en el programa los estándares de cuidados que estaban realizados en el hospital en los diferentes servicios.**

**¿Esto a que lleva?**

**Los alumnos y los profesionales saben de un programa que utilizan bien en cuanto a programa estándar de ordenador, pero no saben hacer en "papel" lo que en el ordenador**

**sólo con señalar "siguiente" les va dando y si usan el estándar acaban rápidamente, casi no es necesario ver al enfermo, sólo la historia de urgencias.**

**Cuando una persona aprende el programa y es lo que me han dicho, es más rápida su utilización, que realizarlo en los registros que tenemos.**

**Un grupo de profesionales estudiamos el contenido de gacela.**

**Otro grupo de profesionales estamos estudiando y poniéndoles a los GDR, Nanda, Nic y Noc.**

**¿Esto a qué lleva?**

- **A facilitar el trabajo de Enfermería, pero sobre todo a que el enfermo esté adecuadamente cuidado y que los cuidados sean de calidad.**
- **También lleva a otras cosas pero no vamos a entrar en ello...**

**Lleva también:**

- **A que los alumnos en sus prácticas no aprendan a utilizar el PAE.**
- **A que los profesionales realicen todo esto como una rutina.**

Conclusiones

- **Trabajar con el PAE requiere conocimientos y habilidades en los estudiantes a los largo de los estudios de enfermería.**
- **La enseñanza del PAE se debe integrar en todas las asignaturas involucrándose los profesores en la práctica a la hora de impartir las mismas.**
- **La metodología de la enseñanza del PAE debe llevar al alumno a la reflexión, trabajando casos prácticos en clase como modo de integrar la teoría y la práctica.**
- **Los profesores de prácticas deben ser personas expertas en el PAE.**
- **Donde se ponga en funcionamiento los programas informáticos, debe existir la figura "experta" para que estos programas se realicen adecuadamente y sirvan para lo que fueron creados.**

**Hace unos años en este mismo foro, decía que había que definir salidas operativas para la utilización de los Diagnósticos de Enfermería como:**

- **Sistematización de los cuidados (Planes de Cuidados Estandarizados).**
- **Utilización de la informática como herramienta de trabajo.**

**La utilización de estas herramientas va a ser siempre positiva y podrá ser utilizada por todos los profesionales independientemente de su nivel de conocimientos y destrezas.**

**Pero decía que había que evitar la rutina en el empleo de estas herramientas y adaptarlas a las características individuales de cada paciente, con la actualización continua de estándares y protocolos informatizados.**

**Ahora digo:**

**La informática y la estandarización sin el conocimiento suficiente del PAE lleva al olvido del "porqué" del mismo.**

**La utilización de todas estas herramientas,( PAE, NANDA, NIC Y NOC,), pero con un marco teórico, una filosofía de cuidados que sustente todo esto.**

**Reflexión: Las enfermeras hemos llevado nuestro interés hacia el cuidado a la persona, que en interacción continua con su entorno, vive experiencias de salud. Estos principios reflejan a la vez la ciencia y el arte de nuestra práctica, para que nuestro sueño se vuelva realidad, ensalzamos el saber, el compromiso, la apertura, la creación y el "poder" del cuidado. El paso del sueño a la realidad descansa en nuestra voluntad de innovar y de crear un efecto de atracción entre nuestros compañeros.**

**Plenamente comprometidas con un paradigma de transformación, nada tiene porque concluir. ¡Es a nosotras, a quien corresponde labrar el futuro de nuestra disciplina. ¿Qué será el cuidado el día de mañana?**

**El espacio que queda por atravesar no es el mar.**
**Ninguna ruta es el camino que he de seguir.**
**Nada, ni el retorno me acoge, ni la partida me libera.**
**No es el día siguiente el mismo día que fue ayer.**

**PAUL CLOUDEL**

## BIBLIOGRAFÍA

1. Manual didáctico de la asignatura “Métodos y técnicas de investigación”, con sus lecturas correspondientes. UCAM, 2000/2001.
2. Geertz, C. Los usos de la diversidad. Barcelona: Paidos, 1996.
3. Geertz, C. La interpretación de las culturas. Barcelona: Gedisa, 1997.
4. Geertz, C. Conocimiento local. Barcelona: paidos, 1994.
5. Hammersley, M, Atkinson, P. Etnografía-Métodos de investigación. Paidos, 1994.
6. Aguirre Baztan, A. Etnografía-Método cualitativo en la investigación sociocultural. Barcelona: Marcombo, 1995.
7. Alfaro, R. Aplicación del proceso de enfermería. Barcelona: Doyma, 1992.
8. Zaragoza, A. El proceso de atención de enfermería. Rev.Rol Enf. 1999; 22(9), 583.
9. Serrano, R. Desde una sistemática de enfermería a la estandarización de cuidados. Rev. Rol Enf. Nº 198, Febrero 1995.
10. Serrano, R. Correspondencia entre los problemas de salud y los cuidados de enfermería al ingreso del paciente. Enfermería Clínica, vol.2, nº2, Marzo-Abril, 2000.
11. Zabalegui, A. Teoría y progreso de la ciencia de enfermería. Enfermería Clínica, vol.10,nº6, Noviembre-Diciembre, 2000.
12. López Ruiz, J. Propuestas para el desarrollo profesional. Enfermería Clínica, vol.10, nº3, Mayo-Junio 2000.
13. Arcas Ruiz, P. Reflexionar e investigar en la práctica cotidiana. Enfermería Clínica, vol.4, nº6, Noviembre-Diciembre, 1994.
14. Sanhueza, O. Aplicación del proceso de enfermería por los estudiantes: factores que intervienen. Enfermería Clínica, vol.8nº4, Julio-Agosto, 1998.
15. Tomás Vidal, A.Mª. El valor de los cuidados: valores sociales, modelo social y sistema sanitario. Enfermería Clínica, vol.9, nº2, Marzo-Abril, 1999.
16. Maestre, J. La investigación en antropología social. Barcelona: Ariel, 1990.
17. Kéroac, S. El pensamiento enfermero. Madrid: Masson, 1996.
18. Realidades en clave antropológica. Madrid, 1988.
19. García Ferrando M, Ibañez J, Alvira F. El análisis de la realidad social- Métodos y técnicas de investigación-Ciencias sociales. Madrid: Alianza editorial, 2000.
20. Sanchez Carrión, J. La bondad de la encuesta: el caso de la no respuesta- Ciencias sociales. Madrid: Alianza editorial, 2000.
21. Polit-Hungler. Investigación científica en ciencias de la salud. México: McGrawHill, 2000.

22. Fortin, M.F. El proceso de investigación: de la concepción a la realización. México: McGrawHill, 1999.
23. Lázaro Morón, P. Cualidades de la enfermera/o desde el punto de vista del usuario. Enfermería Clínica, Marzo-Abril, 1994.
24. Cuesta Benjumea C. Contribución de la investigación a la práctica clínica de los cuidados de enfermería: la perspectiva de la investigación cualitativa. Enfermería Clínica, Julio-Agosto, 1998.
25. Siles, J. Fenomenología y enfermería: grados de especificidad en el conjunto de la producción científica biomédica. Enfermería Clínica, Enero-febrero, 1999.
26. Siles, J. Epistemología y enfermería: por una fundamentación científica y profesional de la disciplina. Enfermería Clínica, Julio-Agosto, 1997.
27. Juanola Pagés, Mª D. Aprendizaje y satisfacción de los estudiantes de enfermería en las prácticas clínicas A.P.S. Enfermería Clínica, Noviembre-Diciembre, 1998.
28. Blaxter, L., Hughes, C., Tight, M. Como se hace una investigación. Barcelona: Gedisa, 2000.
29. Torralba y Roselló, F. Antropología del cuidar. Barcelona: Fundación Mapfre Medicina, 1998.
30. Ruiz Olauénaga. Método de la investigación cualitativa. Bilbao: Universidad Deusto, 1999.
31. Delgado, J. M., Gutierrez, J. Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales. Madrid: Síntesis, 1998.
32. Perdiguero, E., Comelles, J. M. Medicina y cultura, Estudios entre la antropología y la medicina. Barcelona: Ediciones Bellaterra, 2000.
33. Popper, K. La lógica de la investigación científica. Madrid: Tecnos, 2000.
34. Comelles, J.M., Martinez Hernandez, A. Enfermedad, cultura y sociedad. Madrid: Eudema, 1993.

V SIMPOSIUM INTERNACIONAL DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

# IMPLANTACIÓN DE LAS TAXONOMIAS NANDA, NOC Y NIC EN LA FORMACIÓN PREGRADO.

**Isabel Pérez Pérez (Enfermera , licenciada en pedagogía)**
**Rosa Rifà Ros (enfermera, lic en Antropología)**
Escuela Universitaria de Enfermeria y Fisioterapia Blanquerna .
Universidad Ramón Llull de Barcelona.

**Innovación en el proceso de cuidar: conjunción de herramientas y saber.**
**Valencia – 13 y 14 de mayo de 2004**

## INTRODUCCIÓN

La integración de la metodología científica en el currículo formativo de las enfermeras supuso un gran avance para la disciplina ya que significó pasar de una forma de trabajo intuitiva e improvisada a efectuar la planificación de los cuidados de una forma estructurada, metódica y fundamentada en el juicio clínico.

La aplicación del PAE generó, en su momento, la transformación en la enseñanza de la enfermería, pero su implementación en la práctica asistencial fue difícil debido a que la estructura utilizada era poco ágil y viable.

Los rasgos que caracterizan y definen el mundo actual son, entre otros, la diversidad, la interculturalidad, la complejidad, la aceleración en los cambios, la amplitud de la información y la tecnificación. Estos rasgos cuestionan los referentes y modelos a seguir, teniendo en cuenta los cambios que han condicionado la evolución del sistema sanitario y han influido en la disciplina enfermera.

Así pues, se impone un paradigma interdisciplinario para abordar los retos que nuestro contexto global 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 interdisciplinario, implica la adopción de instrumentos de valoración y evaluación flexibles y sobretodo potenciar en la profesión la utilización de lenguajes estandarizados y comunes para nuestra disciplina.

Los lenguajes profesionales y los sistemas de clasificación son los fundamentos para definir una profesión y su punto de vista ya que permiten describir los cuidados de enfermería, comparar datos para la investigación, cuantificar y asignar recursos y elaborar políticas de salud adecuadas a las demandas sociales del momento.

“Sin un lenguaje, la enfermería es invisible en el sistema sanitario y sus valores y importancia no son reconocidos ni valorados” (CIE)

Así pues, hay que usar lenguajes para promover el desarrollo del conocimiento profesional y para garantizar la calidad asistencial.

**OBJETIVO**

Presentar los resultados de este proceso y su proyección que culminará con la implantación de las taxonomías NANDA, NOC y NIC integradas con el modelo OPT en la formación de pregrado.

METODOLOGÍA

El proyecto de este proceso se inició hace 5 años en los debates del Área de Enfermería que está formada por l@s profesore/as que impartimos las asignaturas específicas de la disciplina. Desde hace años, l@s profesore/as del Área mantenemos una serie de reuniones a lo largo del curso con la finalidad de analizar, discutir, reflexionar y proyectar el futuro, sobre diferentes aspectos de la Enfermería, hecho que nos ha conducido a la elaboración del trabajo que presentamos. En el año 98 nos cuestionamos la aplicación de la metodología enfermera que estábamos utilizando y nos propusimos efectuar un análisis exhaustivo de la situación, cuestionándonos la adecuación del Modelo utilizado en la Escuela en aquél momento, así como la redefinición de los conceptos del metaparadigma enfermero, contextualizándolo en nuestro entorno institucional.

Después de muchos años de cuestionarnos nuestra práctica docente en la enseñanza de la metodología enfermera y de pensar si el método utilizado era útil para nuestros estudiantes al iniciar su práctica profesional, nos planteamos realizar una reflexión sobre la acción marcándonos diversos objetivos:

Analizar la repercusión que tenia en nuestros estudiantes la aplicación del PAE en su práctica asistencial

Realizar un diagnóstico de situación para identificar que modelo de enfermería guardaba más sintonía con el profesorado de nuestra escuela

Conocer la realidad de otros países en relación a la metodología enfermera que estaban aplicando.

- Formación del profesorado.
- Creación de nuevos programas curriculares fundamentados en la adquisición progresiva cuantitativa y cualitativamente de las taxonomias
- Adecuación de los recursos pedagógicos propios de nuestra institución, a las taxonomias.

En la primera fase diagnóstica se diseñó una encuesta con la finalidad de captar la realidad sobre la utilización y sintonía del profesorado en relación a los Modelos de Enfermería, tanto de los profesores enfermeros como de otras disciplinas que también son docentes del currículo enfermero.
A partir de este punto, se inició la segunda fase, llevándose a cabo un análisis de los resultados obtenidos, así como una inmersión en los diversos Modelos de Enfermería seleccionados.

El análisis de los Modelos de Enfermería y el debate y reflexión sobre el tema, nos condujo a una elaboración y definición propias
de los conceptos del metaparadigma enfermero.

El trabajo de Área implicó una modificación de la actitud de los profesionales docentes de la Escuela hacia los Modelos de Enfermería, adoptando una mayor flexibilidad en cuanto a su utilización y aplicación. Así, se fueron introduciendo distintos Modelos en varias asignaturas de Enfermería, facilitando que las/os estudiantes, en el momento de incorporarse al mundo profesional estuvieran preparados para adaptarse a diferentes formas de trabajo en distintos contextos socioculturales. Además, la diversidad de modelos refleja el nivel de madurez profesional, con la flexibilidad como uno de los requisitos importantes y necesarios.

El Modelo referente de Virginia Henderson siguió utilizandose en las asignaturas de Enfermería de 1r. Curso y en la asignatura de Enfermería Asistencial (Medicoquirúrgica) de 2º. En tercer curso de Enfermería se han introducido diversos Modelos, como el de Peplau en Relación de Ayuda, el de Callista Roy en Enfermería Geriátrica y Psicogerontología y el de M. Leninger y algunos otros de la corriente de la enfermeria transcultural en la asignatura de libre configuración Enfermeria y Multiculturalidad

Otro cambio introducido previo a la implementación definitiva de los lenguajes, ha sido en estos últimos años la aproximación de forma gradual a los lenguajes enfermeros primero en 3r curso y desde hace 2 años en la asignatura de Fundamentos de

Enfermería de 1r curso. Por último en el curso 03-04 hemos incorporado la metodología ABP en la asignatura Seminario que propicia el trabajo de análisis de casos fundamental para el desarrollo del pensamiento crítico, la a toma de decisiones y la integración de estos lenguajes.

En la actualidad, se están llevando a cabo de forma simultánea las fases cuarta y quinta de este proceso, es decir estamos adecuando las asignaturas de nuestro currículo formativo al aprendizaje de las taxonomias de acuerdo con el nivel de competencia de los estudiantes de los diferentes cursos. A la vez estamos generalizando la formación del profesorado en la utilización práctica de dichas taxonomias.

Este proceso culmina el próximo curso 04-05 en el que en la asignatura Fonaments d'Infermeria I reorientaremos la formación de la metodología enfermera. Para ello el instrumento de valoración que se utilizará será los Patrones Funcionales de Marjory Gordon, utilizando las taxonomias NANDA, NIC, NOC para las fases de diagnostico , planificación y evaluación.

La estrategia pedagogica utilizada para facilitar el aprendizaje de los lenguajes estandarizados será la selección de diagnosticos NANDA , NIC y NOC adecuados al nivell de competencia de los estudiantes de primero y la utilización de redes de razonamiento clínico para la toma de cada una de las decisiones que se suceden en la confección de los planes de cuidados. Así tal y como expresa C. Espinosa " *El dominio del conocimiento organizado en estas clasificaciones es el trabajo cognitivo que han de realizar las enfermeras para hacer razonamientos sobre enfermería" .* y nosotros queremos capacitar a nuestros estudiantes para ello

CONCLUSIONES

Los aspectos facilitadores que han contribuido al desarrollo de este proceso han sido

- La exhaustiva revisión bibliográfica
- El espacio de debate que disponemos en el Área de enfermería
- La formación previa de algunos profesores en el conocimiento de los lenguajes NIC y NOC

- La incorporación en muchos centros asistenciales de los lenguajes enfermeros, que nos ha creado la necesidad de adecuar nuestra formación a la realidad asistencial de nuestro entorno.
- El contacto con otras Escuelas de Enfermería que han implantado ya los lenguajes enfermeros en su programa curricular.
- El profesorado de la escuela ha mostrado un gran interés para involucrarse en el proceso formativo y de implantación.

También queremos destacar el grado de satisfacción de los estudiantes en sus primeros contactos con los lenguajes:

- Los estudiantes que tomaron contacto con los lenguajes en el tercer año de la diplomatura los valoraron positivamente como facilitadores de la actuación profesional.
- Los estudiantes que tomaron contacto con los lenguajes en el primer año de la diplomatura, reclamaban seguir trabajando en ellos en los años siguientes.

La implantación de los lenguajes, como hemos dicho se efectuará el próximo curso, pero por último queremos concluir que valoramos muy importante la implementación de estos pero no sólo como la finalidad conseguida sino por el enriquecimiento que ha supuesto el proceso realizado.

# ANÁLISIS EN EL EMPLEO DEL LENGUAJE ENFERMERO ENTRE LOS ALUMNOS

Fernández García, Daniel*; Vázquez Casares, Ana Mª*; Liébana Presa, Cristina*; Fernández Martínez, Mª Elena**.
* Ayudante de Escuela Universitaria (AEU). E.U.CC. de la Salud. Campus de Ponferrada. Universidad de León.
** Profesor Titular de Escuela Universitaria (TEU). E.U.CC. de la Salud. Campus de Ponferrada. Universidad de León.

## INTRODUCCIÓN

*"El conocimiento no debe quedarse en la satisfacción individual. Se sabe para compartir los propios conocimientos con los demás, para crear un mundo más habitable y humano"*
*Platón*[1]

En el curso académico 2002-2003 los alumnos de tercero de Enfermería, pertenecientes a la Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud del Campus de Ponferrada (Universidad de León), realizaron un trabajo de aplicación de la metodología enfermera en pacientes reales. El trabajo, propuesto por la subcomisión de prácticas clínicas, constituía parte del proceso de formación y de su currículo clínico. Los alumnos de enfermería deben contribuir a la salud de los pacientes que cuidan proporcionando una valoración de salud e intervenciones enfermeras, que provean una vida saludable y contribuyan a la prevención de la enfermedad y a su manejo[2]. En este sentido, uno de los aspectos más fundamentales del proceso enfermero utilizado en el grado de enfermería son los diagnósticos enfermeros de la NANDA[3]. Del mismo modo entendemos que la utilización de un lenguaje estandarizado para documentar el cuidado hará que la contribución enfermera al cuidado sea más visible[4]. En esta línea diversos trabajos han demostrado la necesidad de que la documentación enfermera debe de estar más unificada, clara, eficaz y activa, en definitiva con mayor grado de estandarización[5], para lo cual consideramos que nuestros alumnos deben de estar formados en estos aspectos por lo que el conocimiento de las distintas terminologías ayudará a dotar los cuidados enfermeros de mayor significado, que el que realmente se está prestando en las unidades donde realizan sus prácticas clínicas.

En palabras de Alfaro el proceso enfermero consta de cinco fases interrelacionadas; valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación, y supone un método sistemático y dinámico de proporcionar cuidado enfermero[6]. Considerado por algunos simplemente como método de intervención enfermera contemporáneo[7], su origen lo encontramos en 1955 de manos de Lydia Hall cuando formuló la afirmación de que *la asistencia sanitaria es un proceso* teniendo como proposiciones fundamentales *al paciente, con el paciente y para el paciente*[8]. Con anterioridad Nightingale trató de darle una estructura al proceso de atención de enfermería expresándola de esta manera: *la lección práctica más importante que se puede dar al personal de enfermería es enseñarle a OBSERVAR…"*[9] . Peplau describía la

observación como la interacción entre el cliente y la enfermera en la que el cliente proporcionaba los estímulos que provocaban las percepciones sensoriales de las enfermeras[10].

De la mano de Bloch, en el año 1974, la antigua clasificación del proceso enfermero en cuatro fases (valoración, planificación, ejecución y evaluación) fue cuestionada al proponer dividir la primera fase en dos: recolección de datos y determinación de problemas. Posteriormente, autores como Roy, Mundinguer y Jauron, Aspinal y Sundeen, apoyaron el término de diagnóstico enfermero y utilizaron el proceso enfermero de cinco etapas o fases. En la actualidad el proceso de cinco fases ha sido aceptado por profesionales, educadores e investigadores[11].

Un nuevo concepto ha sido añadido al proceso en los últimos años, es la enfermería basada en la práctica, evidencia e investigación[12]. Esta se ha de enfermería basada en la evidencia (EBN, *Evidence Based Nursing*). La enfermería basada en la evidencia utiliza la investigación de intervenciones básicas enfermeras e incorpora la teoría, la toma de decisiones clínicas, el conocimiento enfermero y del cuidado de salud, así como el coste-efectividad a través de la práctica enfermera[13].

La subcomisión de prácticas clínicas de la E.U.CC. de la Salud en el Campus de Ponferrada se encuentra integrada por profesores responsables de asignaturas con créditos clínicos en sus asignaturas, además de las coordinadoras de prácticas clínicas, figura vinculada a la universidad pero dependiente del SACyL (Sanidad de Castilla y León), alumnos de enfermería y profesionales asistenciales. Según la estructuración propuesta por la subcomisión de Ponferrada, se dispusieron tres módulos de rotación anual en los que los alumnos en al menos un módulo debían rotar por los considerados servicios especiales, entre los que se hallan urgencias, UCI, diálisis, REA o quirófano.

El modelo de trabajo incluía la aplicación de un proceso enfermero en un paciente real. El número de alumnos que podían formar parte del trabajo oscilaba de 1 a 4, dependiendo de si coincidían en la misma estancia clínica. El patrón del trabajo seguía la estructuración propuesta por la Escuela de Santa Madrona[14], inspirado en Virginia Henderson, bajo el auspicio de Riopelle. El formato de valoración de catorce necesidades es complejo, por lo que para su aplicación se requiere un conocimiento profundo de las asunciones y postulados propuestos por Henderson. Posteriormente se enuncian todas las manifestaciones de dependencia identificadas, para a continuación formular los problemas enfermeros (nombrándolos como etiquetas NANDA), adjuntar sus factores relacionados o de riesgo más las características definitorias, según procediese. Por último el alumno debería identificar las intervenciones y resultados esperados, utilizando de modo opcional, los resultados sensibles NOC o formulando los objetivos de manera tradicional. Tras la determinación de las apropiadas prioridades de los diagnósticos enfermeros se desarrollan los resultados. Estos son conceptualizados como una variable del estado del cliente influenciada por la intervención enfermera. Así se manifiesta la NOC[15] al decir que los resultados del cliente representan el estado del paciente que

puede variar y ser medido y comparado con una línea base a través del tiempo. Ackley [16] señala que el desarrollo de los resultados puede ser realizado de dos maneras: utilizando los NOC o escribiendo un estado de resultado. En este sentido las enfermeras son requeridas por los estándares de práctica profesional para ser unas competentes diagnosticadoras.

El fenómeno enfermero ha sido clasificado en una forma estandarizada por varios investigadores. Las clasificaciones, también, llamadas taxonomías, son estructuras de conocimiento en la que los elementos que describen el dominio de una disciplina o subdisciplina son clasificados o arreglados en base a categorías muy similares[17].

El número total de alumnos que realizaron prácticas clínicas en el curso académico 2002-2003 fue de 52. El número de trabajos recibidos ascendió a un total de 23.

Entre los objetivos que nos planteamos encontramos:

- Fomentar el uso de la metodología enfermera en pacientes reales.
- Conocer la prevalencia de los diagnósticos enfermeros, intervenciones NIC y resultados esperados más utilizados por los alumnos de enfermería.
- Conocer los puntos débiles y fuertes expresados por los alumnos en la utilización del lenguaje enfermero.
- Averiguar las dificultades de los alumnos en la realización del proceso enfermero.
- Evaluar el grado de aplicación del proceso enfermero.

# MATERIAL Y MÉTODOS

Como parte del proceso educativo los alumnos realizaron el trabajo siguiendo las indicaciones propuestas por la subcomisión de prácticas clínicas. Los alumnos disponían de los profesores del área de enfermería junto a las coordinadoras de prácticas clínicas en horarios de tutorías preestablecidos al inicio del curso para resolver cualquier tipo de duda que pudiera surgir en el desarrollo del trabajo. La fecha última de recepción fue la última semana de mayo del año 2003.

El análisis de los trabajos corrió a cargo de profesores del área de enfermería. Inicialmente se realizó una revisión bibliográfica en Medline y Science Direct. Se programaron, como técnica cualitativa de conversación, discusiones de grupo todos los miércoles del mes de junio a las 19:00 horas con una duración máxima de dos horas. En esas reuniones se examinaron todos los trabajos. Se prestó especial atención en la identificación de las *manifestaciones de dependencia* y su modo de expresarlas, en los diagnósticos formulados, de acuerdo a la información recogida, y en las intervenciones propuestas para la resolución del problema identificado. Del mismo modo analizamos la información recogida de las dudas que los alumnos plantearon en las horas de tutorías de profesores del área de enfermería. También se trató

estadísticamente la información recogida referente a los diagnósticos enfermeros, intervenciones NIC y resultados NOC, si existían. Por último evaluamos el grado de seguimiento del proceso enfermero y las conclusiones formuladas por los alumnos en sus trabajos.

Siguiendo un criterio de pertinencia relativo se incluyeron en el grupo de discusión a todas aquellas personas que reproduzcan mediante su discurso relaciones relevantes. El tamaño del grupo era de ocho personas integrado por cuatro profesores del área de enfermería, dos coordinadoras de prácticas clínicas y dos profesionales sanitarios del área de salud del Bierzo (León). Calificamos el grupo de heterogéneo. La convocatoria de los miembros del grupo o actuantes se realizaron siguiendo las redes de comunicación preexistentes. El lugar elegido fue la sala de reuniones del área de enfermería. La mesa utilizada era redonda para facilitar la comunicación, lo cual se consiguió a pesar de representar de por sí una defensa imaginaria a la vez que una barrera real. Las reuniones realizadas tuvieron una duración máxima de 120 minutos, habiéndose realizado cuatro para la discusión de la temática y ocho para el tratamiento de la información y la elaboración del informe.

# RESULTADOS

Agrupando los 23 trabajos recibidos en pacientes hospitalizados y aquellos que acuden a consultas externas, la proporción es de 19:4. Organizados por sistemas corporales encontramos ocho trabajos pertenecientes al sistema nefro-urológico, tres al sistema respiratorio, tres al sistema músculo-esquelético, uno a los sistemas cardiovascular, gastrointestinal y nervioso, cuatro a otros englobando en ellos los psiquiátricos o aquellos calificados como “deterioro general” y dos a varios, entendiéndolo como aquellos pacientes que acuden por afectación de varios sistemas. (tabla 1)

En relación a las etiquetas diagnósticas identificadas por los alumnos, el total asciende a 138, hallándose una media de seis etiquetas por trabajo. En la novena conferencia de la NANDA se definió el diagnóstico enfermero como *el juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, familia o comunidad frente a procesos vitales/problemas de salud reales o potenciales.* En su última clasificación 2003-2004, la NANDA define tres tipos de diagnósticos enfermeros: reales, de riesgo y de salud[18]. Los porcentajes de etiquetas encontradas en relación al tipo de diagnóstico real, de riesgo y de bienestar son de 83,3%, 15,9% y 0,7% respectivamente (tabla 2). Las etiquetas diagnósticas más identificadas son *deterioro del patrón del sueño* 8,6%, *déficit de autocuidados: baño/higiene* 7,24% *y riesgo de infección* 6,52%.

Respecto a los resultados sensibles NOC sólo 7 de 23 trabajos los emplearon. El total de NOC fue de 87 siendo los más prevalentes el *nivel de movilidad,* el *estado nutricional* y la *eliminación urinaria* (tabla 5)*,* con un porcentaje de 6,89% el primero y 5,74% los dos siguientes.

En las intervenciones NIC tan sólo un trabajo no las identificó empleando para su planificación actividades vistas desde el punto de vista tradicional. El

total de intervenciones NIC utilizadas por los alumnos fue de 338, suponiendo una media de 14 por trabajo. Siendo las más prevalentes la *disminución de la ansiedad* (5,32%) y el *manejo de la nutrición* (5,02%) (tabla 4).

Una manifestación de dependencia es definida como *los indicadores o conductas de la persona (o que otro hace en su lugar) que resultan erróneas, inadecuadas o insuficientes para satisfacer sus necesidades básicas en la actualidad o en el futuro de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo o situación de salud; siempre que la causa sea la falta de conocimiento, de fuerza o de voluntad*[19]. La expresión de las manifestaciones de dependencia de los pacientes por parte de los alumnos es bastante correcta señalando que entre el profesorado encontramos una tendencia excesiva a preocuparse por las dependencias, obviando de manera manifiesta las independencias y los esfuerzos de los pacientes para mejorar su situación de salud. A este respecto Lunney concluye que la interpretación de las respuestas humanas es una labor muy compleja[20]. Para Munhall[21]el mayor factor contribuyente es que ningún ser humano puede totalmente conocer o comprender al otro.

Gracias al formato propuesto la formulación de los diagnósticos enfermeros era correcta en el 100% de los alumnos, los cuales incluían etiqueta diagnóstica, factores relacionados o de riesgo y características definitorias según procediese, guiándose por el modelo propuesto por Carpenito[22] y explicado en las clases teóricas. Respecto a su correlación con la información obtenido y triangulándolo con las conversaciones mantenidas con los alumnos en las tutorías descubrimos ciertas dificultades en la identificación de determinados diagnósticos. Entre ellos encontramos dificultades por parte de los alumnos en la identificación de los diagnósticos: riesgo de traumatismo, riesgo de lesión y riesgo de caídas. Del mismo modo confunden e identifican indistintamente ansiedad y temor, al igual que deterioro de la integridad cutánea y tisular. A pesar de existir algunos trabajos elaborados por Lunney[23] acerca de la efectividad de la identificación de respuestas humanas, se antoja difícil su medida e interpretación.

Respecto a la adecuación de las intervenciones NIC seleccionadas en relación a su diagnóstico los alumnos las emplearon de manera eficaz.

Por último en las discusiones de grupo programadas se trataron las conclusiones que los alumnos adoptaron en sus trabajos. Decidimos clasificar la información generada en puntos fuertes y débiles, según se expone a continuación.

Puntos débiles:

- Formato de valoración muy extenso.
- En la valoración hay preguntas que inciden demasiado en la integridad del paciente y no son útiles.
- El formato no es adecuado para pacientes con seguimiento menor lo cual indica menos posibilidades de obtener información y datos referentes a su situación de salud.
- Requiere mucho tiempo su elaboración.

- Encuentran problemas a la hora de hacer preguntas sobre relaciones sexuales, emociones o eliminación.

Puntos fuertes:

- Valoración amplia y completa lo cual permite que todas las necesidades del paciente queden cubiertas.
- Gracias a este formato se "tocan" todos los aspectos relativos a su estado de salud, no olvidando ningún aspecto.
- A pesar de su amplitud no es complicada su elaboración.
- El formato permite reducir y ahorrar tiempo en la realización de las fases del proceso enfermero.
- Los pacientes agradecen que se pase tanto tiempo con él lo cual le ayuda en su proceso de hospitalización y les ayuda a evadirse de sus problemas, además de facilitar el reconocimiento de sus problemas.

# CONCLUSIONES

Desde nuestro punto de vista consideramos fundamental que los alumnos reconozcan tanto las habilidades y capacidades de los pacientes como sus propias interpretaciones a sus problemas de salud o procesos de vida. Gracias a una correcta identificación de las respuestas humanas se facilita la selección de las más apropiadas intervenciones enfermeras que permitan alcanzar los resultados positivos, lo cual supondrá la principal razón por la que la sociedad necesita a enfermería[24]. Los diagnósticos enfermeros, suponen un lenguaje desarrollado por enfermería, el cual especifica el dominio de nuestra práctica profesional: la identificación de las respuestas humanas. Gracias a este lenguaje el foco de atención de la enfermería es holístico e integrador y se diferencia de otros proveedores de cuidados de salud. Los diagnósticos enfermeros facilitan una comunicación eficiente y efectiva con las enfermeras y con las "no enfermeras"[25].

Con el objeto de garantizar calidad en el cuidado de salud es esencial centrarse en las necesidades de los pacientes. Esto requiere que las enfermeras posean competentes habilidades diagnósticas que les permitan identificar de manera rápida las necesidades de los pacientes, utilizando métodos e instrumentos adecuados[26]. El modelo propuesto para la ejecución de los trabajo les ha permitido a los alumnos desarrollar un proceso enfermero de manera eficaz siguiendo cronológicamente las fases de éste. Como problemas hallamos la falta de seguimiento de los pacientes y la ausencia de una evaluación tanto de diagnósticos como de objetivos e intervenciones.

Las dificultades encontradas por los alumnos en el establecimiento de los diagnósticos representan el mismo problema que podemos encontrar en la realización de casos prácticos en el aula. Observamos como los alumnos para la elección de los pacientes seleccionan aquellos en los cuales pueden identificar más categorías diagnósticas y se encuentran en una situación más crítica. En este sentido los diagnósticos seleccionados muchos de ellos son obvios y pueden ser encontrados en la mayoría de los receptores de cuidados

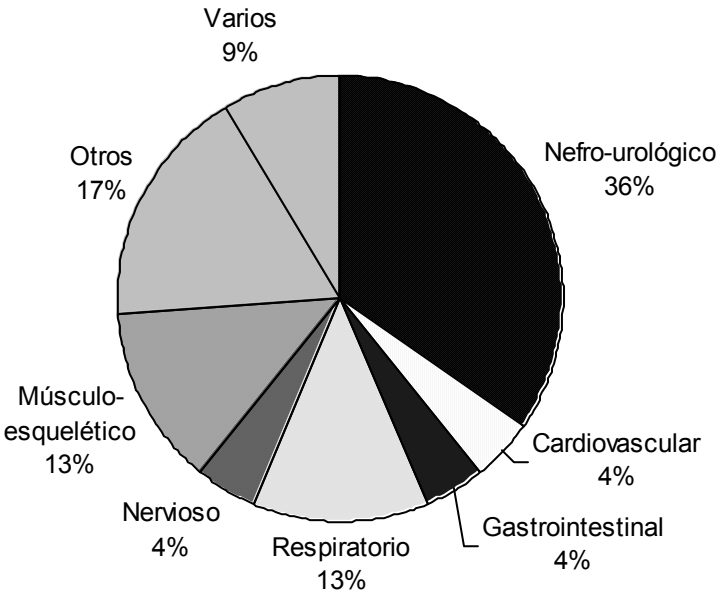
(deterioro del patrón del sueño), circunstancia que debiera ser profundizada y estudiada en un futuro en pro de averiguar su eficacia diagnosticadora.

Por otro lado los alumnos obvian y dan escasa importancia a la información no verbal que los pacientes puedan manifestar, lo cual se refleja en las hojas de valoración. En este sentido también observamos cómo prestan excesiva atención a los problemas de salud dejando de un lado las potencialidades que pudieran manifestar, así tan sólo en un trabajo identifican diagnósticos del tipo de bienestar o salud. Aceptamos como punto débil que la valoración propuesta es demasiado extensa y compleja, en el sentido de su desarrollo. El alumnado tampoco refleja en ocasiones cómo una necesidad puede influenciar en el resto, y bien, o no lo reflejan o lo hacen de modo repetitivo.

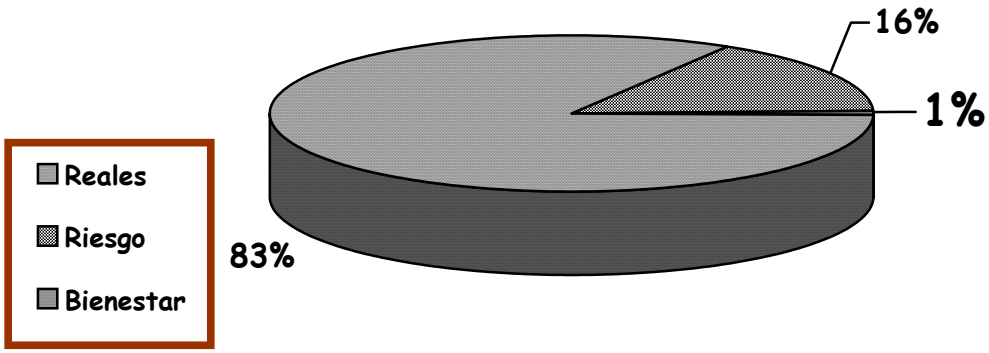
En principio no nos habíamos planteado como objetivo mejorar las habilidades de comunicación a la vez que favorecer las relaciones de los alumnos-pacientes, lo cual nos ha sorprendido como la gran mayoría lo ha reflejado en las conclusiones.

Por último, señalar que la utilización de las intervenciones NIC resulta fácil, eficaz y atractiva para los alumnos, por lo que podemos concluir señalando la trascendencia que en el futuro tendrá su empleo en docencia y práctica. Como aspecto negativo descubrimos como la estructura taxonómica de las NIC hace difícil su medición, puesto que las actividades de varias intervenciones son coincidentes y el sistema propuesto de relación NIC-NANDA incluye gran cantidad de intervenciones (sugeridas y opcionales) por diagnóstico. Los NOC muestran un seguimiento bajo en los trabajos resultante de su reciente introducción teórica.

# Tabla 1. MOTIVO DE CONSULTA ORGANIZADO POR SISTEMAS CORPORALES




## Tabla 2. DISTRIBUCIÓN TIPOS DE DIAGNÓSTICOS



# Tabla 3. DISTRIBUCIÓN DE DIAGNÓSTICOS

| Código | ETIQUETA | N | % |
|---|---|---|---|
| 95 | Deterioro del patrón del sueño | 12 | 8,69 |
| 108 | Déficit de autocuidados: baño/higiene | 10 | 7,24 |
| 4 | Riesgo de infección | 9 | 6,52 |
| 109 | Déficit de autocuidados: vestido/acicalamiento | 8 | 5,79 |
| 32 | Patrón respiratorio ineficaz | 8 | 5,79 |
| 2 | Desequilibrio nutricional por defecto | 8 | 5,79 |
| 146 | Ansiedad | 6 | 5,79 |
| 97 | Déficit de actividades recreativas | 6 | 5,79 |
| 26 | Exceso de volumen de líquidos | 6 | 5,79 |
| 52 | Deterioro de la interacción social | 5 | 3,62 |
| 93 | Fatiga | 4 | 2,89 |
| 85 | Deterioro de la movilidad física | 4 | 2,89 |
| 46 | Deterioro de la integridad cutánea | 4 | 2,89 |
| 31 | Limpieza ineficaz de las vías aéreas | 3 | 2,17 |
| 16 | Deterioro de la eliminación urinaria | 3 | 2,17 |
| 126 | Conocimientos deficientes | 3 | 2,17 |
| 82 | Manejo efectivo del régimen terapéutico | 1 | 0,72 |
| | Otros | 38 | 27,53 |
| | **Total** | **138** | |

# Tabla 4. DISTRIBUCIÓN DE NIC

| ETIQUETA | N | % |
|---|---|---|
| Disminución de la ansiedad | 18 | 5,32 |
| Manejo de la nutrición | 17 | 5,02 |
| Cambios de posición | 14 | 4,14 |
| Manejo de líquidos | 10 | 2,95 |
| Fomento del ejercicio | 10 | 2,95 |
| Vigilancia de la piel | 10 | 2,95 |
| Apoyo emocional | 9 | 2,66 |
| Terapia de ejercicios: movilidad articular | 8 | 2,36 |
| Control de las infecciones | 7 | 2,07 |
| Fomento del sueño | 7 | 2,07 |
| Ayuda con los autocuidados: baño/higiene | 7 | 2,07 |
| Ayuda con los autocuidados: vestido/acicalamiento | 6 | 1,77 |
| Otros | 215 | 63,60 |
| **Total** | **338** | |

# Tabla 5. DISTRIBUCIÓN DE NOC

| ETIQUETA | N | % |
|---|---|---|
| Nivel de movilidad | 6 | 6,89 |
| Estado nutricional | 5 | 5,74 |
| Eliminación urinaria | 5 | 5,74 |
| Control de la ansiedad | 4 | 4,59 |
| Descanso | 3 | 3,44 |
| Estado nutricional: ingesta de alimentos y líquidos | 3 | 3,44 |
| Termorregulación | 3 | 3,44 |
| Nivel de comodidad | 3 | 3,44 |
| Aclaración toxinas sistémicas | 2 | 2,29 |
| Conocimiento: proceso de la enfermedad | 2 | 2,29 |
| Bienestar | 2 | 2,29 |
| Cuidados personales: baño/higiene | 2 | 2,29 |
| Otros | 47 | 54,02 |
| **Total** | **87** | |

[1] Chatellet F. *El pensamiento de Platón.* Labor. Barcelona, 1973.
[2] Fahrenkrug MA, *Development of a nursing data set for school nursing.* Journal of school nursing: the official publication of the National Association of School Nurses. 2003 Aug; 19 (4), pp.238-48.
[3] Do Vale IN; Lopes MH. *The use of classifications in the practice and teaching of nursing: the experience of the university of Campinas.* Revista brasileira de enfermagem. 2002 Nov-Dec; 55 (6), pp.670-3.
[4] Cavendish R. *The use of standarized language to describe abdominal pain.* Journal of school nursing: the official publication of the National Association of School Nurses. 2001 Oct; 17 (5), pp. 266-73.
[5] Juntilla K, Lauri S, Salanterä S, Huppli M. *Initial validation of the Perioperative Nursing Data Set in Finland.* Nursing Diagnosis. 2003
[6] Alfaro-Lefevre R. Applying Nursing Process. Promoting collaborative care. Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia: 2002.
[7] Hernández Conesa JM, Moral de Calatrava P, Esteban-Albert M. *Fundamentos de la enfermería. Teoría y método.* McGraw-Hill, Interamericana, Madrid, 2003.
[8] Yura LH, Walsh MB. *Proceso de enfermería: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación,* Alambra, Madrid, 1982.
[9] Marriner A, Raile Alligood M. *Modelos y teorías en enfermería.* 5ª ed. Mosby. Madrid, 2003.
[10] Peplau HE. *Interpersonal relations in nursing.* Putnam´s Sons, New Cork: 263-265, 1952.
[11] Benavent Garcés A, Ferrer Ferrandis E, Francisco del Rey C. Fundamentos de enfermería. DAE, Madrid: 2001.
[12] Ackley B, Ladwing G. *Nursing Diagnosis Handbook.* St.Louis: Mosby; 2001.
[13] Melnyk BM. *Evidence-based practice: the past, the present, and recommendations for the millennium*. Pediatric Nursing 26(1): 79, 2000.
[14] EUI Santa Madrona. *Proyecto de formación para la implantación del proceso de cuidados en el marco del modelo conceptual de Virginia Henderson en los centros de salud de atención primaria del Institut Catalá de la Salut. La salud, la calidad de vida, un reto para las enfermeras, asistenciales, docentes y gestoras.* Fundación La Caixa. Barcelona, 2002.
[15] Jonson M, Maas M, Moorhead S. *Clasificación de Resultados de Enfermería. NOC*. Barcelona; Harcourt, 2001.
[16] Ackley B, Ladwing G. *Nursing Diagnosis Handbook.* St.Louis: Mosby; 2001.
[17] Juntilla K, Lauri S, Salanterä S, Huppli M. *Initial validation of the Perioperative Nursing Data Set in Finland.* Nursing Diagnosis. 2003
[18] NANDA International. *Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2003-2004.* Elsevier. Madrid, 2003.
[19] Campo Osaba MA, Espinalt Casajuana MA, Fernández Ferrín C, Oriach Alonso MR y Viladot Aguayo A. *Guía práctica clínica. Proceso de enfermería.* Fundació Jordi Gol i Gurina. Barcelona, 2000.
[20] Lunney M. *Critical thinking and nursing diagnosis. Case Studies and analyses.* NANDA.
[21] Munhall PL (1993). *Unknowing: toward another pattern of knowing in nursing.* Nursing Outlook, 41, 125-128.

[22] Carpenito LJ. *Diagnósticos de enfermería. Aplicaciones a la práctica clínica.* Mc-Graw-Hill. 9ª ed. Madrid, 2003.
[23] Lunney M, Karlik BA, Kiss M, Murphy P. *Accuracy of nurses diagnoses of psychosocial responses.* Nursing Diagnosis, 8, 157-166.
[24] Lunney M. *Critical thinking and nursing diagnosis. Case Studies and analyses.* NANDA.
[25] Hootman J. *Nursing Diagnosis, a language of nursing; a language for powerful communication.* Journal of school of nursing: the official publication of the National Association of School Nurses, 1996 Dec; 12(4), pp. 19-23.
[26] Zanotti R, Bini B. *Aprendimento del processo diagnostico infermierístico da parte degli studenti infermieri. Una sperimentazione nella Scuola di S. Miniato.* Rivista dell´infermiere. 1994 Apr-Jun; 13 (2), pp. 80-9.

V Simposium Internacional de Diagnósticos de Enfermería
Palau de Congresos de Valencia
13 y 14 de mayo de 2004

**Título:** Limitantes para la aplicación del Proceso Diagnóstico en el área clínica

**Autor/es:** Méndez Blanco Lucero
**Dirección:** Plaza Xel-ha Edificio M51 Interior 9 Hogares Ferrocarrileros segunda sección. Soledad de Graciano Sánchez, San Luis Potosí México.
**Teléfono:** 4448 16 56 78
**Correo Electrónico:** lucy_mike@hotmail.com

**RESUMEN**

La profesión de enfermería se enfrenta desde hace décadas al reto importante de definir un cuerpo de conocimientos propio que le permita afianzar y orientar su desarrollo en los diferentes campos de actuación. Los diagnósticos de enfermería son una herramienta excepcional para conseguir este objetivo, dado que es un lenguaje propio de la profesión; el establecimiento del uso y significado de estos, ha sido un proceso desde 1973 a 1984, donde apartir de esta fecha son establecidos formalmente por la NANDA.

Sin embargo, trabajar con ellos para muchos profesionales les representa dificultades para su aplicación, algunas de ellas según otros estudios es el desconocimiento teórico o dudas acerca de su utilización real.

Es por esto, que se realizó una investigación con la finalidad de dar a conocer las limitantes y etapas del proceso de cuidados de enfermería (PCE) que presenta mayor dificultad en el alumno para su aplicación en el área clínica.

Para esto se llevó a cabo un muestreo no probabilístico por conveniencia a 49 alumnos del sexto semestre de la Facultad de Enfermería de la UASLP, donde se diseño un cuestionario formado por dos dimensiones: (Limitantes Internas y Externas) con 37 Items; obteniendo como resultados que una de las principales etapas del proceso que presenta mayor dificultad es precisamente la Valoración, con un 91.3%, donde los encuestados expresaron tener “Casi Siempre” dificultad en su manejo, la cual esta muy relacionada con la fase diagnóstica; ya que es una de las etapas fundamentales para su elaboración, misma que radica en la insuficiencia de contenido teórico-práctico adquirido durante su formación.

Como conclusión, se denota que mientras exista dificultad en la elaboración o implementación de alguna de las etapas del PCE continuará aquejando la estructura completa de esta metodología, dado que cada fase se encuentra ligada entre si mismas.

V Simposium Internacional de Diagnósticos de Enfermería
Palau de Congresos de Valencia
13 y 14 de mayo de 2004

**Título:** ESTRATEGIA DE IMPLEMENTACIÓN DE PLANES DE CUIDADOS ESTÁNDARES EN LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN. Una experiencia en el Complejo Hospitalario Carlos Haya de Málaga

**Autor/es:** Campos Rico, Aurelio; Román Cereto, Montserrat; Viñas Vera, Cipriano; Zamudio Sánchez, Antonio; De la Torre Gálvez, Isabel; Bonnemaison Sánchez, Ana

**Dirección:c/ Marqués de Mántua, nº 22, 1º A 29014 Málaga**
**Teléfono:677903032**
**Correo Electrónico:aurelio.campos.sspa@juntadeandalucia.es**

## RESUMEN

INTRODUCCIÓN

La experiencia nos ha demostrado que la elaboración de planes de cuidados estándares, contemplando la taxonomía enfermera, supone un esfuerzo que podemos asumir y que además existen numerosos profesionales que participan de buena gana en ello; pero también nos ha enseñado que la introducción de éstos planes en las unidades y su abordaje en la práctica cotidiana entraña más dificultades.

La presente experiencia pretende mostrar el abordaje de esta situación en un hospital de tercer nivel, y sus resultados

MATERIAL Y MÉTODOS

Desde el año 2001, y en el ámbito de un ambicioso “Plan de Mejora de la atención de Enfermería en las unidades de hospitalización” iniciado por la Dirección de Enfermería de nuestro hospital, se ponen en marcha una serie de líneas de acción:

- Plan formativo en contenidos metodológicos, conceptuales y de gestión de cuidados, dirigido a:
  - Mandos de enfermería
  - Profesionales asistenciales
- Negociación con distintos colectivos del hospital
- Evolución del supervisor a gestor de cuidados
- Creación de un grupo de profesionales expertos en metodología, gestión de cuidados y elaboración de planes de cuidados
- Desarrollo de herramienta que operativice el uso de registros enfermeros actualizados

RESULTADOS

- Mandos intermedios formados (100%)
- 80 actividades formativas (200 horas lectivas); participación de más de 500 profesionales
- 54 planes de cuidados estándares validados
- 1 año de experiencia en la aplicación de planes de cuidados estándares en 4 unidades de hospitalización

CONCLUSIÓN

- Para generar este cambio son imprescindibles la formación en contenidos propios de enfermería y la participación de la gran mayoría de los profesionales
- Esta sistemática de trabajo debe asentarse como la forma natural de prestar y reflejar los cuidados, y para ello precisa de recursos humanos y materiales, y continuidad en el impulso generado

V SIMPOSIUM INTERNACIONAL DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

# NORMALIZACIÓN DE METODOLOGÍA DE CUIDADOS EN EL ENTORNO DE LA COMUNIDAD VALENCIANA :HISTORIA ENFERMERÍA ELECTRÓNICA ABUCASIS II

**Alonso ,A., Cardona ,J.V. ,Costa , E. Dasí .M.J , Guirao , J.A., Ruiz ,A. , Soler, P. ; Mª Ángeles Perpiñá**

Hospital General Universitario de Valencia.
C/ Tres Cruces , S/N .Valencia .
ruiz_anthon@gva.es

**Innovación en el proceso de cuidar: conjunción de herramientas y saber.**
**Valencia – 13 y 14 de mayo de 2004**

Justificación :

La Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana inicia un proyecto ambicioso en el año 2001 de incorporar a nivel ambulatorio (AP y AE ) la historia clínica única electrónica .

La creación de grupos de trabajo genera la constitución de asesores de enfermería que diseñen “ad-hoc” la Historia de Enfermería Electrónica .

La filosofía del grupo en la elaboración del producto final se ha llevado a cabo manteniendo el principio de que la Historia de Enfermería es una herramienta y no un fín en sí mismo y está orientada al cliente enfermero asistencial que aporte valor para su aplicabilidad y permita , por un parte la mejora de la calidad científico-técnica del desarrollo enfermero y por ende la calidad percibida de los ciudadanos de la comunidad valenciana.

Metodología :

Grupo de enfermeros expertos seleccionados por perfiles asistenciales , docentes , gestores e investigadores .

Definición de metodología de trabajo :

1. Constitución del grupo . Metodología de trabajo (espacios , horarios , dedicación , trabajo en red… )
2. Contenidos de la Historia de Enfermería
3. Metodología a desarrollar
    - Valoración po r Patrones Funcionales de M.Gordon
    - Taxonomía de Diagnósticos Nanda
    - Intervenciones NIC
    - Resultados NOC
4. Gestión del conocimiento .
5. Validación del conocimiento en formato electrónico con técnicos de empresa externa del concurso de la Historia Electrónica.
6. Finalización del producto final en primera versión .

Conclusiones :

1. Apuesta decidida y apoyo de la Conselleria de Sanidad por el producto enfermero .

2. Se ha elaborado un producto enfermero de historia clínica electrónica con una alta validación de gestión de conocimiento enfermero.
3. Puede suponer un hito en la comunidad valenciana en el ámbito de al A.Primaria , la posibilidad de ofrecer un producto demandado por la mayoría de e profesionales de enfermería que les puede facilitar el desarrollo profesional en la normalización de los cuidados enfermeros en la práctica asistencial así como en la formación , gestión e investigación .
4. El mayor valor de la Historia de Enfermería Electrónica Abucasis II ,es que se ha elaborado un producto para toda la tipología de enfermeros , permitiendo el desarrollo al más" técnico como al más metodológico".
5. Se ha pilotado la formación en un Área Sanitaria con aplicación real de la herramienta con coordinadores de enfermería y llevar cabo el despliegue con "formación de formadores ". La evaluación de los mismos ha sido altamente satisfactoria , manifestando que es una herramienta creíble y altamente aplicable .
6. En foros docentes de Enfermería se nos ha invitado y los disienten valoran altamente atractiva le herramienta , incluidas opiniones de expertos de enfermería en metodología de cuidados (AENTDE ).
7. La versión inicial no ha incorporado las características definitorias de los Diagnósticos de Enfermería , por lo que puede ser una debilidad e invite a diagnosticar de forma indiscriminada .

Para sucesivas versiones se tiene previsto incorporar esta carencia además poder medir el producto enfermero con metodología de valoraciones y resultados NOC , así como la aportación enfermera en la cartera de servicios de la Conselleria de Sanidad .

## BIBLIOGRAFÍA


- **Carpenito, L.J. Manual de diagnóstico de enfermería. 5 Ed. Interamericana-McGraw-Hill. Madrid. 1995.**
- **Clements, M. Cuidados geriátricos en enfermería. Barcelona:Doymqa, 1986**
- **Del Pino Casado, R. Cantón Ponce, D. Alarcón Juárez, A. Fuentes Martínez, A Navas Anguis, V. Rincón Montilla, M.C. Ruiz Cejudo, R. Poder de explicación del**

diagnóstico enfermero en la actividad desarrollada en consulta de enfermería de pacientes crónicos en atención primaria. Enfermería Clínica, 2001 ; 11: 3-8

- Ferrer Ferrandis, E. Taxonomía NIC: implicaciones en el proceso de cuidados. El Correo AENTDE [En prensa]
- G. Bustos Lozano Protocolo de actividades preventivas en la infancia y la adolescencia. Grupo de Expertos de Actividades Preventivas de 0 a 14 años del PAPPS.
- GedapS. Guía para el tratamiento de la Diabetes tipo 2 en atención primaria. 3ª ed. Madrid: Harcourt; 2000.
- Gordon,M. Diagnóstico enfermero. Proceso y aplicación. 3ª Ed. Mosby, Madrid, 1996.
- Guía para ayudar a promover una Alimentación Saludable. SEMFYC.1999
- ILLINWORTH.El niño normal. 1993
- J.J. Rodríguez Alonso, S. Holgado Catalán, F. León Vázquez, J. Cabello Suárez-Guanes,Protocolo de vendajes funcionales (I).
- Johnson M, Bulecheck g, McCloskey S, Maas M, Moorhead S. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. Interrelación NANDA, NIC y NOC. Barcelona: Harcourt, 2002.
- L. Busquet Duran, K. Naberán Toña, E. Hernández Huet, Protocolos de asma y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) en atención primaria. Barcelona: Ediciones Doyma, 1994; 1: s4.
- Loveman E, Royle P, Waugh N. Specialist nurses in diabetes mellitus (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2 2003. Oxford: Update Software.
- M. de la Figuera Von Wichman Hipertensión arterial en atención primaria Grupo de trabajo en Hipertensión Arterial.Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària
- M. Mata Cases, M. de la Torre Castañeda , A. Espluga Capdevila, X. Mundet Tuduri, P. Roura Olmeda. María Trilla Soler Protocolo de diabetes mellitus en atención primaria. Grupo de Trabajo de la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Barcelona.
- Manual de Examenes de Salud escolar. Conselleria de Sanitat y Consum.2002
- Manual del niño sano. Conselleria de Sanitat.1998
- McCloskey, J.C; Bulechek, G.M. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE). Nursing Interventions Classification (NIC) 3ª ed. Harcourt, Madrid, 2001.
- Monografías de Educación para la salud en la escuela. Conselleria de Sanitat
- Ramon Ciurana Misol, Dolors Forés García, Amando Martín Zurro, Jorge Luis Tizón García , Protocolo de actividades preventivas para la población adulta.
- Recomendaciones para la atención del paciente con ASMA. SEMFYC.1998

- Renders CM, Valk GD, Griffin S, Wagner EH, Eijk JThM van, Assendelft WJJ. Interventions to improve the management of diabetes mellitus in primary care, outpatient and community settings (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2 2003. Oxford: Update Software.
- Rodrigo Córdoba, M.a Teresa Delgado, Manuel Botaya, Carmen Barberá, Pilar Lacarta, Concepción Sanz. Protocolo de tabaco en atención primaria.
- Smith B, Appleton S, Adams R, Southcott A, Ruffin R. Atención domiciliaria por medio de enfermería a distancia para la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Revisión Cochrane). In: La Cochrane Library Plus, Número 2, 2002. Oxford: Update Software.
- Strauch, P. Atención Primaria Cuidados de Enfermería.Barcelona:Doymqa, 1986
- V. Lisa Catón, P. Marco Aguilar, E. Millán Revuelta, J. Ochoa Prieto Protocolo de emergencias médicas (I).
- Y Lacasse, L Brosseau, S Milne, S Martin, E Wong, GH Guyatt, RS Goldstein, White J. Pulmonary rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2 2003. Oxford: Update Software.

V SIMPOSIUM INTERNACIONAL DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

# RESPUESTA DISFUNCIONAL AL DESTETE DEL RESPIRADOR, RELACIONADO CON CARACTERÍSTICAS DE LA LIMPIEZA INEFICAZ DE LAS VÍAS AÉREAS EN CUIDADOS CRÍTICOS NEONATALES.

**Antonio José Ibarra Fernández, María de los Remedios Gil Hermoso, Isabel María Llanos Ortega y Manuel Javier Lorente Acosta.**

**Dirección:** C/ Costa de Marfil,36. 04009-ALMERIA.

**Teléfono:** 616045250

**Correo Electrónico:** aibarra@aibarra.org

**Introducción:**

En Cuidados Intensivos Neonatales el 80% de los clientes que tratamos tienen el diagnóstico NANDA 34: *Respuesta disfuncional al destete del respirador*, definido por la misma como "Incapacidad para adaptarse a la reducción de los niveles de soporte ventilatorio mecánico, lo que interrumpe y prolonga el periodo de destete. Este diagnóstico es de los más frecuentes debido mayormente a que nuestros pacientes son prematuros de muy bajo peso al nacer (< 1.500 gr.) y su inmadurez conlleva a que tengan que ser sometidos a ventilación asistida durante un tiempo largo, entre 10 y 30 días aproximadamente.

En muchas ocasiones esta prolongación de la ventilación mecánica es consecuencia directa del acumulo de secreciones en la vía aérea NANDA 31: *Limpieza ineficaz de las vías aéreas*, definido por la misma como: Incapacidad para eliminar las secreciones u obstrucciones del tracto respiratorio para mantener las vías aéreas permeables. Este diagnóstico es debido principalmente a infecciones relacionadas con la inmadurez del paciente.

Intentamos incidir sobre los factores que están relacionados cuando se dan estos dos diagnósticos a la vez para intentar reducir los días que nuestros pacientes están sometidos a ventilación mecánica, por dos razones principalmente: complicaciones derivadas de la ventilación mecánica y requerimiento de cuidados especializados. Es por ello que, planteamos evaluar el estado ventilatorio de nuestros pacientes con una hoja de recogida de datos (anexo1). Es objeto de este estudio es saber como se relaciona el NANDA 34 con la característica definitoria sonidos respiratorios adventicios (sibilancias, estertores, crepitantes, runcus) y los factores relacionados obstrucción de las vías aéreas del NANDA 31.

**Material y Métodos:**

La población que utilizamos son todos los neonatos intubados que lleven más de una semana con ventilación mecánica durante los meses de Octubre y Noviembre del 2002, en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos y Neonatales del Hospital Torrecárdenas Almería. Utilizamos la historia de enfermería y la hoja de valoración clínica relacionada con el patrón respiratorio (anexo1). Durante el tiempo que presenta ventilación mecánica. Aplicamos el código 34 y el código 31 NANDA y sus características. Utilizamos como variable independiente el diagnóstico 34 y como variables dependientes:

1. Color Secreciones: color que se aprecia en la succión de las secreciones, que será: incoloro, blanco, amarillo y rosáceo.
2. Densidad Secreciones: densidad que se aprecia en la succión de las secreciones, que será: espesa, moderada y normal.
3. Cantidad Secreciones: cantidad que se aprecia en la succión de las secreciones, que la definimos como: mucha, moderada, normal y escasa.

4. Grado de dificultad respiratoria (test de Silverman): puntuación que denota el grado de dificultad respiratoria del Neonato, que estará comprendido en un rango de [0-8].
5. Auscultación respiratoria: la diferenciaremos como normal y anormal, pero con una característica importante que contemplamos si los ruidos anormales que se producen en la espiración o en la inspiración, diferenciando si se trata del campo pulmonar derecho o izquierdo.

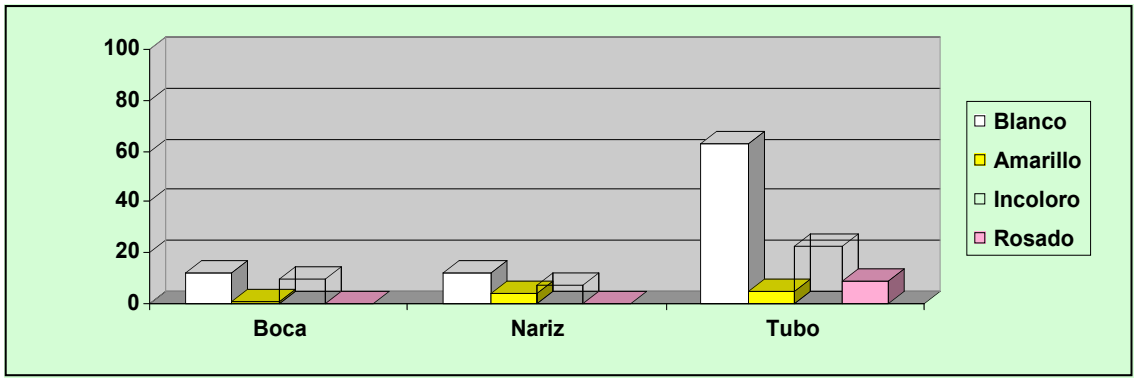
La recogida de datos se hace durante los meses de Octubre y Noviembre del 2002. Planteamos un estudio trasversal.

**Resultados:**

Se evalúan 17 pacientes, obteniendo 65 casos de los cuales 23 casos presentaron el diagnóstico 34 y diagnóstico 31.

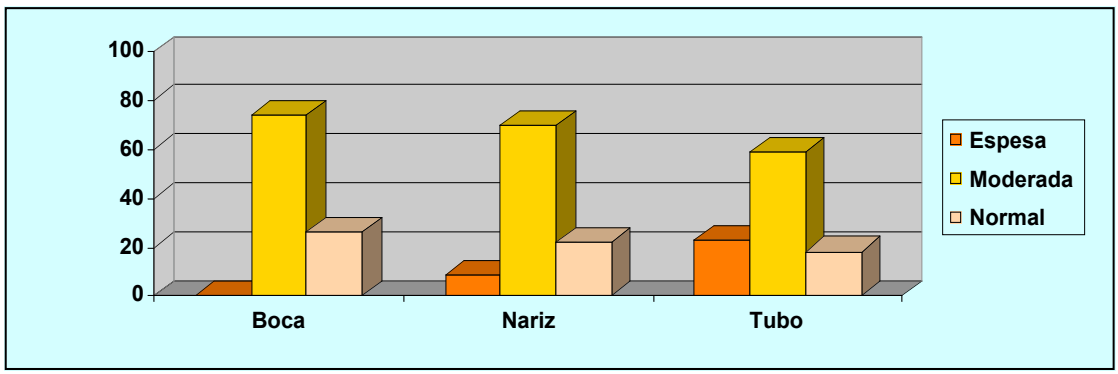
Análisis de las variables dependientes:

1.- Color Secreciones:



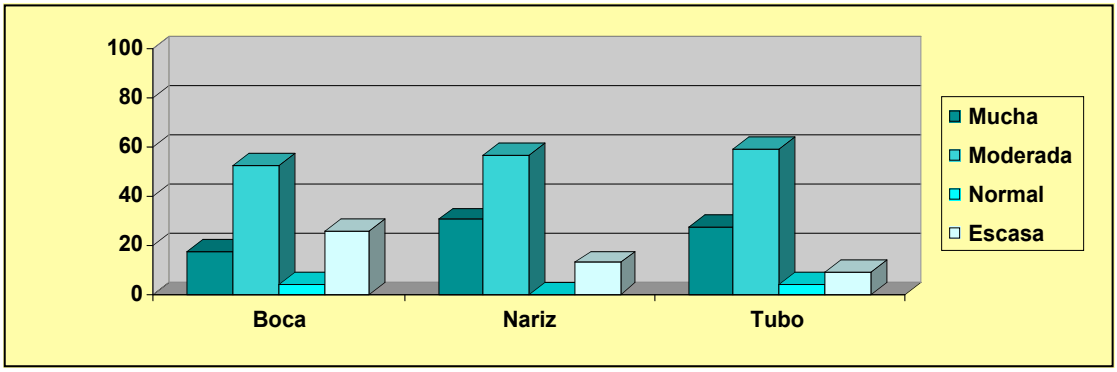

El color más frecuente es el color blanco, seguido del incoloro, destacando que fue más frecuente por el tubo endotraqueal que por boca y nariz

2.- Densidad Secreciones:



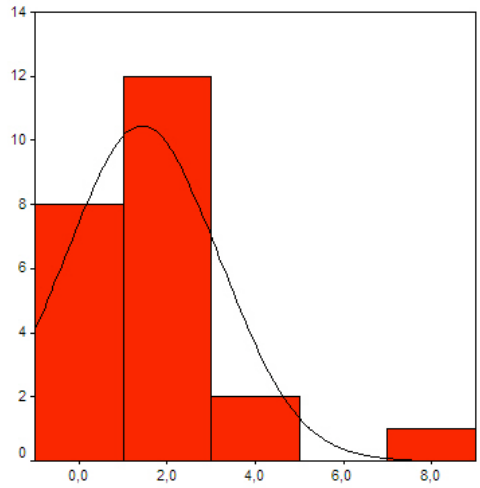

La densidad más frecuente es la moderada, destacando que donde más se denotó la densidad espesa fue en el tubo endotraqueal.

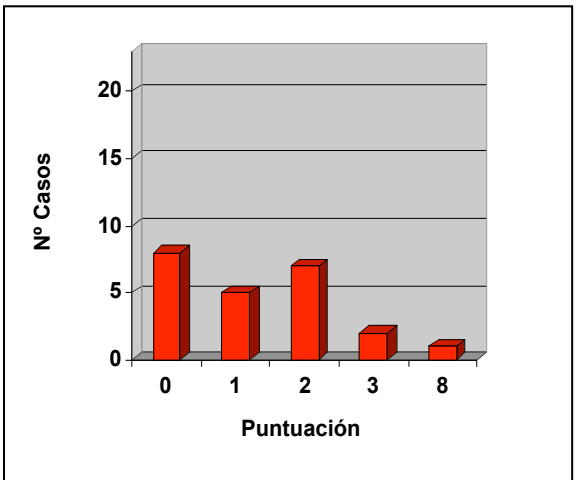
3.- Cantidad de Secreciones:




La cantidad de secreciones la más frecuente el la moderada, denotando la homogeneidad por boca, nariz y tobo endotraqueal

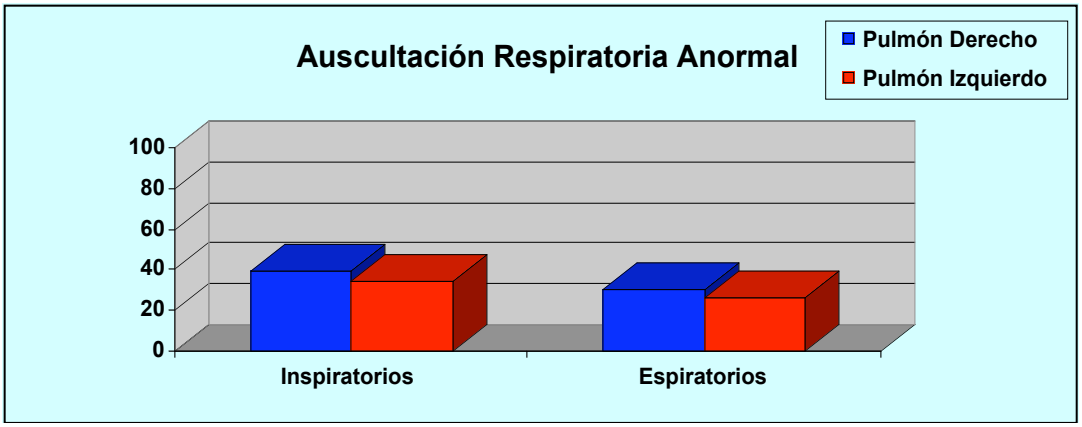
4.- Grado de dificultad respiratoria (test de Silverman):




Observamos que el grado de dificultad respiratoria evaluado por el test de Silverman, que se desvían los datos hacia la ausencia de dificultad respiratoria

5.- Auscultación respiratoria:




Observamos que los ruidos anormales, los inspiratorios son más frecuentes que los espiratorios, tanto en campos pulmonares derechos como izquierdos. Debemos de resaltar que la auscultación resulto en muchos casos anormal.

**Conclusiones:**

1. El color blanco, la fluidez moderada y cantidad moderada de secreciones son las más frecuentes cuando se aplica el diagnóstico NANDA 34 y 31. Estas características de las secreciones, posiblemente pudiese estar asociada a la utilización de la ventilación sin humidificadores, un dato a comprobar en futuros estudios.
2. Los pacientes que fueron sometidos a ventilación mecánica estaban en su mayoría sin signos de dificultad respiratoria, lo que denota un buen nivel de sedación y/o relajación de los pacientes.
3. La auscultación respiratoria fue el signo clínico que determino con más poder que se aplicase la acción mecánica de aspiración de secreciones traqueales, incluso determino en muchos casos que se aspirase o no se aspirase. Los ruidos inspiratorios anormales fuero ligeramente más frecuentes que los anormales espiratorios, ello nos indica que controlamos adecuadamente las secreciones en pacientes con el NANDA 34.

ANEXO1: VALORACIÓN DEL PATRÓN RESPIRATORIO

Hoja número:_____

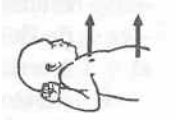
Score TISS28 Soporte Ventilatorio: _____

| Nombre: | Apellidos: | Fecha actual: / / |
|---|---|---|
| Fecha nacimiento: / / | Unidad: | Número Historia Clínica: |

Mecánica de la Respiración:

| Frecuencia Resp. | Inspiración: |
|---|---|
| | Espiración: |

Valoración de dificultad respiratoria (Test de Silverman)

| Puntos: | 2 | 1 | 0 |
|---|---|---|---|
| **Quejido espiratorio** |  Audible sin fonendoscopio |  Audible con el fonendoscopio |  Ausente |
| **Respiración nasal** |  Aleteo |  Dilatación |  Ausente |
| **Retracción costal** |  Marcada |  Débil |  Ausente |
| **Retracción esternal** |  Hundimiento del cuerpo |  Hundimiento de la punta |  Ausente |
| **Concordancia toraco-abdominal** |  Discordancia |  Hundimiento de tórax y el abdomen |  Expansión de ambos en la inspiración |

Monitorización Sat. $O_2$:

| Ahora | A los 5 minutos | A los 10 minutos | A los 30 minutos |
|---|---|---|---|
| | | | |

Monitorización gasométrica: □ Arterial □ Capilar □ Venosa

| pH | P $CO_2$ | P $O_2$ | $HCO_3$ | Eb | $SO_2$ |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |

Oxigenoterapia:

| Carpa | | Incubadora | | Mascarilla | | Cánulas nasales | Ventilador |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $FiO_2$ | Lpm | $FiO_2$ | Lpm | %[$O_2$] | Lpm | Lpm | $FiO_2$ |

Secreciones en vías respiratorias:

| SECRECIONES | Color | Fluidez | Cantidad |
|---|---|---|---|
| Boca | | | |
| Nariz | | | |
| TNT | | | |
| TOT | | | |

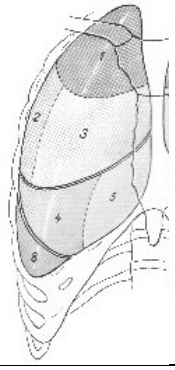
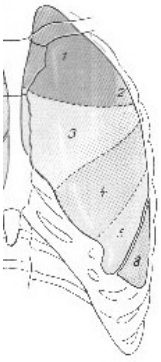
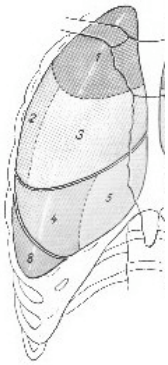
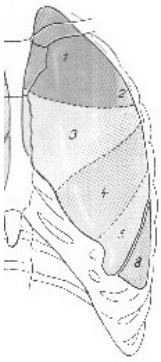
Ventilación Mecánica:

| Respirador | Tipo | Modalidad | PIP | PMVA | TI | VM | $FiO_2$ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

Fármacos administrados por vía respiratoria

| Fármaco | Tipo | Dosis/Forma | Tiempo adm. |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Auscultación respiratoria

| **Pulmón Derecho** | **Pulmón Izquierdo** |
|---|---|
| Ruidos inspiratorios:  | Ruidos inspiratorios:  |
| Ruidos espiratorios:  | Ruidos espiratorios:  |

Otras observaciones: _____
_____.

V SIMPOSIUM INTERNACIONAL DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

# ESTUDIO PILOTO SOBRE UN DOCUMENTO DE REGISTRO DE ENFERMERÍA QUE INTEGRE LAS CLASIFICACIONES NANDA, NIC Y NOC

**Carlota Gómez de Segura Navarro, Ainhoa Esain Larrambe, Mª Jesús Narvaiza Solís, Pilar Tina Majuelo, Laura Fernández Perea, Irene Guembe Ibáñez.**

**Innovación en el proceso de cuidar: conjunción de herramientas y saber.**
**Valencia – 13 y 14 de mayo de 2004**

## INTRODUCCIÓN:

En nuestra profesión, la finalidad en el cuidado de los pacientes es conseguir una atención integral, continua y de calidad. Una herramienta básica para conseguirlo son los registros de enfermería, que deben contener la información necesaria (Subirá A, Rodríguez C et al. Tempos Vitalis 2002)[1].

En la bibliografía se encuentran estudios que llegan a la conclusión de la necesidad de que los registros de enfermería faciliten la organización de la información, orienten y dirijan la asistencia, y proporcionen criterios para revisar y evaluar los cuidados (Capel Y, Soria AM et al. Tempos Vitalis 2002)[2]. Todo lo anterior conlleva la creación de un registro eficaz, profesional y útil que optimice los cuidados y garantice la calidad y continuidad asistencial. Para llegar a dicha finalidad (calidad y continuidad) en otras investigaciones se afirma que es de vital importancia la utilización de registros que incluyan diagnósticos enfermeros, intervenciones y resultados, facilitando de esa forma la elaboración de protocolos de cuidados (Merino D, González A et al. Ciber Revista 2003)[3]

A la hora de crear protocolos se hace imprescindible poseer un lenguaje común y para ello disponemos de las clasificaciones de intervenciones y resultados de enfermería.

En nuestro servicio se utiliza un lenguaje común a la hora de plantear problemas ya que se trabaja con los diagnósticos de enfermería según la NANDA y utilizando los patrones de M. Gordon, pero no se ha trabajado con las clasificaciones NIC-NOC.

Por el material revisado y con el fin de seguir mejorando en el nivel asistencial dado a nuestros pacientes, vemos necesario elaborar y analizar un registro de enfermería que integre NANDA- NIC- NOC. Para ello hemos seleccionado pacientes de las especialidades de M. Interna – Neumología, ya que nuestra planta de hospitalización es una unidad de referencia para esos departamentos.

## OBJETIVOS

1. Determinar y confirmar la eficacia de documentos de enfermería que integren intervenciones y resultados, de cara a mejorar la continuidad y calidad de los cuidados enfermeros.

2. Evaluar la factibilidad de aplicar el anterior documento en nuestra unidad de hospitalización, identificando ventajas e inconvenientes.

## METODOLOGÍA

El trabajo se ha llevado a cabo en la unidad 7ª II de hospitalización médica de la Clínica Universitaria de la Universidad de Navarra en colaboración con la Escuela Universitaria de Enfermería.

Es un estudio descriptivo, transversal y observacional realizado en tres fases. A continuación enunciaré los trabajos realizados en cada fase y los resultados serán expuestos posteriormente.

En la primera fase (Febrero - Mayo de 2002) se analizan los diagnósticos de enfermería y los problemas interdependientes en 23 pacientes con algún proceso respiratorio, con la finalidad de elegir los que con más frecuencia se enuncian en esos pacientes y basar el estudio en ellos.

En la segunda fase de la investigación ( Enero – Febrero de 2004), por una parte nos proponemos adjudicar a cada diagnóstico unos criterios de resultados y unas intervenciones de enfermería basándonos en las clasificaciones NIC- NOC, y por otra parte elaborar un documento con el cuál trabajaremos y pondremos en marcha un estudio piloto.

Y en la tercera y última fase (Marzo – Mayo de 2004) se realiza un estudio piloto en 12 pacientes ingresados en la unidad anteriormente mencionada de la Clínica Universitaria de Navarra.

## RESULTADOS

Al igual que he definido por separado los tres periodos del trabajo, expongo los resultados que hemos obtenido en cada uno de ello.

La primera fase consistió en analizar el contenido de los documentos de enfermería: diagnósticos enfermeros, problemas independientes y cuidados más frecuentes.

Tras el análisis realizado en los 23 pacientes, respecto a los diagnósticos más frecuentes obtuvimos como resultado:

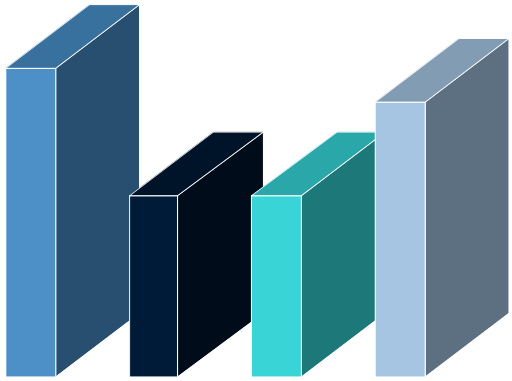
Intolerancia a la actividad en un 73%

Limpieza ineficaz de vías aéreas en un 43%

Déficit de autocuidado en un 43%

Y respecto a los problemas interdependientes:

Hipoxemia / Hipercapnia en un 65%



- Intolerancia a la actividad (73%).
- Limpieza ineficaz de vías aéreas (43%).
- Déficit de autocuidado (43%).
- Hipoxemia/hipercapnia (65%).

Posteriormente se eligieron del NIC las intervenciones más acordes con los diagnósticos enfermeros seleccionados utilizando los siguientes criterios de selección: resultados deseados del paciente, características del diagnóstico enfermero, factibilidad de su ejecución, aceptación del paciente/familia y capacidad profesional. Igualmente se analizó el listado de cuidados de la unidad comparándolo con las actividades seleccionadas. De todo ello se aprecia que en la planificación de cuidados de enfermería no se registraban actividades educacionales, aspecto que sí se incluiría si se trabajase con la clasificación de intervenciones de enfermería.

La segunda fase consistía en la elaboración del documento integrando NANDA – NIC – NOC. A cada diagnóstico seleccionado se le iba adjudicando intervenciones y resultados que se podrían realizar a nivel hospitalario. Cuando se tenían elegidas se comprobó que existía gran coincidencia con las sugeridas en la bibliografía para dichos diagnósticos y P. Interdependientes. Eso mismo animó a continuar con seguridad y confianza el estudio ya que confirmaba que se seguían criterios de elección correctos.

En la clasificación NOC se utilizan escalas de Likert para registrar los indicadores de la situación inicial y evolución de los pacientes. Cuando se estaba dando forma al documento se planteó si todo el mundo valoraría con los mismos criterios y se vio necesario definir claramente dichas escalas para que todo el personal valorase de la misma manera, lo cual se realizó llegando a un consenso entre el grupo investigador. Por ejemplo, a la hora de valorar el estado respiratorio de un paciente pueden surgir diferencias en la apreciación de la disnea o a la hora de registrar el acúmulo de secreciones en el tracto respiratorio. Se revisaron otros estudios pero no se encontró ninguna referencia a la necesidad de definir claramente las escalas de valoración.

Posteriormente se elabora el documento manual que se va a utilizar como herramienta de trabajo en el estudio piloto que corresponde a la tercera fase del estudio.

La puesta en marcha del nuevo registro se realiza en 12 pacientes ingresados en la unidad anteriormente citada, los cuales poseían criterios para enunciarles alguno de los diagnósticos vistos previamente. La inclusión de dichos pacientes en el estudio no significaba que únicamente se le registrasen sus cuidados según el nuevo documento manual sino que simultáneamente se trabajaba con los registros informáticos instaurados en la planta. Por ello el equipo investigador se ve sobrecargado y además no siempre es posible mantener una continuidad con el nuevo documento debido a que no todo el personal está involucrado en esta investigación.

El uso a la vez de los dos tipos de registros nos proporciona la posibilidad de ver las diferencias en los cuidados programados en los mismos pacientes. Apreciamos que se valoran más aspectos del paciente y que se incluyen en el nuevo documento actividades de educación, lo que nos lleva a realizar un cuidado más profesional e individual. Asimismo al tener la posibilidad de plasmar los resultados del enfermo conseguimos llevar correctamente registrado tanto el plan de cuidados como su evolución.

No obstante desde el punto de vista de valorar los resultados en los pacientes se nos plantea la duda de la frecuencia utilizada por otros profesionales y cómo registran la mejora que se quiere conseguir en la evolución del estado del paciente, es decir el objetivo que se proponen alcanzar a corto plazo.

V SIMPOSIUM
INTERNACIONAL DE
DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMERÍA

**Innovación en el proceso de cuidar: conjunción de herramientas y saber.**
**Valencia – 13 y 14 de mayo de 2004**

## CONCLUSIONES

El plan informático de la Unidad registra intervenciones que cubren las necesidades orgánicas pero no describen las actividades que implican, no reflejan las actividades educacionales al paciente y familia, ni todo lo que incluye la atención personalizada. De esta manera, gran parte de las actividades de enfermería que se realizan en estas áreas en la práctica real, no son registradas en el documento informático y es como si no existieran.

Las ventajas de incluir el NIC pueden ser: 1-Al especificar pormenorizadamente las actividades se asegura, por un lado, una continuidad en la adecuada atención al paciente por parte de enfermeras expertas y noveles, y por otro, describe la carga real del trabajo de enfermería; 2- Además, abarca aspectos no sólo orgánicos sino de educación y da protagonismo al paciente y familia en su cuidado.

El uso de las clasificaciones NIC – NOC nos proporciona a los profesionales de la enfermería un lenguaje común al igual que nos lo proporcionan los diagnósticos de enfermería. Por ello su utilización lleva a conseguir una atención continuada proporcionando así la calidad y profesionalización de los cuidados enfermeros.

La unión de NANDA, NIC, NOC permite seguir trabajando con un mismo lenguaje y facilita la creación de protocolos de cuidados, integrando resultados con intervenciones. Al introducir resultados, se realiza una atención más individual y dirigida a unos objetivos concretos y realistas, según el estado de cada paciente. Analizando las intervenciones que se establecen, se aprecia una mejora en el registro de las actividades de educación y de esa forma se garantiza mayor continuidad y calidad de los cuidados impartidos.

Por todo ello afirmamos que el documento es eficaz para registrar la situación inicial y la evolución del paciente. Sin embargo su factibilidad está dificultada por ser un sistema novedoso y distinto al implantado en la unidad, lo que deriva en el surgimiento de dudas con el manejo del documento. No obstante creemos que protocolizado e informatizado, sería viable y un método de trabajo positivo.

## BIBLIOGRAFÍA:

1-Subirá A, Rodríguez C, Mondéjar C, Serrano JA, Camilo A, Muñoz F. Diseño de un sistema de registro mediante la aplicación de lenguaje estandarizado para la planificación de cuidados en el paciente crítico. Tempus vitalis 2002; 2:3.

2-Capel Y, Soria AM, Castillo JI; Urrea I, Contreras AM, Martínez JM. Plan de cuidados: la otra cara de la gráfica. Tempus vitalis 2002; 2:3.

3-Merino D, González A, Palomar C. La atención de enfermería de urgencias en la crisis asmática. Ciber Revista 2003; 15: 84.

4-Gómez J, Domingo M. Plan de cuidados estandarizado para el paciente sometido a quimioterapia siguiendo las taxonomías NIC y NOC. Invest&Cuid 2003; 1(2): 28-37.

5-Keenan G, Stocker J, Barkauskas V, Treder M, Heath C. Toward collecting a standardized nursing data set across the continuum: case of adult care nurse practitioner setting. Outcomes Manag 2003; 7 (3): 113-120.

6-Arellano C, Hernández Mª M, Sáez A. Propuesta de un registro de planes de cuidados de enfermería en una unidad de hospitalización. Enfermería Científica 2003; 258-259: 27-30.

7-García R, Tejuca M, Tejuca A, Carmona MC, Salces E, Fuentes L. Plan de cuidados personalizado aplicando la taxonomía II NANDA, NOC y NIC. Rev Soc Esp Enfermería Nefrológica 2002; 17: 69-72.

8-Jhonson M, Bulecheck G, McCoskey J, Maas M, Moorhead S. Diagnósticos enfermeros, resultados e Intervenciones. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. Ediciones Harcourt. Mosby. Madrid 2003.

9-McCloskey J, Bulechek G. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE). Ediciones Harcourt. Mosby. Madrid 2000.

10-Johnson M, Maas M, Moorhead S. Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE). Ediciones Harcourt. Mosby. Madrid 2002.

V Simposium Internacional de Diagnósticos de Enfermería
Palau de Congresos de Valencia
13 y 14 de mayo de 2004

**Título:** Taller para cuidadoras: incidencia de problemas y resultados de la intervención

**Autor/e:** Isabel Fernández Lao, Consuelo Artero López, Agustina Silvano Arranz, Carmen Olea Martínez, Antonia Martínez, Pilar Torres Alegre

**Dirección:**Distrito Almería. Edificio Bola Azul, 2ª planta. Carretera de Ronda
**Teléfono:** 670949888
**Correo Electrónico:** slespa@larural.es

RESUMEN

OBJETIVOS:

- Conocer los resultados obtenidos tras la puesta en marcha del taller para cuidadoras por las Enfermeras Comunitarias de Enlace.
- Determinar el perfil de las cuidadoras que asisten al taller.
- Valorar la influencia del taller en el grado de ansiedad.
- Valorar el grado de satisfacción de las cuidadoras con dicho taller.

MATERIAL Y METODO:
Estudio de intervención realizado durante los meses de mayo-junio de 2003, con una población de 23 mujeres que acuden al "Taller de cuidadora" simultáneamente en 3 Centros de Salud urbanos de Almería.
Estas cuidadoras han sido valoradas desde el modelo enfermero de Virginia Henderson.
Se realizaron 6 sesiones de 2h de duración.
El test de Goldberg fue cumplimentado por las cuidadoras antes de empezar y al finalizar el taller, así mismo, se pasó una encuesta de satisfacción el último día del taller.

RESULTADOS:
La edad media de las cuidadoras es de 56,8 años con una desviación media de 9,2.
El 91% son amas de casa; el 82,60% están casadas y el 60% de las cuidadoras son las hijas.
El 65,21% presentan como DdE el cansancio en el desempeño del rol del cuidador o riesgo de cansancio en el desempeño del rol del cuidador.
El 82,60% presentan test de Goldberg positivo previo.
El 73,91% no presentan sobrecarga según el test de Zarit.
Los problemas de colaboración más predominantes son la ansiedad y la hipertensión.
El 50% de las cuidadoras con Goldberg positivo previo lo negativizan tras el taller.
Los resultados de la encuesta de satisfacción son positivos.
Estudio de intervención realizado durante los meses de mayo-junio de 2003, con una población de 23 mujeres que acuden al "Taller de cuidadora" simultáneamente en 3 Centros de Salud urbanos de Almería.
Estas cuidadoras han sido valoradas desde el modelo enfermero de Virginia Henderson.
Se realizaron 6 sesiones de 2h de duración.
El test de Goldberg fue cumplimentado por las cuidadoras antes de empezar y al finalizar el taller, así mismo, se pasó una encuesta de satisfacción en la última sesión.

DISCUSIÓN:
El perfil de las cuidadoras que asisten al taller no difiere mucho del perfil habitual según la bibliografía consultada.
Los talleres son valorados muy positivamente por las cuidadoras viendo en ellos una vía para contactar con otras cuidadoras y salir de la rutina diaria, al igual que favorece la formación de grupos de apoyo.
El taller ha servido para disminuir en alguna medida el grado de ansiedad de las cuidadoras.

# ESTREÑIMIENTO EN LAS CONSULTAS DE ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Comas i Picañol, Araceli
López Méndez, Mª Isabel
Caussignac Querol, Marta

Mayo 2004

V SIMPOSIUM INTERNACIONAL DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

CAP Río de Janeiro, 8B Porta (Barcelona ciudad)

# Estreñimiento en Atención Primaria



# Estreñimiento en Atención Primaria

El estreñimiento es unos de los motivos más habituales en la consulta de Atención Primaria

# Estreñimiento en Atención Primaria

## Objetivo general

Conocer la proporción de individuos de la consulta de enfermería que tienen **Estreñimiento Crónico Primario**

# Estreñimiento en Atención Primaria

## Objetivos específicos

Conocer:

- Edad media
- Sexo
- Actividad física
- Ingesta de fibra diaria (gr.)

# Estreñimiento en Atención Primaria

## Material y métodos

**Diseño**: estudio descriptivo transversal

**Ámbito**: consultas de enfermería del CAP Río de Janeiro (Barcelona ciudad)

**Muestra**: 178 individuos (> 15 años y < 80) seleccionados mediante la técnica de casos consecutivos y que cumplían los criterios de inclusión

**Duración**: del 17 de marzo al 30 de mayo del 2003

**Instrumentación**: encuesta directa, datos de la HCAP y registro alimentario de 48 horas

# Estreñimiento en Atención Primaria

**DADES GENERALS**

- Nom
- Cognoms
- Edat
- Nº CAP
- Sexe: V ☐ H ☐
- Professió

# Estreñimiento en Atención Primaria

- Exercici físic: NO ☐

  SI ☐ Tipus

  Intensitat:

  Lleu ☐ moderat ☐ intens ☐

  Temps:

  0-10 min. ☐ 11-20 min. ☐ >20 min. ☐

- Antecedents patològics:

- Intervencions quirúrgiques:

# Estreñimiento en Atención Primaria

¿Piensa que tiene estreñimiento?

¿Qué entiende por estreñimiento?

¿Con qué frecuencia defeca?

¿Cuánto tiempo hace que le pasa?

**PACIENTE CON ESTREÑIMIENTO CRÓNICO**

# Estreñimiento en Atención Primaria

**PACIENT AMB RESTRENYIMENT CRÒNIC**

↓

Pateix alguna d'aquestes malalties? (en cas afirmatiu el pacient queda exclòs de l'estudi)

- Endocrinològiques
  - Diabetes Mellitus ☐
  - Hipotiroidisme ☐
  - Hipercalcèmia ☐
  - Hipopotasèmia ☐
- Metabòliques
  - Porfíria ☐
- Digestives
  - Càncer de colon ☐
  - Megacolon ☐
  - Altres enfermetats de l'intestí ☐
- Neurològiques
  - Parkinson ☐
  - Esclerosis múltiple ☐
  - Tumors medul·lars ☐
  - AVC ☐

# Estreñimiento en Atención Primaria

Pren algun d'aquests medicaments? (en cas afirmatiu el pacient queda exclòs de l'estudi)

- Opiacis : ☐
- Antidepressius : ☐
- Antiparkinsonians : ☐
- Tranquilitzants : ☐
- Antiespasmòdics (anticolinèrgics): ☐
- Anticonvulsionans (fenitoïna): ☐

# Estreñimiento en Atención Primaria

- Antiàcids
  - Hidròxid d'alumini: ☐
  - Sals de Bismut: ☐
- Suplements de calci: ☐
- Suplements de ferro: ☐
- Laxants catàrcics (de contacte): ☐
- Diurètics: ☐

# Estreñimiento en Atención Primaria

Enquesta alimentària de 48 hores

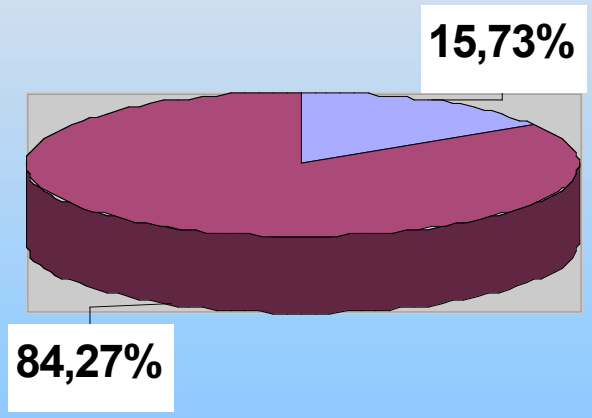
| Acció | Hora Ingesta | Aliment. | Preparació | Quantitat unitats: Grams, llesques, tasses, cullarades | Aigua (Volum) |
|---|---|---|---|---|---|
| **En llevar-se** | | | | | |
| **Esmorzar** | | | | | |
| **Mig matí** | | | | | |

# Estreñimiento en Atención Primaria

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Dinar** | | | | | |
| **Berenar** | | | | | |
| **Sopar** | | | | | |
| **Ressopó** | | | | | |

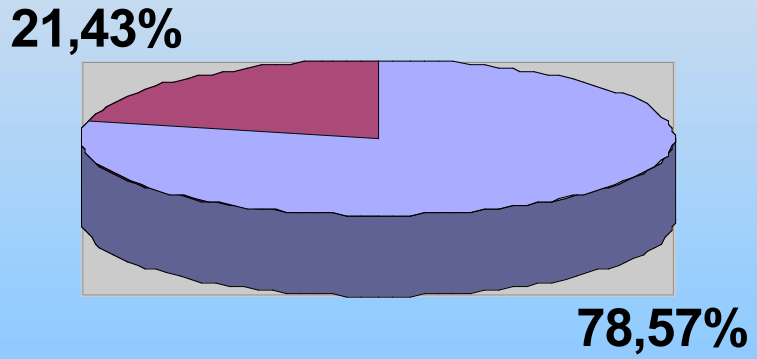
# Estreñimiento en Atención Primaria

## Resultados




- Pacientes con estreñimiento crónico primario en la consulta de enfermería
- Pacientes no estreñidos en la consulta de enfermería

# Estreñimiento en Atención Primaria



# Estreñimiento en Atención Primaria

| | Nº individuos con estreñimiento |
|---|---|
| 15 – 30 años | 0 (0%) |
| 31 – 45 años | 2 (7,14%) |
| 46 – 60 años | 6 (21,42%) |
| 61 – 80 años | 20 (71,42%) |
| **TOTAL** | **28 (100%)** |

Media de edad: **63,35 años**

# Estreñimiento en Atención Primaria

## Ingesta de gramos de fibra

| | Individuos |
|---|---|
| 9 – 11,9 gr./día | 5 |
| 12 – 14,9 gr./día | 5 |
| 15 – 17,9 gr./día | 5 |
| 18 – 20,9 gr./día | 3 |
| 21 – 23,9 gr./día | 4 |
| 24 – 26,9 gr./día | 2 |
| 27 – 29,9 gr./día | 1 |
| 30 – 32,9 gr./día | 0 |
| 33 – 35,9 gr./día | 2 |
| 36 – 37,5 gr./día | 1 |

Ingesta media de fibra: **19,12 gr./día**

# Estreñimiento en Atención Primaria

## Conclusiones

El **Estreñimiento Crónico Primario** es un problema habitual en las consultas de enfermería, frecuente en personas mayores, de vida sedentaria y de sexo femenino.

Principales causas:

- Alimentación inadecuada.

  (pobre en fibra y agua).
- Falta de ejercicio físico.

Hábitos y estilos de vida modificables mediante **Educación Sanitaria**.

# MUCHAS GRACIAS POR SU ATENCIÓN

V SIMPOSIUM INTERNACIONAL DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

# ESTÁNDARES DE DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS EN ATENCIÓN PRIMARIA. REVISIÓN METODOLOGICA

**Besora Torredeflot I. ; Ferrer Vall M.; Gibert Llorach E.; Olmo Del Macia C.; Ondiviela Cariteu A.; Pérez Company P.; Solé Brichs C.**

ICS SAP Ciutat Vella Avda. Drassanes 17-21 Barcelona 08001
93 441 15 72
**aondiviela.pbcn@ics.scs.es**

**Innovación en el proceso de cuidar: conjunción de herramientas y saber.**
**Valencia – 13 y 14 de mayo de 2004**

Introducción

La necesidad de disponer de instrumentos útiles para reforzar la implantación del proceso de enfermería hizo que se planteara el inicio de un trabajo para la incorporación de los diagnósticos de enfermería que aparecen con mas frecuencia en la atención primaria.

Para hacer posible la elaboración de este instrumento un grupo de enfermeras expertas en cuidados y sensibles a la necesidad de profundizar en el desarrollo de la especificidad de la atención de enfermería seleccionamos de una forma empírica los diagnósticos enfermeros mas frecuentes en la atención primaria estableciendo con la misma metodología los objetivos y las actividades correspondientes, el resultado del cual se ha plasmado en un manual titulado “Estándares de diagnósticos de enfermería en la atención primaria”.

Este documento pretende facilitar la aplicación del proceso de enfermería como un método sistemático para proporcionar y planificar cuidados . Su finalidad es pues aportar un instrumento de trabajo útil para cumplir todas las etapas del proceso. Éste es un documento abierto que sólo con su implementación en la práctica asistencial ha contrastado su utilidad.

Éste documento tiene también como objetivo establecer el nivel de calidad de forma que las enfermeras puedan conocer los resultados finales de sus cuidados, mejorando aspectos de su trabajo y detectando áreas de conocimiento poco tratadas por la investigación.

Los diagnósticos trabajados son los que responden tanto a los problemas más habituales como también a aquellas situaciones que permiten planificar actividades dirigidas a potenciar, reforzar o mantener situaciones de salud.

Las fases previas a la elaboración de éste documento se iniciaron el año 1994 con el diseño de un cuestionario de valoración basado en el modelo de Virginia Henderson. También se hicieron dos estudios de validación que permitieron mejorar los registros y obtener finalmente el diseño actual del cuestionario.

El Institut Català de la Salut el año 1996, inicia una estrategia de profesionalización de las enfermeras de atención primaria con el objetivo de crear un marco de referencia adecuado a las necesidades de la población contemplando a las persones como el centro de nuestra atención, planteando en todo momento la necesidad de continuar trabajando por la mejora de los cuidados de enfermería, para dar respuesta eficiente a los retos de éste entorno, en constante evolución, respondiendo con competencia a las demanda de los ciudadanos desde una visión multidisciplinar en interrelación y cooperando entre los diferentes niveles asistenciales. En ésta estrategia se incorpora la propuesta de éste documento para todas las enfermeras de atención primaria

El año 2000 la Fundación Jordi Gol i Gurina, que es la fundación de investigación de la atención primaria en Cataluyna, hizo la revisión de toda la documentación de l’HCAP (historia clínica de atención primaria), hecho que permitió incorporar el registro de valoración de enfermería una vez revisado y consensuado por un grupo

multidisciplinar de profesionales (médicos, enfermeras, trabajadores sociales), siendo actualmente un documento oficial que forma parte de la HCAP,

Metodología

Los profesionales que formamos parte de éste trabajo estamos utilizando , en la etapa de valoración del proceso el modelo de cuidados enfermeros según describe Virginia Henderson. El objetivo de este documento ha sido pues avanzar en la incorporación de diagnósticos de enfermería y en la planificación de intervenciones y actividades, siempre desde la perspectiva del modelo enfermero. Éste trabajo se inició el año 1996 con 18 profesionales de enfermería de Barcelona ciudad. A lo largo del tiempo se han ido incorporando profesionales representativos de otros centros de Catalunya, esto nos ha permitido recoger una visión más amplia y más realista de nuestro trabajo del día a día. Actualmente somos 26 enfermeras/os y todos hacemos o hemos hecho recientemente actividades asistenciales.

La necesidad de dar atenciones de calidad nos motivó a poner en práctica todo aquello que de forma teórica está integrado en el currículum disciplinar enfermero.
Las sesiones de trabajo han tenido una periodicidad bimensual

Para hacer la selección de los diagnósticos se utilizo la técnica de grupo nominal y la propuesta de los planes de cuidados se ha hecho a partir de la discusión de casos clínicos reales, analizando la valoración y proponiendo el diagnóstico adecuado, lo que implica realizar un diagnóstico diferencial entre los posibles. Por lo tanto teníamos que comparar y discutir las definiciones de las etiquetas, las características definitorias y los factores relacionados que propone la documentación de la NANDA.

Una vez hecha esta primera parte, proponíamos los objetivos y las actividades que había que llevar a término incluyendo las que hacían referencia a la educación sanitaria para fomentar al máximo la independencia de las personas y familias de nuestro ámbito de actuación.
La primera condición que tuvimos en cuenta fue que teníamos que incluir todas las partes del diagnóstico, o sea la etiqueta y la causa. Conocer la causa quiere decir también identificar el área de dependencia según las fuentes de dificultad que describe el modelo conceptual de Virginia Henderson: fuerza, voluntad y conocimiento.
En las revisiones bibliográficas hechas hasta ahora , hemos podido comprobar que si bien hay estudios parecidos de planes de cuidados, no hemos encontrado sin embargo ningún caso en que se incluya la causa del problema. La incorporación de ésta aporta un factor novedoso a la hora de proponer los planes de cuidados.
Poco a poco se fue llenando de contenido aquellas etiquetas diagnósticas que surgían de las discusiones de las sesiones de trabajo.

El documento contenía los siguientes apartados:

1. Que es el proceso enfermero
2. Qué es la NANDA
3. Diagnóstico enfermero. Tipo de diagnóstico
4. Problemas interdisciplinares
5. Método de trabajo para la estandarización de los diagnósticos

6. Como se han de utilizar los planes de cuidados
7. Diagnósticos estándar y propuesta de plan de cuidados

Resultados

Actualmente disponemos de 35 diagnósticos trabajados con la incorporación de los objetivos y de las intervenciones de los 155 que identificó i definió NANDA hasta la 14ª conferencia de trabajo en el mes de Abril del 2000

DIAGNÓSTICOS ESTANDARIZADOS Y PROPUESTA DE PLANES DE CUIDADOS

1. Duelo
2. Duelo disfuncional
3. Desequilibrio de la nutrición por exceso
4. Desequilibrio de la nutrición por defecto
5. Riesgo de desequilibrio de la nutrición por defecto
6. Limpieza ineficaz de la vías aéreas
7. Manejo no efectivo de régimen terapéutico personal
8. Manejo efectivo del régimen terapéutico personal
9. Ansiedad
10. Miedo
11. Cansancio en el ejercicio del rol del cuidador
12. Deterioro de la integridad cutánea
13. Estreñimiento
14. Estreñimiento subjetivo
15. Diarrea
16. Incontinencia urinaria de esfuerzo
17. Aislamiento social
18. Riesgo de soledad
19. Trastorno de la comunicación verbal
20. Trastorno de la movilidad física
21. Riesgo de lesión
22. Dolor crónico
23. Afrontamiento individual inefectivo
24. Deterioro de la adaptación
25. Déficit de actividades recreativas
26. Alteración del patrón del sueño
27. Sufrimiento espiritual
28. Baja autoestima situacional
29. Déficit de conocimientos
30. Conductas generadoras de salud
31. Riesgo de alteración del desarrollo
32. Interrupción de la lactancia materna
33. Lactancia materna no eficaz
34. Lactancia materna eficaz
35. Interrupción de los procesos familiares

Durante el año 2001-2002 se ha hecho una revisión de ésta primera propuesta dando como resultado un segundo documento. La revisión ha consistido en elaborar cada

uno de los diagnósticos a la luz de la literatura científica, incorporando aseveraciones o criterios por lo que respecta a los objetivos que tienen diferentes grados de evidencia científica, y estarán abiertos a modificaciones sucesivas conforme la investigación enfermera posibilite más conocimientos. Éste manual incorpora también las intervenciones recomendadas por el NIC (Nursing Interventions Classification) de forma que las actuaciones enfermeras sean lo más homogéneas posibles.
La revisión se hizo por la necesidad de convertir éste documento en un instrumento útil, claro, abierto y sobretodo válido y fiable para que las enfermeras puedan avanzar en la búsqueda de los mejores cuidados que se pueden proporcionar a las personas, la revisión se abordó metodológicamente remarcando los objetivos: uno relacionado con la validez y fiabilidad del estándar, y el otro introduciendo criterios de resultados para facilitar la evaluación. Éste planteamiento ha hecho que se modificasen los objetivos y las actuaciones del documento inicial. La nueva propuesta de objetivos se ha clasificado en criterios de resultado final y de proceso.

Objetivos- criterios finales. Son aquellas situaciones de salud que las personas han conseguido con la ayuda del profesional de enfermería al finalizar su proceso. En un plan de cuidados con diagnósticos varios, éstos criterios de resultados finales comportarían lo que se ha denominado perfil de resultados al alta.

Objetivos – criterios de proceso. Son criterios de resultados más instrumentalizados que sirven cómo referencia en momentos concretos del proceso , en situaciones intermedias más cercanas al inicio del proceso. Pueden ser varios y variados.

Por lo que respecta a las actuaciones se han sustituido por las intervenciones que a nivel internacional están reconocidas como un trabajo propio de la enfermería. El CIE (Consejo internacional de enfermería) las define como ·"todo tratamiento basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de la enfermería para favorecer el resultado esperado de las personas". Las intervenciones que se proponen son reconocidas por los expertos como las que aportan a las personas unos cuidados de calidad, y por tanto reafirmar que los profesionales enfermeros nos dedicamos a cuidar pero no como una acción innata, sino fundamentada en un soporte científico.

El objetivo de ésta clasificación es identificar las intervenciones propias de la profesión, lo que permite, de un lado la comunicación rápida y universal y del otro la sistematización del trabajo enfermero . Se ha utilizado la "Clasificación Internacional de Enfermería", porque recoge todas las intervenciones, desde el tratamiento, la prevención, el fomento de la salud, hasta las intervenciones por individuos, familias y comunidades.

En ésta revisión se incorpora en cada diagnóstico de enfermería propuesto las intervenciones codificadas según (NIC) facilitando el despliegue de las actividades apropiadas según cada caso.

Cómo se han de utilizar éstos diagnósticos estándar?
Los diagnósticos estándar representan el comportamiento que se ha de dar en condiciones de normalidad. Es por tanto y como el nombre indica "una norma" que se habría de cumplir siempre. Pero en la utilización de éstos estándares se ha de tener en cuenta la posibilidad de que la persona presente alguna variable no contemplada en el estándar, no se ha de perder de vista que el ser humano tiene una gran

variabilidad, es por eso que el estándar ha de ser utilizado siempre como un referente que se ha de confirmar en cada caso. Los casos donde no se confirme el estándar ni los objetivos o las intervenciones se han de planificar de forma diferente, se han de recoger como elementos de variabilidad aceptada y son muy importantes para aumentar los conocimientos profesionales de cada caso.

La forma de confirmar el estándar es realizar previamente la valoración a la persona y el análisis de los datos según el modelo conceptual enfermero de V.Henderson para poder determinar el problema o diagnóstico enfermero.

Se ha de remarcar que la propuesta que hacemos de diagnósticos estándares es una pauta que nos orienta y ayuda a identificar la causa del problema y las actividades apropiadas a la situación descrita. El diagnóstico estándar ha de servir como pauta de trabajo y que es imprescindible individualizar toda la planificación de los cuidados que se proponen en cada uno de los diagnósticos. Por tanto cuando hablamos de individualizar queremos decir también pactar siempre con la persona que estamos cuidando tanto los objetivos como las actividades propuestas al diagnóstico estándar. Sólo así podemos incorporar a la practica asistencial los conceptos y valores fundamentales del modelo enfermero según V. Henderson. En ningún caso utilizar ésta documentación significa ahorrarnos la etapa de la valoración, sino que ésta es imprescindible para poder hacer un juicio clínico y identificar el diagnóstico apropiado según cada caso.

En los formatos propuestos se pueden identificar las diferentes partes de la planificación de los cuidados. El diagnóstico y su definición, la causa o las causas, las manifestaciones, los objetivos y las actividades..

Los diagnósticos donde no consta la causa son diagnósticos de salud y se utilizan desde una visión positiva, es decir que no se identifica una respuesta disfuncional. La razón de poder trabajar incorporando ésta visión positiva es muy útil para mantener, fomentar y reforzar conductas apropiadas y conseguir así un mejor nivel de bienestar y de dominio de la situación de salud

Conclusiones

Disponer de un documento de éstas características posibilita que las enfermeras puedan conocer los resultados finales de la calidad de sus cuidados para mejorar aspectos de su trabajo, así como que puedan detectar áreas de conocimiento poco tratadas por la investigación.

También ayuda a la mejora de los cuidados mediante la aplicación de una metodología como una condición necesaria para garantizar la eficacia de las intervenciones a partir de objetivos mesurables y basados en la evidencia científica.

La propuesta de intervenciones son estándares de buena praxis, que garantizan la eficacia de los cuidados y que han de asegurar que las personas conseguirán los objetivos y resultados esperados.

Nos permite ponernos de acuerdo en todo lo que hemos de hacer utilizando un lenguaje común.

Nos permite evaluar el valor añadido de la especificidad del profesional de enfermería en la contribución en la mejora de la calidad asistencial dirigida al bienestar de las personas consiguiendo la máxima independencia posible.

Nos ha permitido informatizar (sistema eCAP) todo el proceso enfermero a partir de la valoración según el modelo del V. Henderson y los diagnósticos estándares trabajados, incorporando los objetivos y el plan de intervenciones para poder evaluar tanto la consecución de los objetivos propuestos como también explicar la variabilidad del estándar explicitando así los motivos del no cumplimiento.

V SIMPOSIUM INTERNACIONAL DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

# INDICADORES DE CUIDADOS EN ATENCIÓN PRIMARIA. RELEVANCIA EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS A LA POBLACIÓN

**Soto Mancebo I, Santamaría García JM, Pérez Rivas FJ, López Palacios S, García López M, Beamud Lagos M.**

Gerencia Atención Primaria Area 11.

C/Alberto Palacios 22.

28021 Madrid

917988100

jperez.gapm11@salud.madrid.org

**Innovación en el proceso de cuidar: conjunción de herramientas y saber.**
**Valencia – 13 y 14 de mayo de 2004**

**Introducción:**

La enfermera comunitaria o de familia es el profesional responsable de la gestión eficiente de los cuidados de salud en el ámbito de la Atención Primaria(AP).

En el año 2001 se inició en el Area un Programa de Mejora de la Calidad en la prestación de cuidados de enfermería que ha permitido monitorizar una serie de indicadores claves para el seguimiento del proceso (± 30 mil casos).

**Metodología**

Tipo de estudio: Descriptivo, longitudinal.

Ámbito de estudio: Area 11 de AP de Madrid; Periodo evaluado: Desde el 1/01/2001 hasta el 31/12/2003

Proceso: Evaluación con representatividad de Equipo de Atención Primaria(EAP) y estructurada en tres fases:

*1ª FASE: EVALUACIÓN CUANTITATIVA*

- Fuente de datos: Registro específico de diagnósticos de enfermería (DdE)

- En formato papel: Hojas de Registro Específico de DdE
- En formato informático: DdE registrados en aplicación informática OMI-AP:

- Indicadores:

- Número de enfermeras que han notificado DdE
- Frecuencia y tipo de DdE realizados:

✓ Frecuencia absoluta; ✓Agrupación por patrones funcionales de salud; ✓ Relaciones NANDA-CIAP

- Distribución mensual de casos

*2ª FASE: EVALUACIÓN CUALITATIVA*

- Fuente de datos: Muestreo de historias clínicas, representativo a nivel de EAP, (NC:95% y un error de precisión máximo del 10 %), sobre el universo del total de DdE.
- Indicadores:

- Indicador de Estructura: ✓ Porcentaje de DdE realizados en el centro de salud/domicilio del paciente
- Indicador de Proceso: ✓ Calidad Global: [Valoración + Diagnóstico + Objetivos + Intervenciones + Evolución]/5
- Indicador de Resultado: ✓ Porcentaje de planes con evolución positiva/negativa

*3ª FASE: CALCULO DEL INDICADOR DE CUIDADOS ENFERMEROS (ICE)*

El indicador ICE tiene en cuenta aspectos cuantitativos (frecuencia de DdE) y cualitativos (calidad del proceso).

**ICE = Total DdE x Calidad global**

**Resultados**

- Indicadores de seguimiento mas relevantes:

| | **2001** | **2002** | **2003** |
|---|---|---|---|
| Nº Enfermeras que han comunicado planes | 271 | 354 | 392 |
| Frecuencia de diagnósticos de enfermería | 5129 | 10362 | 14423 |
| Calidad Global del Proceso | 78.6 % | 81.8 % | 89.4 % |
| Evolución del ICE (Indicador de Cuidados enfermeros) | 10.8 | 22.4 | 33.9 |
| Porcentaje de DdE realizados en el domicilio del paciente | | 21 % | 15.6 % |
| Evolución Positiva Planes de Cuidados | | 69.8 % | 75.4 % |

**Conclusiones**

- Disponer de un sistema de información de planes de cuidados permite conocer un aspecto fundamental de la atención que se presta a la población en AP y ayuda a gestionar los cuidados de manera eficiente.
- Las enfermeras/os de AP del Area 11 de Madrid han integrado el proceso de atención de enfermería como metodología de trabajo en su práctica asistencial.
- Un elevado porcentaje de los problemas identificados por las enfermeras pertenecen a la esfera biológica de la persona en detrimento de las esferas psicológicas y sociales.
- La capacidad resolutiva de las enfermeras es muy elevada (evolución positiva de los procesos atendidos)

# Contribución de las taxonomías enfermeras a la definición de la cartera de servicios de enfermería

V SIMPOSIUM INTERNACIONAL DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

1. **Introducción**
2. Análisis del entorno y posible clientela
3. Procedimientos y prestaciones ofertados
4. Cartera de servicios por unidades. Hospital General
5. Calidad y volumen del producto

# La cartera de servicios define el catálogo de prestaciones, actividades y servicios reales y potenciales de un dispositivo asistencial

- **El establecimiento y difusión de una cartera de servicios es fundamental para que sea conocida por sus clientes externos, sus clientes internos y por el resto de la organización asistencial, permitiendo definir la calidad, cantidad y pertinencia de la asistencia prestada.**
- **La cartera de servicios de enfermería engloba actividades asistenciales orientadas a muy diversos tipos de pacientes pero con un objetivo fundamental:**



**Cuidar a pacientes con criterios de ingreso hospitalario y a sus cuidadores informales**

# Durante el año 2001 la Dirección de Enfermería de este Hospital lleva a cabo un análisis de la organización de los cuidados en las unidades de hospitalización*

**Entre otros resultados el estudio pone de manifiesto la necesidad de definir un modelo de cuidados de enfermería y de homogeneizar las cargas de trabajo en las unidades de hospitalización.**

**En consecuencia se pone en marcha un plan de formación-acción que podemos resumir en dos fases:**

- **Formación para mandos intermedios:**

  **Duración:** Desde Octubre 2002 a Junio 2003.

  **Contenidos:** Metodología enfermera, desarrollo de proyectos, habilidades de comunicación, gestión de equipos y sistemas de información enfermeros.

- **Formación para enfermeras y auxiliares de enfermería de las unidades de hospitalización.**

  **Duración:** Desde junio de 2003 y continuando en desarrollo.

  **Contenidos:** Modelo de enfermería de Virginia Henderson, taxonomías enfermeras y elaboración e implementación de planes de cuidados estandarizados.

*Proyecto PRN Antares

# El Proyecto está coordinado por las Jefaturas de Bloque de Calidad y de Formación Continuada del Complejo Hospitalario y cuenta con la colaboración de la Comisión Asesora para la Elaboración de Planes de Cuidados

**Criterios de selección de miembros de la Comisión:**

- Ser enfermeros del Complejo Hospitalario con prestigio profesional.
- Conocimientos en metodología y modelos de enfermería.
- Manejo de taxonomía NANDA, NIC y NOC.
- Habilidades comunicativas y docentes, capacidad para manejar conflictos.
- Actitud de compromiso, proactividad y deseos de mejora continua.

**Funciones de la Comisión:**

- Asesorar en la elaboración de los planes de cuidados al personal de las distintas unidades.
- Asegurar la homogeneidad en la elaboración y presentación de los planes de cuidados, conforme a los criterios previamente consensuados con la Dirección de Enfermería y las Jefaturas de Bloque de Calidad y Formación Continuada.

**Metodología:**

- Participación: Realización de talleres descentralizados en cada una de las unidades de hospitalización del Complejo Hospitalario.
- Accesibilidad: Los miembros de la Comisión adecuan el horario y frecuencia de visitas en unidades a las demandas de las mismas. Disponen de un correo electrónico.

# Aunque el proyecto sigue en desarrollo se han conseguido algunos avances

| | |
|---|---|
| **Cartera de Servicios** | • La definición del producto enfermero definiendo no solo criterios de resultado sino qué hacemos y cómo lo hacemos . |
| **Gestión del conocimiento** | • Establecimiento de circuitos para la revisión y difusión del conocimiento enfermero. Planes de cuidados, protocolos, manuales, guías de práctica clínica... |
| **Profesionalización** | • Asunción de un Modelo de Cuidados y del rol de cuidar dentro de este marco conceptual. |
| **Empowerment** | • Los profesionales participan, deciden y son responsables del diseño y resultado de los cuidados ofertados. |
| **Calidad** | • El proceso enfermero posibilita el establecimiento de estándares y medidas de resultado de los cuidados. |

# La descripción de los servicios prestados es un concepto dinámico que incluye varios elementos

| | |
|---|---|
| **Análisis del entorno y posible clientela** |  |
| **Estructura y organización** |  |
| **Recursos humanos disponibles** |  |
| **Procedimientos y prestaciones ofertados** |  |
| **Volumen y calidad del producto** |  |

**Planes de cuidados estandarizados**

1. Introducción
2. **Análisis del entorno y posible clientela**
3. Procedimientos y prestaciones ofertados
4. Cartera de servicios por unidades. Hospital General
5. Calidad y volumen del producto

# Málaga es una de las provincias españolas con mayor densidad de población con 1.287.017 de habitantes censados

- **El aumento de la población supera el 25% en los últimos 20 años.**
- **A esta cifra hay que añadir un elevado porcentaje de inmigrantes no censados y población turística flotante.**

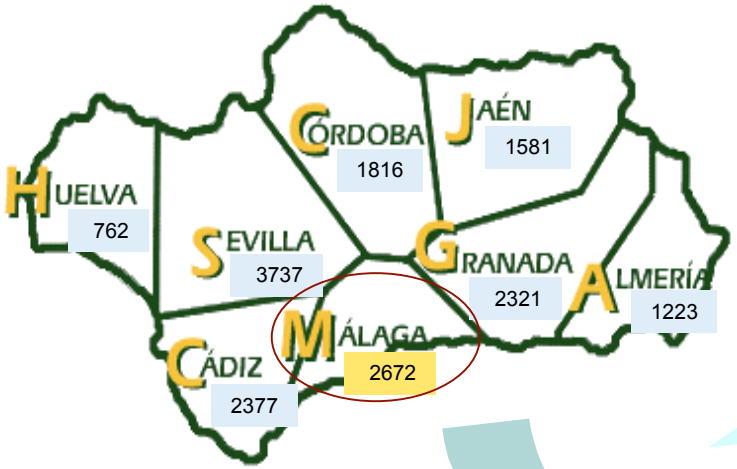
| | Variación absoluta | | | Variación relativa en porcentaje | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Censo 1991/ Censo 1981 | Censo 2001/ Censo 1991 | Censo 2001/ Censo 1981 | Censo 1991/ Censo 1981 | Censo 2001/ Censo 1991 | Censo 2001/ Censo 1981 |
| NACIONAL | 1.189.913 | 1.975.103 | 3.165.016 | 3,16 | 5,08 | 8,4 |
| Andalucía | 499.537 | 417.036 | 916.573 | 7,76 | 6,01 | 14,23 |
| Almería | 44.665 | 81.235 | 125.900 | 10,87 | 17,83 | 30,65 |
| Cádiz | 90.016 | 38.087 | 128.103 | 9,11 | 3,53 | 12,96 |
| Córdoba | 33.629 | 7.205 | 40.834 | 4,67 | 0,95 | 5,66 |
| Granada | 31.897 | 31.145 | 63.042 | 4,2 | 3,94 | 8,31 |
| Huelva | 24.892 | 19.103 | 43.995 | 5,95 | 4,31 | 10,51 |
| Jaén | -2.188 | 6.187 | 3.999 | -0,34 | 0,97 | 0,63 |
| Málaga | 135.234 | 126.174 | 261.408 | 13,19 | 10,87 | 25,49 |
| Sevilla | 141.392 | 107.900 | 249.292 | 9,56 | 6,66 | 16,86 |

Fuente: INE 2003

# El Complejo Hospitalario Carlos Haya es un centro de tercer nivel de la provincia de Málaga

**Dispone del 44% de las camas que el Servicio Andaluz de Salud tiene instaladas en la provincia.**

*Número de camas SAS. Provincias andaluzas. 2003*




*Número de camas Hospital Universitario Carlos Haya. 2003*

| | Número de camas |
|---|---|
| Hospital General | 595 |
| Hospital Civil | 120 |
| Hospital Materno-Infantil | 401 |
| Hospital Ciudad Jardín | * |
| Centro Alta Resolución Especialidades | - |
| Camas instaladas | 1216 |
| Promedio anual camas funcionantes | 1161 |

(*) Servicios trasladados al Hospital Civil por reformas

1. Introducción
2. Análisis del entorno y posible clientela
3. **Procedimientos y prestaciones ofertados**
4. Cartera de servicios por unidades: Hospital General
5. Calidad y volumen del producto

# El casemix del Hospital Carlos Haya es 1,49

- **Los procesos más complejos se atienden en el Pabellón General:**

GRD según peso medio del Complejo Hospitalario Carlos Haya. 2002

| GRD | Descripción GRD | PM | GRD | Descripción GRD | PM |
|---|---|---|---|---|---|
| 480 | TRASPLANTE DE HÍGADO | 35,54 | 555 | PQ PANCR/HÍGADO(#TRASPL)/OTRO BILIAR C/CC MAYR | 7,40 |
| 483 | TRAQUEOSTOMÍA #(XDIAGN CARA,BOCA O CUELLO) | 22,82 | 705 | HIV C/MULTIPL INFECC MAYORES RELACIONAD, C/TBC | 7,09 |
| 803 | TRASPLANTE ALOGÉNICO DE MÉDULA ÓSEA | 21,37 | 707 | HIV CON VENTILACIÓN/NUTRICIÓN ASISTIDA | 7,08 |
| 805 | TRASPLANTE SIMULTÁNEO RENAL Y PANCREÁTICO. | 21,05 | 581 | PQ XTR SISTÉMICO INFECCIOSO/PARASIT C/CC MAYOR | 7,00 |
| 821 | QUEMAD.3ER GRADO EXTENSAS C/ INJERTO CUTÁNEO | 19,87 | 782 | LEUCEMIA AGUDA S/PQ MAYOR, >=18 C/CC | 6,89 |
| 804 | TRASPLANTE AUTÓLOGO DE MÉDULA ÓSEA | 15,74 | 567 | PQ RIÑÓN/VIA URINARIA,#TRASPL RENAL,C/CC MAYOR | 6,73 |
| 792 | CRANEOTOMÍA XTRAUMA MÚLTIPLE,C/CC MAYOR #TRAUM | 13,12 | 578 | LEUCEMIA NO AGUDA Y LINFOMA CON CC MAYORES | 6,69 |
| 547 | OTROS PQ CARDIOTORÁCICOS C/CC MAYOR | 12,14 | 558 | PQ MAYOR MUSC-ESQUEL#ARTIC MULTIPLE,C/CC MAYOR | 6,67 |
| 576 | LEUCEMIA AGUDA CON CC MAYORES | 11,32 | 539 | PQ AP RESPIRATORIO,#PQ MAYOR TORAX, C/CC MAYOR | 6,67 |
| 530 | CRANEOTOMÍA CON CC MAYOR | 10,81 | 706 | HIV C/MULTIPL INFECC MAYORES RELACIONAD, S/TBC | 6,62 |
| 302 | TRASPLANTE RENAL. | 10,51 | 471 | PQ BILAT/MÚLTIPLES ARTICULARES MAYORES DE EEII | 6,61 |
| 775 | PQ CARDIOVASCULARES MAYORES C/CC MAYOR | 10,00 | 806 | FUSIÓN ESPINAL COMBINADA ANTER/POSTERIOR C/CC | 6,56 |
| 793 | PQ XPOLITRAUM #CRANEOTOMIA,C/CC MAYOR NO TRAUM | 9,97 | 105 | INTER.S/VÁLV.CAR.Y OT.PROC.CARDIOTOR.MY.,S/CAT | 6,44 |
| 823 | QUEM.PRO.C/INJ.CUT. O LES.X INH.,C/CC O TR.SIG | 9,79 | 809 | OTROS PQ CARDIO-TORÁCICOS CON DP ANOMALÍA CONG | 6,25 |
| 104 | INTER.S/VÁLV.CAR.Y OT.PROC.CARDIOTOR.MY.,C/CAT | 9,29 | 575 | PQ SANGRE/ORG HEMOPOYET/IMMUNOLOG.,C/CC MAYOR | 6,24 |
| 546 | BYPASS CORONARIO CON COMPLICACIONES MAYORES | 8,91 | 107 | BYPASS CORONARIO S/ACPT C/CATETERISMO CARDIACO | 6,23 |
| 579 | PQ XLINFOMA/LEUCEMIA/TR MIELOPROLIF C/CC MAYOR | 8,83 | 794 | DIAGN XPOLITRAUM, C/CC MAYOR NO TRAUM | 6,21 |
| 730 | CRANEOTOMIA XPOLITRAUMATISMO SIGNIFICATIVO | 7,86 | 731 | PQ COLUMNA/CADERA/FÉMUR/EXTREM XPOLITRAUM SIGN | 6,17 |
| 531 | PQ S.NERVIOSO #CRANEOTOMÍA, C/CC MAYOR | 7,66 | 113 | AMPUTACIÓN POR TR CIRCUL.,#(EXTR.SUP/DEDO PIE) | 6,00 |
| | **Total casos Complejo Hospitalario** | **1,49** | | **Total casos Complejo Hospitalario** | **1,491** |

Fuente: Memoria anual del Complejo Hospitalario. 2002.

# Los planes de cuidados se elaboran en base a los GRD más frecuentes de cada una de las unidades de hospitalización pero concurren algunas circunstancias...



**Dada la exhaustividad de la clasificación de los grupos relacionados con el diagnóstico un plan de cuidados estandarizado puede aplicarse a más de un GRD.**



**Pese a la estandarización de cuidados el profesional de enfermería es el último responsable del cuidado del paciente, por tanto, las necesidades y preferencias de este, la experiencia profesional, y las mejores evidencias encontradas, determinarán el perfil de cuidados administrados.**

# Las líneas de mejora de los servicios de enfermería ofertados por el Hospital General se orientan en torno a dos ejes




- Plan de acogida a pacientes y familiares.
- Recomendaciones al alta de los procesos más frecuentes de cada una de las unidades.
- Plan funcional para la asignación de enfermera-paciente.




- Plan de acogida al profesional de nueva incorporación.
- Protocolo de coordinación con otros niveles asistenciales.
- Elaboración de informe de continuidad de cuidados que se remite al Centro de Salud de referencia mediante correo electrónico tras el alta del paciente.

1. Introducción
2. Análisis del entorno y posible clientela
3. Procedimientos y prestaciones ofertados
4. **Cartera de servicios por unidades. Hospital General**
5. Calidad y volumen del producto

1. Cardiología
2. Cirugía Cardiovascular
3. Cirugía Torácica y Neumología
4. Cirugía General y Digestiva
5. Cirugía Plástica y Hemodinámica
6. Digestivo
7. Hematología/Oncología
8. Medicina Interna
9. Nefrología
10. Unidad clínica de Neurociencias
11. Traumatología
12. Otorrinolaringología

# Unidad de Cardiología

| GRD Cardiología | Casos | % Casos | Peso GRD | Estancia Media |
|---|---|---|---|---|
| 125 - TR.CIRCUL.#IAM, c/CATETERISMO,s/DIAGN.COMPLIC. | 250 | 21,48% | 0,7357 | 3,85 |
| 124 - TR.CIRCUL.#IAM, c/CATETERISMO,c/DIAGN.COMPLIC. | 234 | 20,10% | 1,4276 | 7,62 |
| 112 - PQ CARDIOVASCULARES PERCUTANEOS #IAM/ICC/SHOCK | 188 | 16,15% | 1,6499 | 7,53 |
| 127 - FALLO CARDIACO Y SHOCK | 183 | 15,72% | 1,4851 | 10,18 |
| 140 - ANGOR PECTORIS | 161 | 13,83% | 0,8757 | 7,14 |
| 122 - TR.CIRCUL.+IAM s/COMPL CARD-VASC,s/DEFUNCION | 148 | 12,71% | 1,7389 | 9,37 |
| **Complejidad del servicio:** | | | **1,3046** | |

**Unidad de 30 camas.**

**Paciente tipo:**

En su mayoría varón, con edad superior a 60 años y factores de riesgo cardiovasculares. Nivel cultural medio

**Técnicas de enfermería más frecuentes en la unidad:**

Electrocardiograma, control y valoración frecuencia cardiaca y tensión arterial, cardioversión, administración de medicación inotrópica, vigilancia y control de signos y síntomas.

**Planes de cuidados estandarizados:**

**Paciente sometido a cateterismo cardiaco. Cuidados previos y posteriores a la exploración. GRD 124 y 125**

**Cuidados al paciente con dolor Torácico y/o angor péctoris. GRD 140 y 122**

**Cuidados del paciente con insuficiencia cardiaca congestiva. Riesgo de fallo cardiaco y shock. GRD 112 y 127**

Fuentes: Memoria anual 2002.
Proyecto PRN. Antares. 2001
Jefatura de Bloque de Calidad
Comisión Asesora Planes de Cuidados

# Unidad de Cirugía Cardiovascular

| GRD Cirugía Cardiovascular | Casos | % Casos | Peso GRD | Estancia Media |
|---|---|---|---|---|
| 113 - AMPUTACION POR TR CIRCUL.,#(EXTR.SUP/DEDO PIE) | 56 | 20,22% | 6,0022 | 29,43 |
| 109 - BYPASS CORONARIO s/ACPT s/CATETERISMO CARDIACO | 51 | 18,41% | 4,6289 | 17,08 |
| 105 - INTER.s/VÁLV.CAR.Y OT.PROC.CARDIOTOR.MY.,s/CAT | 47 | 16,97% | 6,437 | 21,43 |
| 107 - BYPASS CORONARIO s/ACPT c/CATETERISMO CARDIACO | 44 | 15,88% | 6,2275 | 22,86 |
| 139 - ARRITMIA CARDIACA/TRASTORNO CONDUCCION, s/CC | 43 | 15,52% | 0,7345 | 3,19 |
| 117 - REVISION MARCAPASOS, #SOLO CAMBIO DISPOSITIVO | 36 | 13,00% | 2,2358 | 2,39 |
| **Complejidad del servicio:** | | | **4,3777** | |

**Unidad de 30 camas.**

**Se diferencian dos perfiles de pacientes:**

- Cirugía Vascular: edad avanzada, sin soporte familiar con problemas sociales. Alto nivel de dependencia de enfermería. Necesidad de educación sanitaria.
- Cirugía Cardiaca:mediana edad y con soporte familiar.

**Técnicas de enfermería más frecuentes en la unidad:**

Control de signos vasculares, educación sanitaria sobre todo en dieta y controles de glicemia (insulina), ejercicios respiratorios, soportes esternales, marcapasos (vigilancia y control de electrodos),...

**Planes de cuidados estandarizados:**

**Paciente sometido a amputación de miembro inferior. GRD113.**

**Cuidados del paciente con arritmia e implantación de marcapasos. GRD 117 y 139**

Fuentes: Memoria anual 2002.
Proyecto PRN. Antares. 2001
Jefatura de Bloque de Calidad
Comisión Asesora Planes de Cuidados

# Unidad de Cirugía Torácica y Neumología

| GRD Cirugía Torácica | Casos | % Casos | Peso GRD | Estancia Media |
|---|---|---|---|---|
| 075 - INTERVENCIONES TORÁCICAS MAYORES | 184 | 55,42% | 2,9297 | 12,85 |
| 095 - NEUMOTORAX, SIN CC. | 46 | 13,86% | 0,7076 | 3,57 |
| 102 - OTROS DIAGNÓSTICOS RESPIRATORIOS, SIN CC. | 38 | 11,45% | 0,6215 | 5,58 |
| 541 - TR RESPIRAT #INFECC/BRONQUITIS/ASMA,c/CC MAYOR | 29 | 8,73% | 2,3654 | 5,07 |
| 077 - PQ AP.RESPIRATORIO,# PQ TORACICO MAYOR, s/CC | 21 | 6,33% | 1,7464 | 8,14 |
| 101 - OTROS DIAGNÓSTICOS RESPIRATORIOS, CON CC. | 14 | 4,22% | 1,002 | 4,57 |
| **Complejidad del servicio:** | | | **1,5621** | |

| GRD Neumología | Casos | % Casos | Peso GRD | Estancia media |
|---|---|---|---|---|
| 088 - ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA | 164 | 27,66% | 1,1655 | 11,61 |
| 541 - TR RESPIRAT #INFECC/BRONQUITIS/ASMA,c/CC MAYOR | 152 | 25,63% | 2,3654 | 15,34 |
| 090 - NEUMONIA SIMPLE Y PLEURITIS, EDAD >=18 SIN CC. | 94 | 15,85% | 0,8301 | 10,04 |
| 089 - NEUMONIA SIMPLE Y PLEURITIS, EDAD >=18 CON CC. | 90 | 15,18% | 1,3692 | 11,62 |
| 082 - NEOPLASIAS RESPIRATORIAS | 48 | 8,09% | 1,9133 | 12,17 |
| 097 - BRONQUITIS Y ASMA, EDAD >=18 SIN CC. | 45 | 7,59% | 0,703 | 10,27 |
| **Complejidad del servicio:** | | | **1,3911** | |

**Unidad de Neumología 42 camas. Unidad de Cirugía Torácica 20**

**Se diferencian dos perfiles de pacientes:**

-Neumología: Edad avanzada, con patología crónica, con varios ingresos. Necesidad de aislamientos respiratorios por T.B.C y de contacto procedentes de UCI.

-C.Torácica: Adulto joven, independiente y con un proceso de ingreso corto.

**Técnicas de enfermería más frecuentes en la unidad:**

Mantoux, aerosolterapia, oxigenoterapia, vigilancia, control y curas de drenajes pleurales, fisioterapia respiratoria, CEPAP-BIPAP,...

**Planes de cuidados estandarizados:**

**Paciente con drenaje torácico. GRD 095**

**Cuidados del paciente con EPOC y/o infección respiratoria. GRD 088, 541, 090, 089 y 097.**

**Cuidados del paciente con tromboembolismo pulmonar.**

Fuentes: Memoria anual 2002.
Proyecto PRN. Antares. 2001
Jefatura de Bloque de Calidad
Comisión Asesora Planes de Cuidados

# Unidad de Cirugía General y Digestiva Derecha

| GRD Cirugía General y Digestiva | Casos | % Casos | Peso GRD | Estancia Media |
|---|---|---|---|---|
| 167 - APENDICECTOMIA s/DIAGN PRAL COMPLICADO s/CC | 218 | 0,2845953 | 0,8757 | 3,17 |
| 158 - INTERVENCIONES SOBRE ANO Y ESTOMA, SIN CC. | 130 | 0,16971279 | 0,5809 | 2,73 |
| 290 - INTERVENCIONES DE TIROIDES. | 118 | 0,154047 | 0,9332 | 2,48 |
| 494 - COLECISTECTOMIA LAPAROSCOP s/EXPL DBC, s/CC | 117 | 0,15274151 | 0,862 | 3,57 |
| 148 - PQ MAYORES INTESTINO c/CC | 103 | 0,13446475 | 3,0767 | 14,47 |
| 160 - PQ HERNIA,#(INGUINAL/FEMORAL), >=18 s/CC | 80 | 0,10443864 | 0,9071 | 4,16 |
| **Complejidad del servicio:** | | | **1,0519** | |

**Unidad de 30 camas**

**Se diferencian dos perfiles de pacientes**:
-Enfermo quirúrgico de 14 a 90 años.
-Trasplante hepático de 40-50 años, con problemas sociales y necesidad de apoyo familiar.

**Técnicas de enfermería más frecuentes en la unidad:**

Cuidados de drenajes, fístulas (esofágicas, intestinales), cuidados de heridas cerradas y abiertas, vigilancia y control de sondas (nasogástrica, vesical), nutrición (enteral, parenteral), canalización de vías endovenosas centrales y periféricas, administración de medicamentos inmunosupresores.

**Planes de cuidados estandarizados:**

**Paciente intervenido de apencicectomía. GRD 167**

**Paciente intervenido de colecistectomía. GRD 449**

**Plan de cuidados al paciente gastrectomizado.**

Fuentes: Memoria anual 2002.
Proyecto PRN. Antares. 2001
Jefatura de Bloque de Calidad
Comisión Asesora Planes de Cuidados

# Unidad de Cirugía General y Digestiva Izquierda

| GRD Cirugía General y Digestiva | Casos | % Casos | Peso GRD | Estancia Media |
|---|---|---|---|---|
| 167 - APENDICECTOMIA s/DIAGN PRAL COMPLICADO s/CC | 218 | 0,2845953 | 0,8757 | 3,17 |
| 158 - INTERVENCIONES SOBRE ANO Y ESTOMA, SIN CC. | 130 | 0,16971279 | 0,5809 | 2,73 |
| 290 - INTERVENCIONES DE TIROIDES. | 118 | 0,154047 | 0,9332 | 2,48 |
| 494 - COLECISTECTOMIA LAPAROSCOP s/EXPL DBC, s/CC | 117 | 0,15274151 | 0,862 | 3,57 |
| 148 - PQ MAYORES INTESTINO c/CC | 103 | 0,13446475 | 3,0767 | 14,47 |
| 160 - PQ HERNIA,#(INGUINAL/FEMORAL), >=18 s/CC | 80 | 0,10443864 | 0,9071 | 4,16 |
| **Complejidad del servicio:** | | | **1,0519** | |

**Unidad de 32 camas**

**Perfil tipo de pacientes:**
Enfermos con patología quirúrgica mayores de 14 años con soporte familiar

**Técnicas de enfermería más frecuentes en la unidad:**

Curas de heridas simples y con aspiración, manejo de drenajes, sondajes (nasogastrico y vesical), canalización de vías endovenosas centrales y periféricas, nutrición (entreral y parenteral), educación para el autocuidado al paciente ostomizado.

**Planes de cuidados estandarizados:**

**Paciente intervenido de colon con y sin colostomía.**

**Paciente intervenido de hemorroidectomía.**

**Cuidados del paciente con oclusión intestinal.**

**GRD 158 y 148**

Fuentes: Memoria anual 2002.
Proyecto PRN. Antares. 2001
Jefatura de Bloque de Calidad
Comisión Asesora Planes de Cuidados

# Unidad de Cirugía Plástica y Hemodinámica

| GRD Cirugía Plástica | Casos | % Casos | Peso GRD | Estancia Media |
|---|---|---|---|---|
| 261 - PQ MAMA x NO NEOPL MALIG,#BIOPSIA/EXCIS.LOCAL | 158 | 30,74% | 0,9804 | 3,52 |
| 266 - INJERTO/DESBRID PIEL#(xULCERAS/CELULITIS) s/CC | 94 | 18,29% | 1,3253 | 10,55 |
| 828 - QUEMAD.NO EXT.c/LESION X INHA.,s/CC O TRAU.SIG | 80 | 15,56% | 1,7745 | 13,79 |
| 229 - PQ MUÑECA/MANO # ARTICULAR MAYOR, s/CC | 76 | 14,79% | 0,8115 | 2,21 |
| 270 - OTROS PQ PIEL/TEJ.SUBCUTANEO/MAMA s/CC | 60 | 11,67% | 0,9266 | 2,03 |
| 268 - CIRUGIA PLASTICA PIEL/TEJ.SUBCUTANEO/MAMA | 46 | 8,95% | 0,8123 | 4,57 |
| **Complejidad del servicio:** | | | **1,0442** | |

**Unidad de 28 camas**

**Se distinguen varios tipos de pacientes :**

Mayores de 14 años para diagnóstico y estudio de su cardiopatía.

Enfermos con lesiones provocadas por calor, con alteraciones psíquicas y posibles enfermedades mentales.

Ingresos para tratamiento tópico o quirúrgico de las alteraciones morfológicas del organismo (malformaciones congénitas y cambio de sexo).

Con frecuencia ingresan pacientes con problemas sociales (drogadictos, indigentes, inmigrantes), sin soporte familiar.

**Técnicas de enfermería más frecuentes en la unidad:**

Curas de injertos, cura zona dadora. Higiene en quemados con rasurado y lavados de cabeza. Curas de quemados, colgajos. Control de microcirugía y colgajos. Cura de ulceras y perdidas de sustancias de la piel. Control de zonas de punción de catéteres y signos vasculares. Administración de fármacos vasoactivos,...

**Planes de cuidados estandarizados:**

**Plan de cuidados al paciente con injerto cutáneo. GRD 266, 828 y 270.**

**Plan de cuidados del paciente con dolor torácico. Incluido en la vía clínica del Hospital. GRD 140 y 122**

**Plan de cuidados del paciente con insuficiencia cardiaca congestiva y riesgo de shock. GRD 112 y 127**

Fuentes: Memoria anual 2002.
Proyecto PRN. Antares. 2001
Jefatura de Bloque de Calidad
Comisión Asesora Planes de Cuidados

# Unidad de Digestivo

| GRD Medicina Interna Digestivo | Casos | % Casos | Peso GRD | Estancia Media |
|---|---|---|---|---|
| 175 - HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL, SIN CC. | 183 | 29,37% | 0,8032 | 6,16 |
| 204 - ALTERACIONES PANCREÁTICAS NO NEOPLÁSICAS | 120 | 19,26% | 1,0057 | 12,09 |
| 208 - ENFERMEDADES DEL TRACTO BILIAR, SIN CC. | 99 | 15,89% | 0,6335 | 8,07 |
| 202 - CIRROSIS Y HEPATITIS ALCOHÓLICA | 96 | 15,41% | 1,4454 | 10,18 |
| 174 - HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL, CON CC. | 64 | 10,27% | 1,3622 | 9,05 |
| 557 - TR SIST HEPATOBILIAR/PANCREAS c/CC MAYOR | 61 | 9,79% | 3,7031 | 17,07 |
| **Complejidad del servicio:** | | | **1,4922** | |

**Unidad de 34 camas**

**Perfil tipo de pacientes:**
Varón de 40-60 años, bebedor importante, con soporte familiar difícil, problemas sociales asociados.

**Técnicas de enfermería más frecuentes en la unidad:**

Administración de enemas, realización y cuidados en endoscopias, implantación de sondas nasogastricas (taponamiento con sonda segtaken), vigilancia y control de signos y síntomas relacionados con pérdidas hemáticas, estudios complementarios previos a la inclusión en lista de espera de trasplante hepático.

**Planes de cuidados estandarizados:**

**Plan de cuidados del paciente cirrótico.** GRD 202

**Plan de cuidados del paciente con enfermedad inflamatoria intestinal.**

**Plan de cuidados del paciente con pancreatitis. GRD 204.**

Fuentes: Memoria anual 2002.
Proyecto PRN. Antares. 2001
Jefatura de Bloque de Calidad
Comisión Asesora Planes de Cuidados

# Unidad Clínica de Hematología/Oncología

| GRD Hematología |
|---|
| 410 - QUIMIOTERAPIA |
| 404 - LEUCEMIA NO AGUDA O LINFOMA, SIN CC. |
| 403 - LEUCEMIA NO AGUDA O LINFOMA, CON CC. |
| 397 - TRASTORNOS DE LA COAGULACIÓN |
| 574 - TR SANGRE/HEMOPOYETICOS/INMUNOLOG.,c/CC MAYOR |
| 577 - TR MIELOPROLIF/NEOPL MAL DIFER c/CC MAYOR |
| **Complejidad del servicio:2,11** |

| GRD Oncología |
|---|
| 410 - QUIMIOTERAPIA |
| 082 - NEOPLASIAS RESPIRATORIAS |
| 398 - TR SIST.RETICULO-ENDOTEL./INMUNOLOGICO, c/CC |
| 239 - FRACT.PATOL/N MALIGNA S.MUSC-ESQUEL-CONECTIVO |
| 010 - NEOPLASIAS DEL S.NERVIOSO, CON CC |
| 172 - NEOPLASIAS MALIGNAS DIGESTIVAS, CON CC. |
| **Complejidad del servicio:1,77** |

**Unidad de 21 camas y 4 en cámaras**

**Perfil tipo de pacientes:**
Enfermos con edad media que se enfrentan a una enfermedad aguda, que puede ser mortal y que requieren cuidados de gran complejidad tanto físicos como psicosociales.

**Técnicas de enfermería más frecuentes en la unidad:**

–Administración de citostáticos.

–Técnicas de prevención de infecciones.

–Educación sanitaria y relación de ayuda al enfermo y familia cuidados.

**Planes de cuidados estandarizados:**

**Plan de cuidados del paciente con tratamiento quimioterápico. GRD 410**

**Trasplante alogénico de médula ósea.GRD 803**

**Plan de cuidados del paciente con neoplasia respiratoria. GRD 082**

**Plan de cuidados del paciente con neoplasia maligna digestiva. GRD 172**

Plan de cuidados de paciente con Mieloma Múltiple

Fuentes: Memoria anual 2002.
Proyecto PRN. Antares. 2001
Jefatura de Bloque de Calidad
Comisión Asesora Planes de Cuidados

# Unidad de Medicina Interna

| GRD Medicina Interna | UPHS | %uph | %casos | Peso GRD | emed |
|---|---|---|---|---|---|
| 483 - TRAQUEOSTOMIA #(xDIAGN CARA,BOCA O CUELLO) | 798,8 | 31,22% | 7,31% | 22,8232 | 34,09 |
| 480 - TRASPLANTE DE HÍGADO | 213,2 | 8,33% | 1,25% | 35,5382 | 16,33 |
| 530 - CRANEOTOMÍA CON CC MAYOR | 140,5 | 5,49% | 2,71% | 10,8059 | 10,85 |
| 549 - PQ CARDIOVASCULARES MAYORES c/CC MAYOR | 100 | 3,91% | 2,09% | 9,9973 | 11,4 |
| 475 - TR AP RESPIRATORIO c/VENTILACION MECANICA | 87,1 | 3,40% | 3,97% | 4,5846 | 9,74 |
| 585 - PQ MAYOR ESOF/ESTOMAGO/DUOD/INTEST c/CC MAYOR | 64,1 | 2,50% | 2,30% | 5,8242 | 13,64 |

**Unidad de 60 camas.**

**Se diferencian dos perfiles de enfermos:**

- Joven con bajo nivel de autonomía y necesidad de apoyo psicológico.

-Edad avanzada con pluripatología. Son soporte familiar.

Casi el 75% presenta deterioro cognitivo y patología crónica.

**Técnicas de que destacan como específicas de la unidad:**

–Aislamientos (respiratorio, protector y cutáneo)

– Adherencia: técnicas de apoyo para que tomen el tratamiento).

Administración de medicación, glicemia capilar, extracciones sanguíneas, curas de heridas sépticas y exhudativas, cuidados de escaras, canalización de vías venosas y vigilancia-observación de patrones cognitivos alterados

**Planes de cuidados estandarizados:**

**Plan de cuidados del paciente con infección por VIH sin complicaciones. GRD 704**

**Plan de cuidados del paciente VIH con infección respiratoria (TBC). GRD 705**

**Plan de cuidados del paciente con que ingresa para estudio de síndrome febril.**

**Plan de cuidados del paciente con tromboflebitis de vena profunda.**

Fuentes: Memoria anual 2002.
Proyecto PRN. Antares. 2001
Jefatura de Bloque de Calidad
Comisión Asesora Planes de Cuidados

# Unidad de Nefrología

| GRD Nefrología | Casos | % Casos | Peso GRD | Estancia media |
|---|---|---|---|---|
| 302 - TRASPLANTE RENAL. | 75 | 22,94% | 10,5073 | 15,25 |
| 820 - MALF., REACC.Y COMPL.DISP/INJ.O TRASP.GENITOUR | 66 | 20,18% | 1,3721 | 3,33 |
| 316 - INSUFICIENCIA RENAL | 61 | 18,65% | 1,4181 | 4,92 |
| 332 - OTROS DIAGN RIÑON/VIAS URINARIAS, >=18 s/CC | 51 | 15,60% | 0,6683 | 3,43 |
| 315 - OTROS PQ RIÑON/VIAS URINARIAS | 23 | 7,03% | 2,8183 | 2,74 |
| 331 - OTROS DIAGN RIÑON/VIAS URINARIAS, >=18 c/CC | 17 | 5,20% | 1,18 | 7,94 |
| **Complejidad del servicio:** | | | **2,5161** | |

**Unidad de 14 camas de hospitalización, 6 en cámaras de trasplante renal y dos en unidad de agudos.**

Puestos Diálisis
Hospital General - 20
Centro Periférico El Atabal- 13

**Se distinguen dos tipos de perfiles de pacientes:**

La mayoría de los pacientes presentan Insuficiencia Renal Crónica o Aguda, e hipertensión, y son subsidiarios de diferentes estudios y tratamientos, que incluyen la hemodiálisis.

Otros son pacientes trasplantados de riñón o riñón-páncreas.

En ambos casos presentan alta dependencia del personal de enfermería

**Técnicas** de que destacan como específicas de la unidad:

Cuidados de accesos vasculares y catéteres para diálisis, hemodiálisis, diálisis peritoneal, vigilancia y control de sondas y drenajes, administración de fármacos immunosupresores

**Planes de cuidados estandarizados:**

**Plan de cuidados del paciente con injerto renal. GRD 302**

**Plan de cuidados del paciente con insuficiencia renal aguda. GRD 318**

**Plan de cuidados del paciente en tratamiento sustitutivo con diálisis peritoneal. GRD 318**

Fuentes: Memoria anual 2002.
Proyecto PRN. Antares. 2001
Jefatura de Bloque de Calidad
Comisión Asesora Planes de Cuidados

# Unidad de Clínica de Neurociencias

| GRD Neurocirugía |
|---|
| 001 - CRANEOTOMIA, EDAD>=18, EXCEPTO POR TRAUMATISMO |
| 767 - ESTUPOR/COMA TRAUMATICO, COMA<1H, >=18 s/CC |
| 761 - ESTUPOR/COMA ORIGEN TRAUMATICO, COMA>1 HORA |
| 763 - ESTUPOR/COMA TRAUMATICO, COMA<1H, <18 |
| 530 - CRANEOTOMÍA CON CC MAYOR |
| 002 - CRANEOTOMIA POR TRAUMATISMO, EDAD >=18 |

| GRD Neurología |
|---|
| 015 - ICTUS TRANSITORIOS |
| 014 - TRAST.ESP.CEREBROVASC.#ICTUS TRAN.Y HEM.INTRAC |
| 013 - ESCLEROSIS MULTIPLE Y ATAXIA CEREBELOSA |
| 810 - HEMORRAGIA INTRACRANEAL |
| 025 - CONVULSIONES Y CEFALEA, EDAD>=18 SIN CC. |
| 012 - TRASTORNOS DEGENERATIVOS DEL S.NERVIOSO |

**Unidad de 64 camas**

**El perfil del paciente** se caracteriza por una alta dependencia del personal de enfermería y necesidad de cuidados, la edad media oscila entre 14 y 90 años.

**Técnicas de que destacan como específicas de la unidad:**

Vigilancia y control de drenajes ventriculares externos, cuidados al paciente traqueostomizado, alimentación por sonda nasogastrica, movilizaciones, cuidados de heridas quirúrgicas, control y valoración de signos neurológicos,...

**Planes de cuidados estandarizados:**

**Plan de cuidados del paciente traqueostomizado. GRD 483**

**Plan de cuidados del paciente con traumatismo**

**Craneoencefálico. GRD 767, 761, 763, 530, 002.**

**Plan de cuidados del paciente con esclerosis múltiple.**

**Plan de cuidados del paciente con Guillen Barré-Miastenia grave.**

**Plan de cuidados del paciente con hemorragia subaracnoidea.GRD 810**

**Plan de cuidados de paciente con hidrocefalia.**

**Plan de cuidados del paciente con Ictus. GRD 015 y 014**

Fuentes: Memoria anual 2002.
Proyecto PRN. Antares. 2001
Jefatura de Bloque de Calidad
Comisión Asesora Planes de Cuidados

# Unidad de Traumatología

| GRD Traumatología | Casos | % casos | Peso GRD | Estancia media |
|---|---|---|---|---|
| 219 - PQ EEII/HUMERO,#(CADERA/PIE/FEMUR),>=18 s/CC | 274 | 24,40% | 1,2802 | 9,62 |
| 818 - SUSTITUCION DE CADERA # POR COMPLICACIONES | 236 | 21,02% | 3,7557 | 14,58 |
| 211 - PQ CADERA/FEMUR #(GRD 209), >=18 s/CC | 201 | 17,90% | 2,1658 | 14,86 |
| 209 - INTERV.ART.MY.O REIMPLANTE MIE.EEII, #CAD s/CC | 175 | 15,58% | 3,4427 | 13,35 |
| 231 - EXCIS LOCAL/RETIRADA FIJ INTERNA #CADERA/FEMUR | 131 | 11,67% | 1,3576 | 8,45 |
| 758 - PQ COLUMNA #FUSION ESPINAL s/CC | 106 | 9,44% | 1,151 | 11,06 |
| **Complejidad del Servicio** | | | **2,4121** | |

**Unidad de 66 camas**

La eda media oscila entre joven o de edad avanzada. Generalmente con nivel de autonomía bajo y necesidad de ayuda en la movilización.

**Técnicas de que destacan como específicas de la unidad**:

Movilizaciones en cama, control y vigilancia de sedestación, colocación de aparatos ortopédicos, educación sanitaria, control y vigilancia de yesos y tracciones, vigilancia y observación del proceso pre-post quirúrgico.

**Plan de cuidados del paciente con fractura de rodilla. GRD 211**

**Plan de cuidados del paciente fractura de cadera.**

**GRD 219, 818, 231 y 211.**

**Plan de cuidados del paciente con tratamiento quirúrgico para la hernia discal. GRD 758.**

**Plan de cuidados de paciente con fractura de tobillo.**

Fuentes: Memoria anual 2002.
Proyecto PRN. Antares. 2001
Jefatura de Bloque de Calidad
Comisión Asesora Planes de Cuidados

# Unidad de Otorrinolaringología

| GRD Otorrinolaringología | Casos | % casos | Peso GRD | Estancia media |
|---|---|---|---|---|
| 055 - PQ MISCELANEOS OIDO/NARIZ/BOCA/GARGANTA | 116 | 31,87% | 0,6786 | 3,77 |
| 060 - AMIGDALECT/ADENOIDECTOMIA SOLAMENTE, <18 | 70 | 19,23% | 0,5105 | 2,06 |
| 056 - RINOPLASTIA | 65 | 17,86% | 0,7159 | 3,45 |
| 066 - EPISTAXIS. | 40 | 10,99% | 0,6509 | 7,88 |
| 062 - MIRINGOTOMIA CON INSERCION DE TUBO, EDAD 0-17. | 37 | 10,16% | 0,6024 | 2,7 |
| 053 - PQ SENOS/MASTOIDES, >=18 | 36 | 9,89% | 0,7664 | 5,89 |
| **Complejidad del servicio** | | | **0,6464** | |

**Unidad de 24 camas**

**Se distinguen dos tipos de pacientes:**

Enfermo joven y autónomo.

Enfermo de edad avanzada con baja autonomía, con problemas de comunicación y soporte familiar. Predominio de pacientes ectópicos.

**Técnicas de que destacan como específicas de la unidad:**

Cuidados de traqueostomias, sondas de epistaxis, aspiración de secreciones, sondas de alimentación, taponamientos, lavados de drenaje de nariz, vigilancia de hemorragia. Cuidados de pacientes con alteración del equilibrio.

**Planes de cuidados estandarizados:**

**Plan de cuidados del paciente traqueostomizado. GRD 483.**

**Plan de cuidados del paciente con rinoplastia. GRD 056**

**Plan de cuidados del paciente con septoplastia. GRD 053**

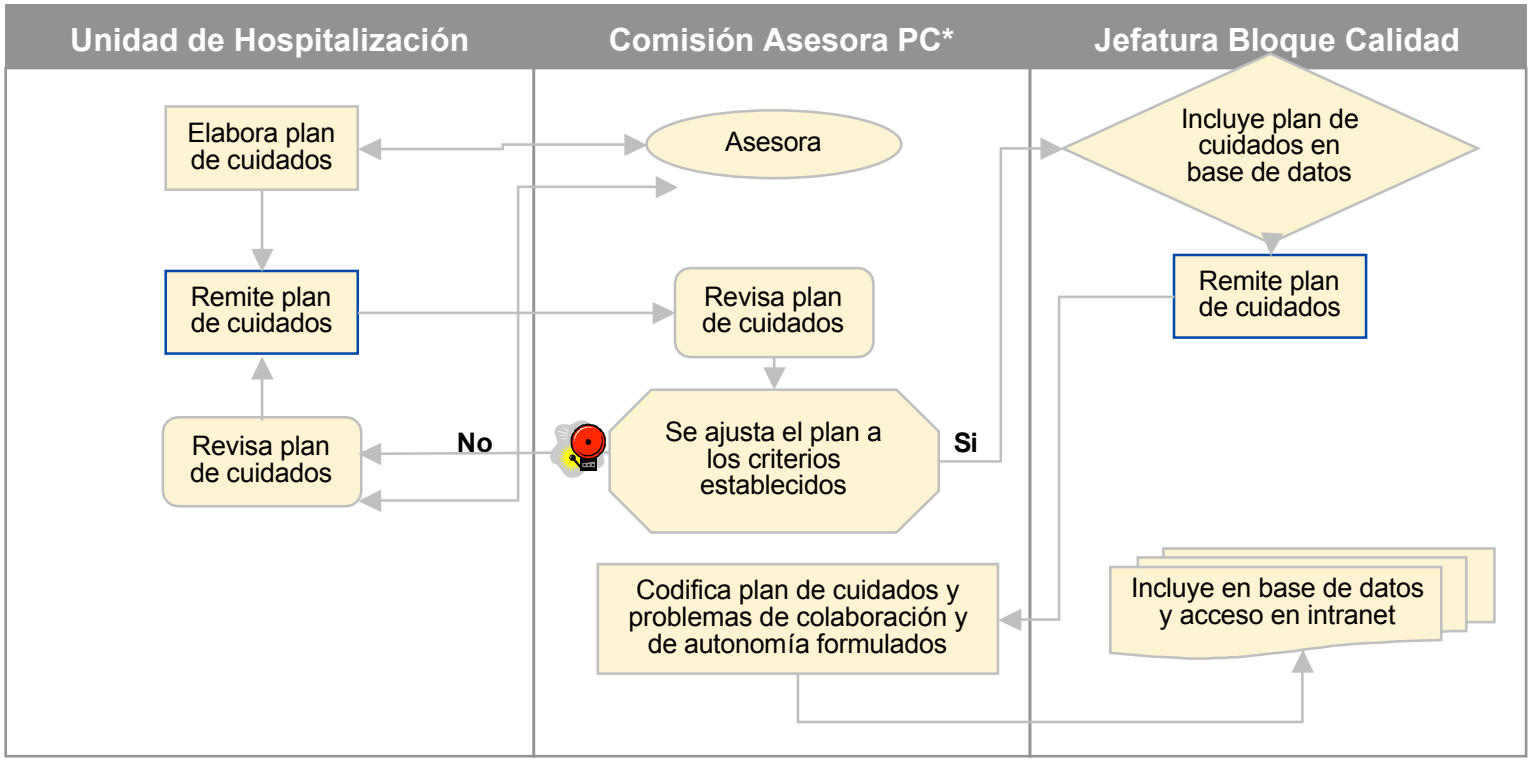
**Plan de cuidados del paciente con timpanoplastia.GRD 055.**

**Plan de cuidados del paciente con epistaxis. GRD 066**

Fuentes: Memoria anual 2002.
Proyecto PRN. Antares. 2001
Jefatura de Bloque de Calidad
Comisión Asesora Planes de Cuidados

1. Introducción
2. Análisis del entorno y posible clientela
3. Procedimientos y prestaciones ofertados
4. Cartera de servicios por unidades. Hospital General
5. **Calidad y volumen del producto**

# La Jefatura de Bloque de Calidad ha establecido un circuito para la revisión y codificación de los planes de cuidados elaborados en las unidades




*Comisión asesora para la elaboración de planes de cuidados

# El hospital acomete cambios que aseguran la estructura, los procesos y los profesionales necesarios para mantener el papel de centro de alta complejidad

- **Para ello será necesario realizar mejoras en los procesos de soporte a la gestión asistencial y dotar a los profesionales de herramientas para desarrollar su labor.**

**Dotación de tecnologías aplicadas a la gestión asistencial**



**Mejoras organizativas entre departamentos**



**Formación y motivación de equipos de alto rendimiento**



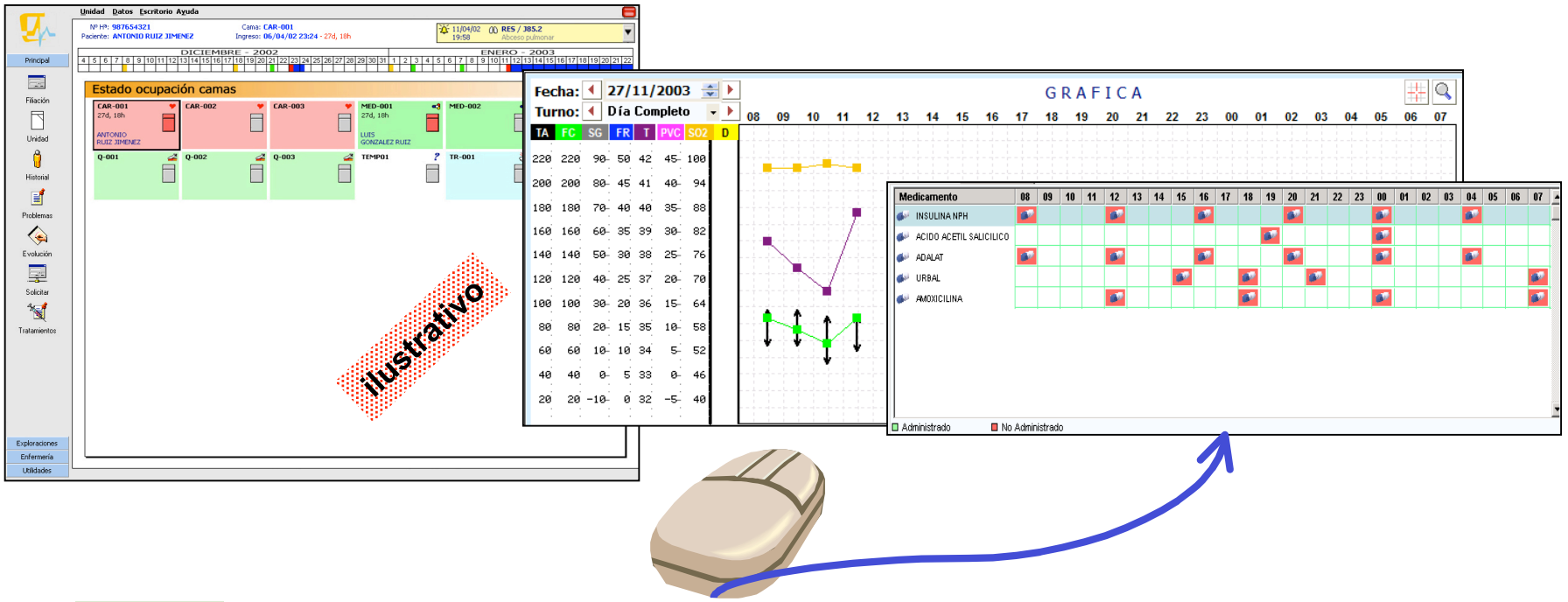
**Estrategias de mejora continua de la cartera de servicios**



**El reto es generar una verdadera cultura de hospital líder y de referencia**

# Disponemos de sistemas de información para la gestión de farmacia, ingresos-altas y realización de pruebas complementarias

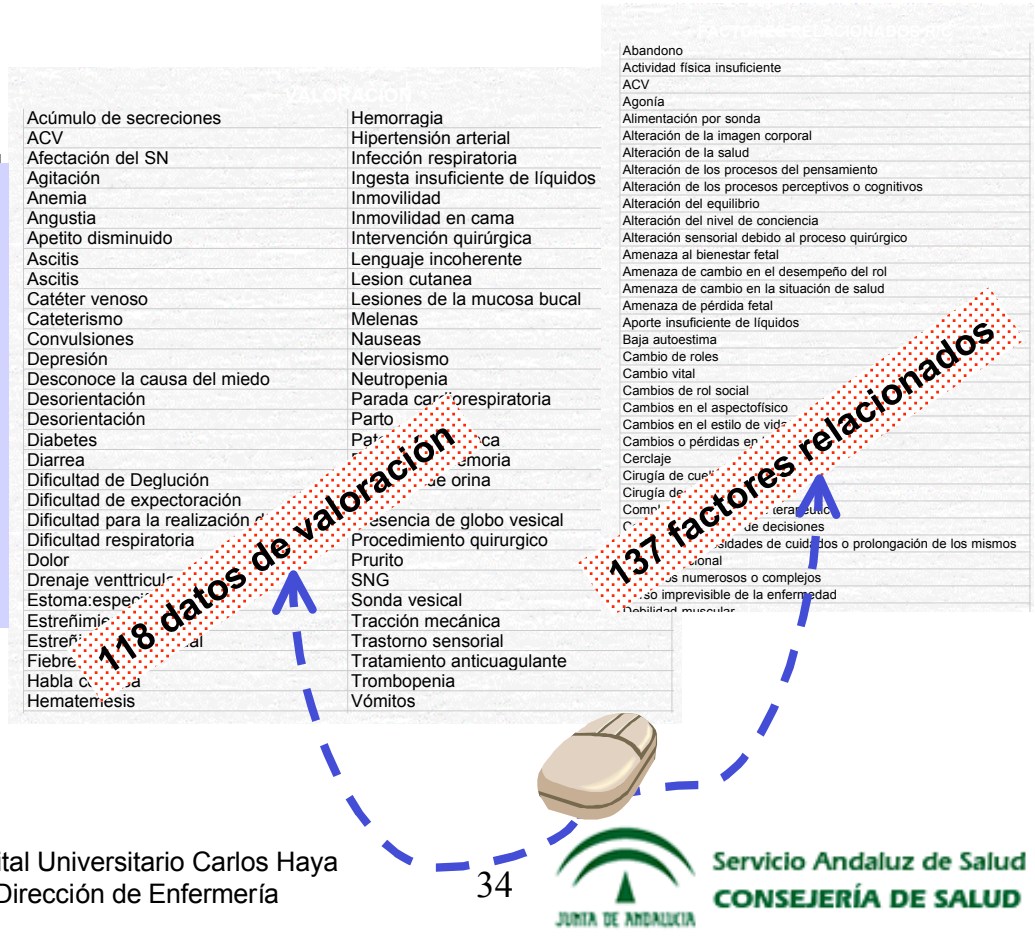
- La aplicación informática está en fase de pilotaje en los servicios diana de radiología, hematología, laboratorio, urgencias y críticos.
- La dotación de hardware y la formación de los profesionales a nivel de usuarios son condiciones indispensables para la implantación efectiva en todas las unidades.



# Los sistemas de información aplicados a la gestión de los cuidados están aún en desarrollo

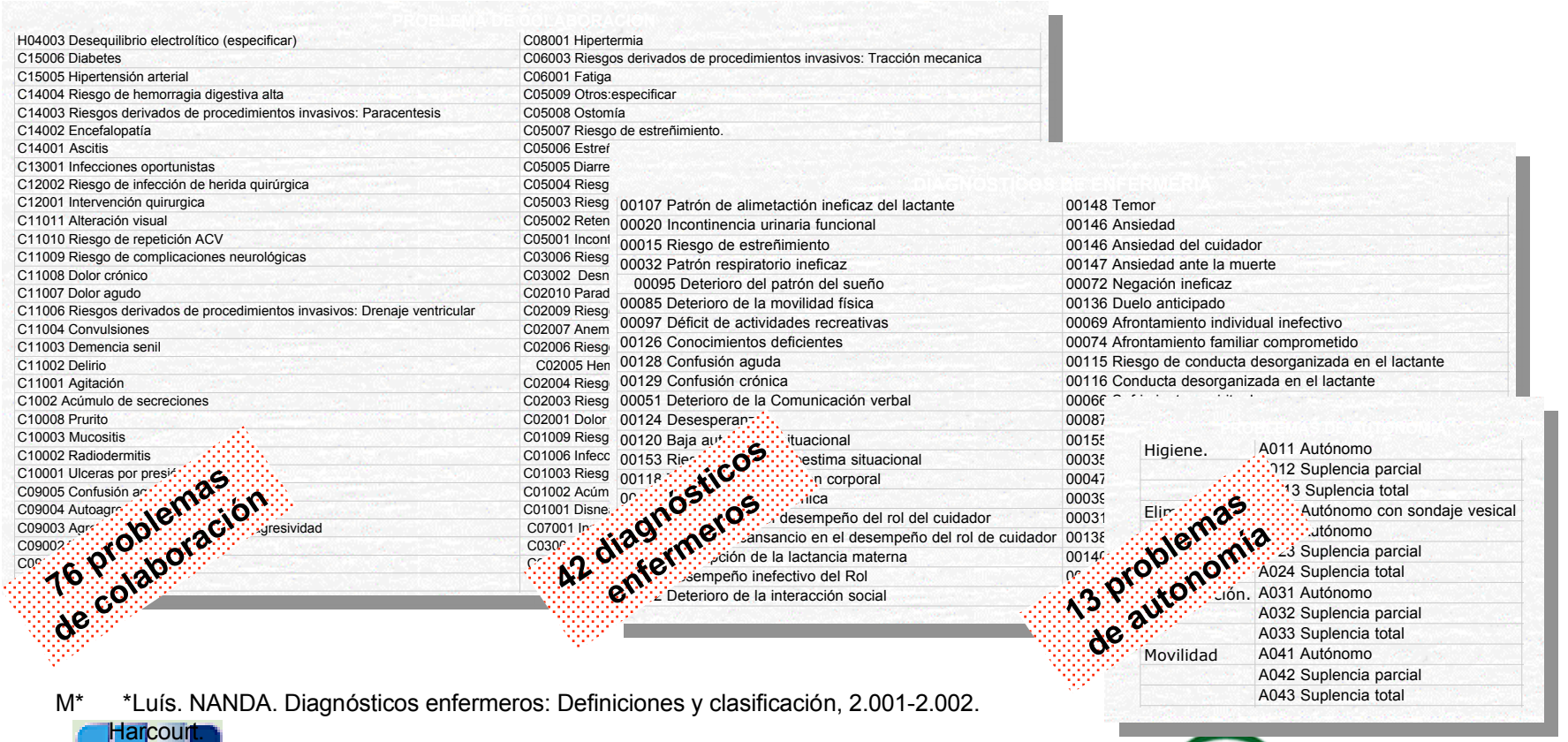
- **Hasta marzo de 2004 se han elaborado los contenidos necesarios para garantizar la aplicabilidad de un programa informático para la gestión de cuidados.**

- **Conforme a las 14 necesidades básicas establecidas en el Modelo de Virginia Henderson se han consensuado los datos relevantes para la valoración de los pacientes y sus factores relacionados.**



# Los datos de la valoración permiten identificar los problemas reales o potenciales del paciente

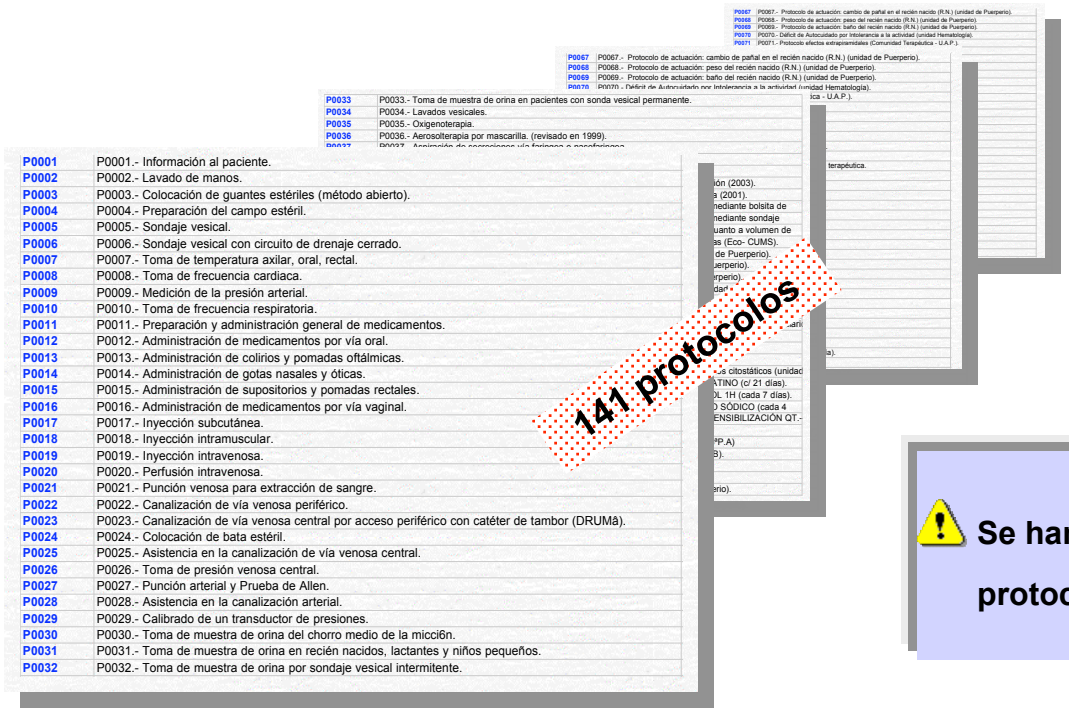
- **Que se formulan en base a tres grupos: Problemas de colaboración, problemas de autonomía y diagnósticos enfermeros.**
- **Los diagnósticos de enfermería se formulan con taxonomía NANDA*.**




M* *Luís. NANDA. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación, 2.001-2.002. Harcourt.

# Se han consensuado las intervenciones y los resultados para cada una de los problemas formulados en 77 planes de cuidados estandarizados

- **Las intervenciones se plantean conforme a la taxonomía NIC * y los protocolos del hospital.**
- **Los resultados se formulan con taxonomía NOC **.**



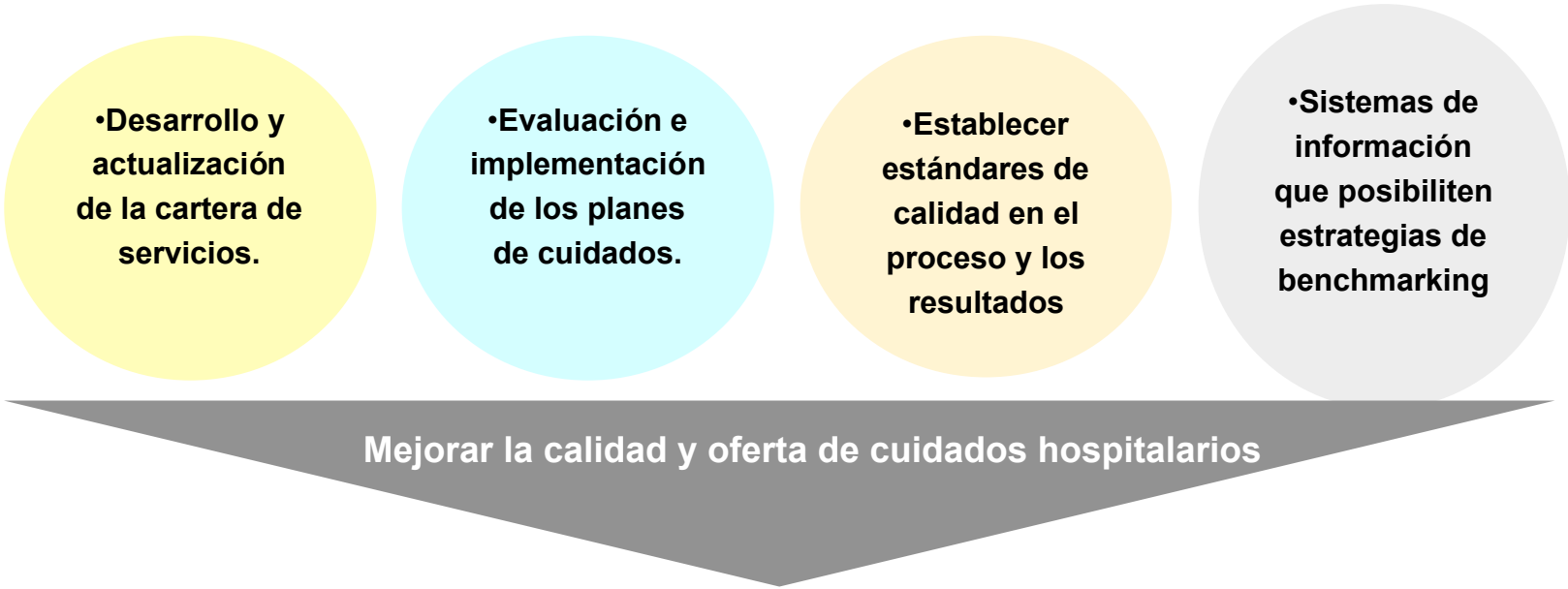

**Se han actualizado y validado 141 protocolos durante el último año.**

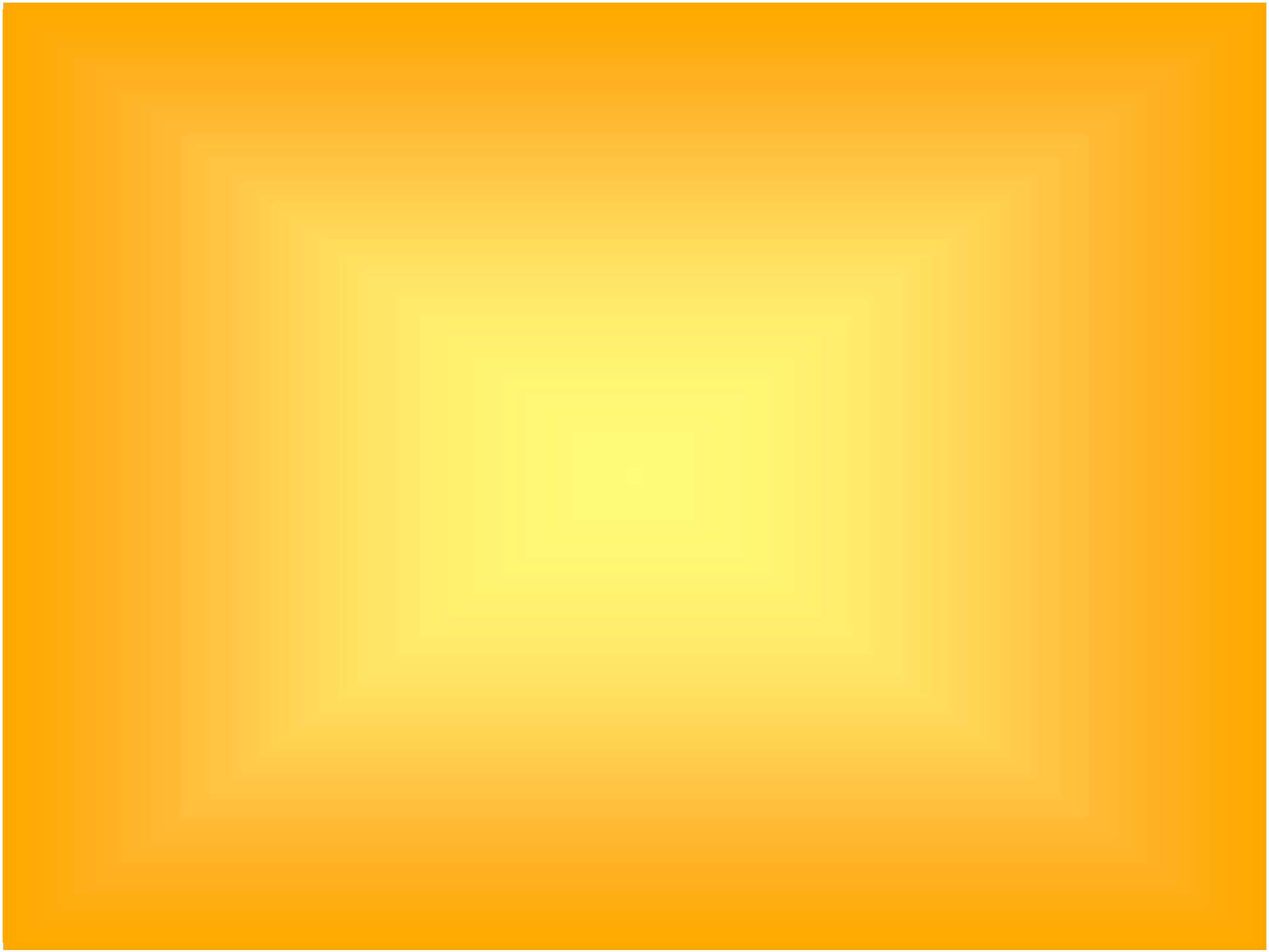
* Joanne C. McCloskey, Gloria M. Bulechek: Clasificación de intervenciones de enfermería (CIE). Harcourt. Tercera edición.

** Marion Johnson, Meridean Maas, Sue Moorhead: Clasificación de resultados de enfermería (CRE). Harcourt. Segunda edición.

# El esfuerzo y la implicación de los profesionales de enfermería del hospital hace posible que continuemos avanzando en la mejora de los cuidados

- **A partir de este momento se plantean nuevos retos.....**





AENTDE
www.aentde.com

*V Simposium Internacional de Diagnósticos de Enfermería.*

*Palau de Congresos de Valencia*

*13 y 14 de mayo 2004*

# DERECHOS DEL NIÑO HOSPITALIZADO

# NECESIDADES Y DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA.




**Complexo Hospitalario Universitario JUAN CANALEJO**

**A CORUÑA**

**Unidad de lactantes**

**Autores:** **Ferrer Pardavila M.Ángeles**

**García Sampedro Rosario**

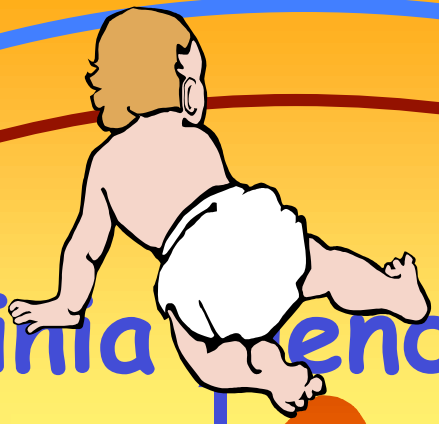
**Rodríguez Muriel J. Matías**

**García Fragela Berta**


COMPLEXO HOSPITALARIO JUAN CANALEJO A Coruña

SERVICIO GALEGO DE SAÚDE

AENTDE
www.aentde.com



# Virginia Henderson

## Necesidades Humanas

**Cuidados**
Bio-psico-social

**Factores:**
Edad.
Cultura.
Emotividad.

Individuo
Familia
Entorno.

COMPLEXO HOSPITALARIO JUAN CANALEJO
A Coruña
SERVICIO GALEGO DE SAÚDE

AENTDE

www.aentde.com

# ETAPA INFANTIL

## Etapa de desarrollo

humano por excelencia...

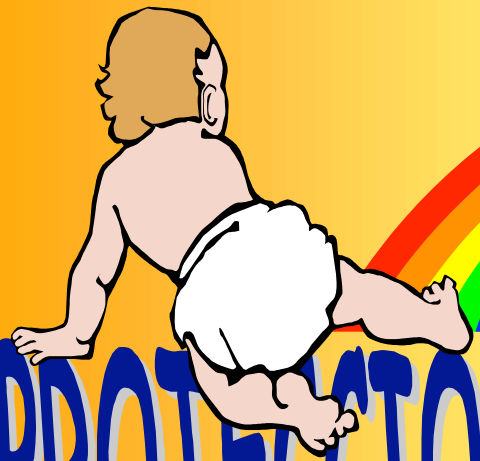
...que precisa de:

# PROTECCION Y CUIDADOS ESPECIALES



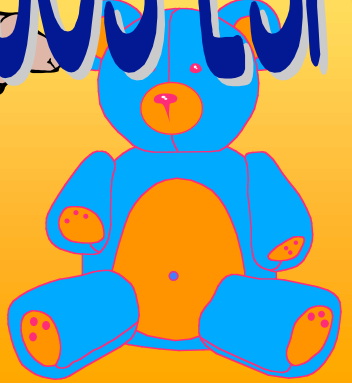
















COMPLEXO HOSPITALARIO JUAN CANALEJO

A Coruña

SERVICIO GALEGO DE SAÚDE

# CARTA EUROPEA DE LOS NIÑOS HOSPITALIZADOS



## 13 DE MAYO DE 1986

COMPLEXO HOSPITALARIO JUAN CANALEJO
A Coruña
SERVICIO GALEGO DE SAÚDE

AENTDE
www.aentde.com

# HOSPITALIZACIÓN: ANSIEDAD-ESTRÉS

AENTDE
www.aentde.com

## Niño-familia

Necesidades

Diagnósticos

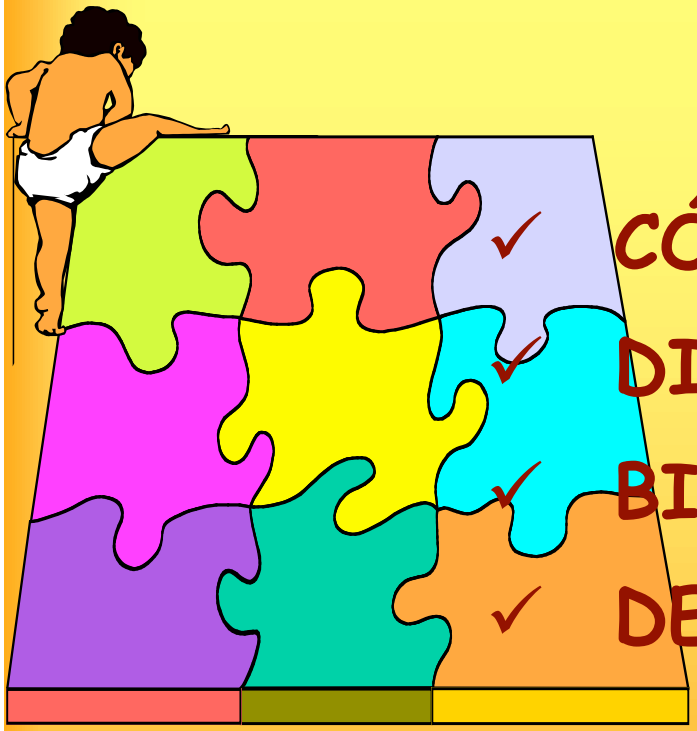
**COMUNES**

- Cuidadores principales.
- Agentes de autonomía asistida.
- ...mediadora
- humanizadora

ENFERMERÍA

COMPLEXO HOSPITALARIO JUAN CANALEJO
A Coruña
SERVICIO GALEGO DE SAÚDE

# CUIDADOS DE ENFERMERÍA



- ✓ CÓDIGO DEONTOLÓGICO.
- ✓ DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA.
- ✓ BIOÉTICA.
- ✓ DERECHOS DEL NIÑO.

COMPLEXO HOSPITALARIO JUAN CANALEJO
A Coruña
SERVICIO GALEGO DE SAUDE

AENTDE
www.aentde.com

AENTDE
www.aentde.com



# OBJETIVOS

- **Reflexionar** sobre los Derechos del Niño Hospitalizado.
- **Relacionar** Derechos del Niño, Necesidades de Virginia Henderson y Diagnósticos Enfermeros.

COMPLEXO HOSPITALARIO JUAN CANALEJO
A Coruña
SERVICIO GALEGO DE SAÚDE

# MATERIAL Y MÉTODO

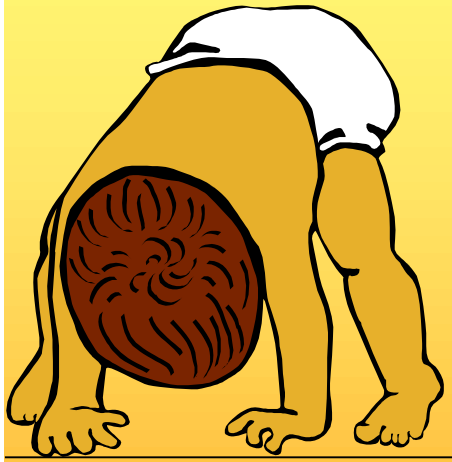
- 1997: PAE, Diagnósticos NANDA,14 Necesidades de Virginia Henderson.
- 1999: Estudio observacional de prevalencia descriptivo sobre Necesidades y diagnósticos.
- Revisión bibliográfica.
  - Derechos del niño Hospitalizado.
  - Diagnósticos enfermeros de nuestra base de dat
  - Diagnósticos NANDA:Definición-características definitorias y factores relacionados.
  - Principios de Bioética.
  - Código Deontológico.



# Búsqueda Bibliográfica

## Buscadores informáticos

## Base de datos MEDLINE



**Palabras claves:**

Derechos del Niño.

Derechos del Niño Hospitalizado.

Valoración de Enfermería.

Valoración según Virginia Henderson.

Bioética en el Niño Hospitalizado

# DERECHOS-NECESIDADES-DIAGNÓSTICOS

| ***DERECHO*** | ***NECESIDADES*** | ***DIAGNÓSTICOS*** |
|---|---|---|
| U) Derecho a la seguridad de recibir los cuidados que necesite -incluso en el caso de que fuese necesaria la intervención de la justicia- si los padres o la persona que los sustituya se los niegan por razones religiosas, de retraso cultural, de prejuicios o no están en condiciones de dar los pasos oportunos para hacer frente a la urgencia.<br>✓ Necesidad de Seguridad del niño. | ➢ Alimentación e hidratación.<br>➢ Reposo/Sueño.<br>➢ Vestido.<br>➢ Higiene /Piel.<br>➢ Evitar peligros.<br>➢ Valores y creencias.<br>➢ Ocuparse para realizarse. | ➢ Déficit de autocuidado: Alimentación-hidratación.<br>➢ Perturbación del sueño.<br>➢ Déficit de autocuidado: -Vestido.<br>➢ Déficit de autocuidado: -Higiene-piel.<br>➢ Tensión en el desempeño del rol cuidador.<br>➢ Conflicto de decisiones.<br>➢ Alteración de la función parental.<br>➢ Riesgo de alteración del desempeño del rol. |

COMPLEXO HOSPITALARIO JUAN CANALEJO
A Coruña
SERVICIO GALEGO DE SAÚDE

AENTDE
www.aentde.com

# DERECHO



c) Derecho a estar acompañado de sus padres o de la persona que los sustituya el máximo de tiempo posible durante su permanencia en el hospital, no como espectadores pasivos sino como elementos activos de la vida hospitalaria, sin que ello comporte costes adicionales; el ejercicio de este derecho no debe perjudicar en modo alguno la aplicación de los tratamientos a los que hay que someter al niño.

# Reflexión

COMPLEXO HOSPITALARIO JUAN CANALEJO
A Coruña
SERVICIO GALEGO DE SAÚDE



## DERECHO C

Necesidad de Evitar Peligros y Comunicación.

Además si trabajamos con planificación de cuidados y modelo Virginia Henderson uno de nuestros objetivos es fomentar la autonomía del paciente e implicarlo activamente en su plan de cuidados y dado que paciente y familia los consideramos como una unidad, en el caso del niño la autonomía/independencia la conseguiremos a través de los padres.

AENTDE
www.aentde.com

# (DERECHO: C)

| NECESIDADES | DIAGNÓSTICOS |
| --- | --- |
| Evitar Peligros: | ➢Ansiedad. |
| | ➢Riesgo de traumatismo. |
| | ➢Riesgo de Tensión en el desempeño del rol cuidador. |
| Comunicación: | ➢Riesgo de alteración de la vinculación entre los padres y el lactante. |

COMPLEXO HOSPITALARIO JUAN CANALEJO A Coruña
SERVICIO GALEGO DE SAÚDE

AENTDE
www.aentde.com

COMPLEXO HOSPITALARIO JUAN CANALEJO
A Coruña
SERVICIO GALEGO DE SAÚDE



# DERECHO

D) Derecho del niño a recibir una información adaptada a su edad, su desarrollo mental, su estado afectivo y psicológico, con respecto al conjunto del tratamiento médico al que se somete y a las perspectivas positivas que dicho tratamiento ofrece.

AENTDE
www.aentde.com

# Reflexión

COMPLEXO HOSPITALARIO JUAN CANALEJO
A Coruña
SERVICIO GALEGO DE SAÚDE

## DERECHO D



Podemos considerar tres necesidades en el caso de este derecho, por una parte si no informamos de todo lo relacionado con su proceso tanto al niño como a sus padres podemos hacer que aumente su nivel de estrés/ansiedad y no dar cobertura al mismo tiempo a su necesidad de Aprender.

AENTDE
www.aentde.com

# (DERECHO: D)

| NECESIDADES | DIAGNÓSTICOS |
| --- | --- |
| Evitar Peligros: | ➢Ansiedad. |
| | ➢Manejo ineficaz del régimen terapéutico. |
| Ocuparse para realizarse: | ➢Afrontamiento familiar inefectivo incapacitante |
| Aprender: | ➢Déficit de conocimientos. |

COMPLEXO HOSPITALARIO JUAN CANALEJO
A Coruña
SERVICIO GALEGO DE SAÚDE

AENTDE
www.aentde.com

# RESULTADOS

## Necesidades alteradas

- **Necesidad nº 9 Evitar peligros:** Relacionada con **19 Derechos.**
- **Nª 11 Valores y creencias:** **8 Derechos.**
- **Nº 10 Comunicación:** **6 Derechos.**
- **Nº 12 Ocuparse para realizarse:** **5 Derechos.**
- **Nº 13 Recrearse:** **4 Derechos.**
- **Nº 14 Aprender:** **4 Derechos.**
- **Nº 5 Dormir y descansar:** **3 Derechos.**
- **Nº 2 Alimentación:** **1 Derecho.**
- **Nº 3 Vestido:** **1 Derecho.**
- **Nº 8 Higiene:** **1 Derecho.**



**Respirar, Eliminación, Movilidad y Termorregulación no hemos encontrado relación con los Derechos.**

COMPLEXO HOSPITALARIO JUAN CANALEJO A Coruña
SERVICIO GALEGO DE SAÚDE

AENTDE
www.aentde.com

# RESULTADOS

## Como diagnósticos mas prevalentes

- ANSIEDAD: Lo hemos relacionado con 15 Derechos.
- TEMOR: 9 Derechos.
- CONFLICTO DE DECISIONES: 7 Derechos.

- DÉFICIT DE CONOCIMIENTOS: 4 Derechos.
- DÉFICIT DE ACTIVIDADES RECREATIVAS: 4 Derechos.
- SUFRIMIENTO ESPIRITUAL: 3 Derechos.
- ALTERACIONES DEL DESEMPEÑO DEL ROL: 3 Derechos.
- RIESGO DE TRAUMATISMO: 3 Derechos.
- PERTURBACIÓN DEL SUEÑO: 3 Derechos.

COMPLEXO HOSPITALARIO JUAN CANALEJO A Coruña
SERVICIO GALEGO DE SAÚDE

AENTDE
www.aentde.com

# RESULTADOS

## Otros diagnósticos implicados

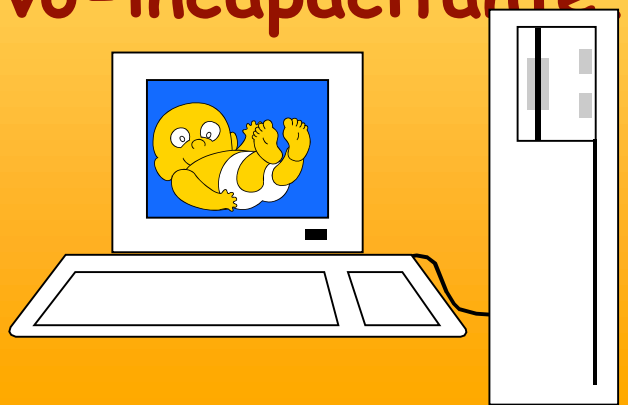
- ✓ Tensión en el desempeño del rol cuidador.
- ✓ Manejo ineficaz del régimen terapéutico.
- ✓ Aislamiento social.
- ✓ Afrontamiento familiar inefectivo incapacitante.
- ✓ Baja autoestima situacional.
- ✓ Alteración de la función parental.
- ✓ Déficit de autocuidados.
- ✓ Riesgo de alteración de la vinculación entre los



# RESULTADOS

## Diagnósticos a incluir en nuestra base de datos

- Riesgo de alteración dela vinculación entre los padres y el lactante.
- Alteración del crecimiento y desarrollo.
- Conflicto de decisiones.
- Afrontamiento familiar inefectivo-incapacitante



AENTDE
www.aentde.com

COMPLEXO HOSPITALARIO JUAN CANALEJO A Coruña
SERVICIO GALEGO DE SAÚDE

# CONCLUSIONES

Valores y creencias.

Comunicarse.

Ocuparse para realizarse.

## NECESIDADES MENOS VALORADAS



AENTDE
www.aentde.com

COMPLEXO HOSPITALARIO JUAN CANALEJO A Coruña
SERVICIO GALEGO DE SAÚDE

# CONCLUSIONES

...cambio de actitudes...

FORMACIÓN:

PAE

MODELOS DE VALORACIÓN

COMUNICACIÓN

RELACION DE AYUDA

BIOÉTICA

TERAPIA FAMILIAR

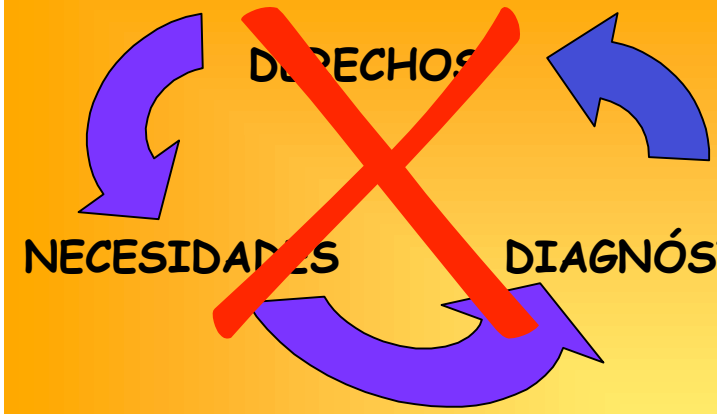
MANEJO DE EMOCIONES

PREPARACIÓN PARA LA MUERTE

RELACIONES INTERCULTURALES

CAMBIOS SOCIALES

AENTDE
www.aentde.com




# CONCLUSIONES

AENTDE
www.aentde.com

- No hemos encontrado ningún artículo que relacione derechos-necesidades-diagnósticos.
- Otros artículos relacionan espacios y actitudes pero no de forma integral.
- Ansiedad y Temor son los Diagnósticos Enfermeros mas frecuentes en las valoraciones.

- Cuidando desde el PAE y metodología para el cuidado integral se garantizan los Derechos del Niño Hospitalizado.

COMPLEXO HOSPITALARIO JUAN CANALEJO
A Coruña
SERVICIO GALEGO DE SAUDE



# CONCLUSIONES

AENTDE
www.aentde.com

## CUIDADOS

Visión Ética

Holística

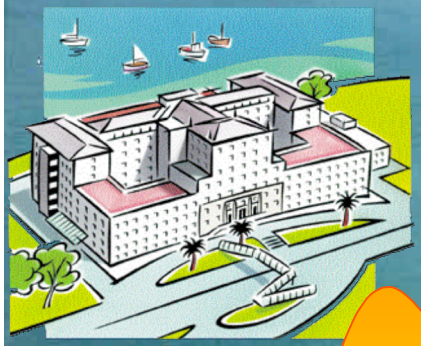
Humanística

REPERCUSIÓN ÉTICO-SOCIAL

- Individualizar
- Principios de:
  - Autonomía
  - Beneficencia
  - No maleficencia

## DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

COMPLEXO HOSPITALARIO JUAN CANALEJO
A Coruña
SERVICIO GALEGO DE SAÚDE



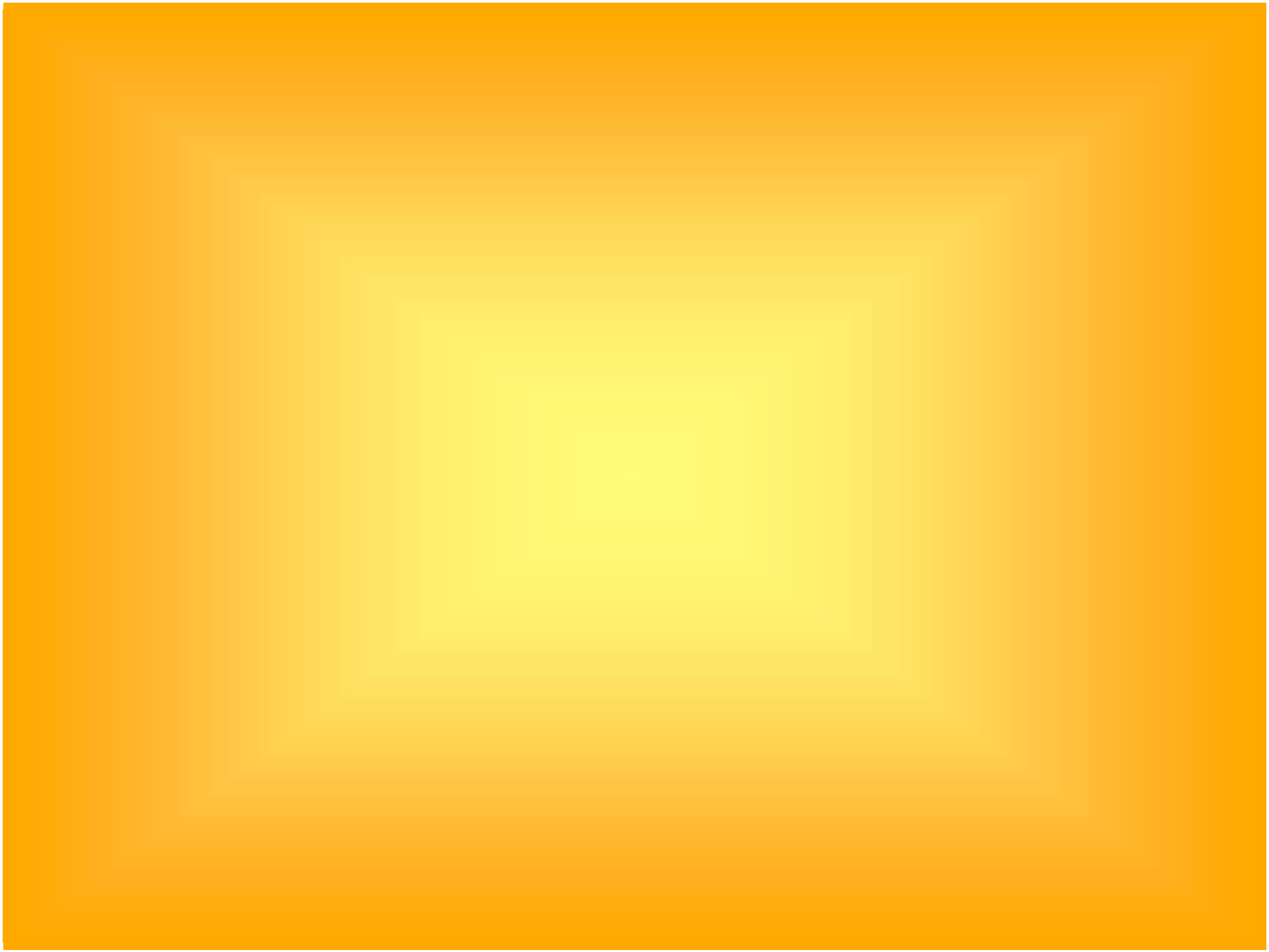
# GRACIAS

**Hospital Materno-Infantil Teresa Herrera.**

Complexo Hospitalario Universitario Juan Canalejo

COMPLEXO HOSPITALARIO JUAN CANALEJO A Coruña

SERVIZO GALEGO DE SAÚDE





# BUENA PRÁCTICA CLÍNICA EN UNA UNIDAD CRÍTICA: ÉTICA EN LAS ACCIONES PROPIAS DE ENFERMERÍA

C. LÓPEZ GALAN
MªJOSÉ PRADO NAVEIRA
UCIP.CHU JUAN CANALEJO A CORUÑA 2004

V SIMPOSIUM INTERNACIONAL DE DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA


" ACCIONES PROPIAS DE LA ENFERMERÍA"
SON INDEPENDIENTES E IMPLICAN TENER CONOCIMIENTO PARA PODER TOMAR UNA DECISIÓN ÉTICA
COMPLEXO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO JUAN CANALEJO A Coruña
SERVICIO GALEGO DE SAÚDE

COMPLEXO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO JUAN CANALEJO A Coruña

SERVICIO GALEGO DE SAÚDE

# CARTA EUROPEA DE LOS DERECHOS DE LOS NIÑOS HOSPITALIZADOS



COMPLEXO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO JUAN CANALEJO A Coruña

SERVICIO GALEGO DE SAÚDE

# FINALIDAD




"DERECHO DEL NIÑO A ESTAR ACOMPAÑADO
DE SUS
PADRES O DE LA PERSONA QUE LO SUSTITUYA
EL
MÁXIMO TIEMPO POSIBLE..."
COMPLEXO
HOSPITALARIO
UNIVERSITARIO
JUAN
CANALEJO
A Coruña
SERVICIO GALEGO DE SAÚDE


"DERECHO DEL NIÑO A RECIBIR UNA
INFORMACIÓN ADAPTADA A SU EDAD,
SU DESARROLLO MENTAL,
SU ESTADO AFECTIVO
Y PSICOLÓGICO..."
COMPLEXO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO
JUAN CANALEJO
A Coruña
SERVICIO GALEGO DE SAÚDE


COMPLEXO
HOSPITALARIO
UNIVERSITARIO
JUAN
CANALEJO
A Coruña
SERVICIO GALEGO DE SAÚDE
CONSENTIMIENTO INFORMADO


"DERECHO DE LOS
PADRES O TUTORES A
RECIBIR TODA LA
INFORMACIÓN
RELATIVA
A LA ENFERMEDAD ..."
COMPLEXO
HOSPITALARIO
UNIVERSITARIO
JUAN
CANALEJO
A Coruña
SERVICIO GALEGO DE SAÚDE


COMPLEXO
HOSPITALARIO
UNIVERSITARIO
JUAN
CANALEJO
A Coruña
SERVICIO GALEGO DE SAÚDE
"DERECHO DEL NIÑO A UNA RECEPCIÓN Y
SEGUIMIENTO INDIVIDUALES..."


"DERECHO DE LOS PADRES O DE LA PERSONA QUE LO SUSTITUYA A UNA RECEPCIÓN ADECUADA..."
COMPLEXO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO JUAN CANALEJO A Coruña
SERVICIO GALEGO DE SAÚDE


"DERECHO DEL NIÑO A NO RECIBIR
TRATAMIENTOS MÉDICOS INÚTILES
Y A NO SOPORTAR
SUFRIMIENTOS FÍSICOS
Y MORALES QUE PUEDAN EVITARSE"


"DERECHO DEL NIÑO DE CONTAR CON SUS PADRES O CON LA PERSONA QUE LOS SUSTITUYA EN LOS MOMENTOS DE TENSIÓN"

COMPLEXO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO JUAN CANALEJO A Coruña

SERVICIO GALEGO DE SAÚDE



# "DERECHO DEL NIÑO A DISPONER DURANTE SU PERMANENCIA EN EL HOSPITAL DE JUGUETES ADECUADOS A SU EDAD, DE LIBROS Y DE MEDIOS AUDIOVISUALES"

COMPLEXO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO JUAN CANALEJO A Coruña

SERVICIO GALEGO DE SAÚDE



"DERECHO DEL NIÑO A SER TRATADO CON TACTO,
EDUCACIÓN Y COMPRENSIÓN, Y A QUE SE RESPETE SU INTIMIDAD"

COMPLEXO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO JUAN CANALEJO A Coruña

SERVICIO GALEGO DE SAÚDE

# VALORACIÓN FINAL




NOMBRE
INFORMACIÓN
ACEPTACIÓN
ACOMPAÑAMIENTO
TERNURA
CONFRATERNIZAR
RESPETAR

# INTENTAR, CON REALISMO, ALENTAR SU ESPERANZA



COMPLEXO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO JUAN CANALEJO
A Coruña
SERVICIO GALEGO DE SAÚDE

V Simposium Internacional de Diagnósticos de Enfermería
Palau de Congresos de Valencia
13 y 14 de mayo de 2004

# Título: El Dolor en la práctica diaria.

Autor/es: Mejías Delgado, Antonia.
Dirección: C/ Tineo Nº 2 Bloque 3 Pta 2B Torrelodones Madrid 28250
Teléfono: 918592889
Correo Electrónico: mejias63@hotmail.com

**RESUMEN** Introducción: En nuestro centro hospitalario se realizan, periódicamente, análisis de la calidad de los registros enfermeros según Protocolo establecido. Al observar las actividades planificadas para los Diagnósticos de Enfermería "Dolor" y "Riesgo de dolor", se advierte que aparece frecuentemente una acción ("Valorar necesidad y eficacia de los analgésicos") que conlleva la colaboración de otro profesional, diferente a la enfermera, para minimizarlo, resolverlo o prevenirlo. La independencia de actuación de enfermería es condición indispensable para que el problema sobre el que actúa sea considerado un Diagnóstico Enfermero. Se plantea conocer la planificación que realizan las enfermeras para minimizar, resolver o prevenir los Diagnósticos "Dolor" y "Riesgo de dolor".

Objetivos: Identificar los Planes de Cuidados Estándar (PCE) que contengan los D. de Enfermería "Dolor" y "Riesgo de dolor" (PCE/Dolor). Conocer los Factores de Relación (FR), Objetivos (OBJ) y Actividades (ACT) relacionadas con "Dolor" y "Riesgo de dolor" en los PCE/Dolor. Determinar la frecuencia de los FR, OBJ y ACT asignados.

Material y Método: Se realiza un Estudio Descriptivo de Corte Transversal de los PCE validados en dos centros hospitalarios del territorio nacional: Hospital A (HA) y Hospital B (HB) En ambos trabajan con el mismo Modelo de Enfermería y el mismo Programa Informático de Planificación de Cuidados. Los PCE validados en los centros, se clasifican en dos categorías: Procedimientos Quirúrgicos-Procedimientos no Quirúrgicos. Se realiza un Análisis estadístico y de los datos obtenidos.

Resultados:

PCE revisados: HA 128; HB 81; TOTAL 209.

Proc.Q. HA 42% ;Proc.Q. HB 46%; Proc. no Q. HA 58%; Proc. no Q. HB 54%

PCE/Dolor: HA 67%; HB 58%; PCE/Dolor/Proc.Q HA 96%; PCE/Dolor/Proc.Q HB 94%

PCE/Dolor/Proc.noQ. HA 46%; PCE/Dolor/Proc.noQ. HB 27%

FR más frecuentes:

Cirugía HA 35%; HB 50%. Posición Forzada HA 12%; HB 3%. Procesos Inflamatorios HA 10%; HB 12%. Pruebas Diagnósticas HA 8%; HB 0%. Factores Mecánicos HA 5%; HB7%.

OBJ más frecuentes:

Recibirá cuidados dirigidos a paliar el dolor HA 19%; HB 30%. Referirá tener menos dolor tras la aplicación de medidas terapéuticas HA 11%; HB34%. Manifestará no tener dolor tras la aplicación de medidas terapéuticas HA 13%; HB 6%. Expresará tolerar mejor el dolor tras la aplicación de medidas terapéuticas HA 7%; HB 0%. Estará informado del origen y el porqué del dolor HA 6%; HB 0%.

ACT más frecuentes:

Valorar necesidad y eficacia de los analgésicos HA 14% (Esta actividad aparece asignada al "Dolor" en el 94% de los PCE/Dolor) HB 19% (Esta actividad aparece asignada al "Dolor en el 100% de los PCE/Dolor); Valorar presencia y características del Dolor HA 14% (Esta actividad aparece asignada al "Dolor" en el 94% de los PCE/Dolor) HB 19% (Esta actividad aparece asignada al "Dolor en el 93% de los PCE/Dolor); Instruir sobre posturas antiálgicas HA 11% HB 8% (Estas actividades aparecen asignadas al "Dolor" en el 73% y 40% de los PCE/Dolor respectivamente) Proporcionar medidas de comodidad y confort HA 9% HB 6% (Estas actividades aparecen asignadas al "Dolor" en el 61% y el 31% de los PCE/Dolor respectivamente)

Las actividades identificadas en relación al "Dolor" pertenecen a las siguientes Necesidades (por frecuencia de asignación): EDUCACIÓN HA 19% HB 18%; COMUNICACIÓN HA 18% HB 9%; SEGURIDAD HA 11% HB 7%; MOVILIZACIÓN HA 7% HB 9%.

En ambos centros, las Actividades de Vigilancia presentan la mayor frecuencia de asignación con respecto al total de Actividades relacionadas con el "Dolor": HA 37% HB 51%.

CONCLUSIONES:

Los Diagnósticos de Enfermería "Dolor" y "Riesgo de dolor", se identifican con mayor frecuencia en pacientes a los que se les ha practicado un Procedimiento Quirúrgico, siendo la Cirugía el factor que en mayor porcentaje se asigna como causa de Dolor Real o Potencial.

Los Objetivos planificados con más frecuencia se dirigen a prevenir, disminuir o paliar el

**“Dolor” mediante cuidados/medidas terapéuticas, sin embargo las Actividades planificadas con más frecuencia no se refieren a la administración de cuidados sino a la Valoración del Dolor y de la Necesidad y Eficacia de los Analgésicos, es decir Actividades de Vigilancia y Actividades que precisan la colaboración de otro profesional para minimizar y/o resolver el Problema.**

**Las Actividades de Vigilancia son las planificadas con más frecuencia con respecto al total.**

**En relación a las Necesidades, las Actividades se orientan a satisfacer la Educación y la Comunicación con mayor frecuencia que la Seguridad, Necesidad a la que pertenecen el “Dolor” y “Riesgo de dolor”.**

V SIMPOSIUM INTERNACIONAL DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

# INTERVENCIÓN ENFERMERA PARA UNA MAYOR CALIDAD DE VIDA EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO CON FATIGA

**Candela Bonill de las Nieves, Isabel María de la Torre Gálvez, Luz Inmaculada Vicente Peralta, Antonio Zamudio Sánchez, Encarnación Ruiz Gómez, Rosario Montero Vega.**

**Innovación en el proceso de cuidar: conjunción de herramientas y saber.**
**Valencia – 13 y 14 de mayo de 2004**

Hola buenas tardes, mi nombre es Candela Bonill de las Nieves, soy enfermera y colaboro con el servicio de oncología médica del Hospital Regional Universitario Carlos Haya de Málaga.

Antes de nada agradecer al Comité Científico la posibilidad de presentar esta comunicación en el V Simposium Internacional de Diagnósticos de Enfermería.

Bueno, nosotros hemos desarrollado un proyecto de investigación, presentado a distintas convocatorias para financiación pública, donde se valoran y estudian las causas más significativas de la fatiga en el paciente oncológico y cómo influye la actuación enfermera en su calidad de vida. Para ello se ha introducido un plan de cuidados individualizado, como metodología enfermera de apoyo al estudio, que es el que a continuación les voy a comentar tras una breve introducción sobre el estado actual de la fatiga en este tipo de paciente.

La NANDA define Fatiga (00093) como sensación sostenida y abrumadora de agotamiento y disminución de la capacidad para el trabajo mental y físico al nivel habitual. [1]

Según varios estudios realizados para valorar la calidad de vida en los pacientes con cáncer, la fatiga se presenta en un elevado porcentaje de estos pacientes, pudiendo llegar a convertirse en un asunto crítico de sus vidas.

La fatiga influye significativamente en la percepción que la persona tiene sobre sí mismo y en la relación con el medio, desde el punto de vista de sus actividades de la vida diaria y con las personas del entorno.

[1] Gordon M, Avant K, Heather H, Hoskings L, Lavin M, Sparks S, Warren J. NANDA. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2001-2002. Madrid: Harcourt, 2001: 100-01.

La evaluación de la fatiga es multidimensional en su naturaleza, y los factores implicados son:

- Hiponutrición, debido a: Una disminución de la ingesta, Incremento en la demanda energética, Alteración en los procesos metabólicos normales del individuo.
- Dolor: de tipo crónico.
- Anemia: producida por la propia enfermedad tumoral o ser secundaria a la terapia.
- La ansiedad y la depresión, que son los trastornos psicológicos más comunes que dan origen a la fatiga.

Influyendo todos ellos en la *Calidad de Vida* de la persona.

Nuestros objetivos son: analizar la causalidad de los factores relacionados y comprobar su efecto en la calidad de vida de los pacientes.

La metodología va a consistir en:

- La valoración de necesidades por V. Henderson, para confirmar el diagnóstico de Fatiga, y determinar sus factores relacionados.
- Centrar el objetivo del plan de cuidados:
  - Mejora de la Calidad de vida.
  - Establecer criterios de resultado sensibles.
- Planificar intervenciones.
- Evaluación.

Los sujetos de estudio serán todos los pacientes ingresados en el servicio de oncología médica que presenten fatiga.

La duración del proyecto será de: 6 meses de inclusión de pacientes y 3 meses más hasta completar el seguimiento. El análisis de datos se realizará mediante el programa estadístico SPSS.

En primer lugar, identificaremos al ingreso, qué pacientes presentan fatiga mediante la escala analógica visual LASA y evaluaremos su Calidad de Vida a través de la escala "QOL"

A continuación, se determinará el factor causal de la fatiga mediante:

- Mini Nutricional Assessment "MNA", para evaluar el Estado Nutricional.
- Escala analógica visual "EVA", para valorar el Dolor.
- Determinación de Hemoglobina en sangre, para la Anemia.
- Test de Goldberg, cribado Ansiedad-Depresión.

Una vez identificado el factor o los factores causales, se procederá a la elaboración de un plan de cuidados individualizado, basado en la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) y en la Clasificación de las Intervenciones de Enfermería (NIC).

Como se quiere representar en la diapositiva, el diagnóstico enfermero a tratar es la fatiga y el resultado que se desea obtener es la calidad de vida del paciente; sin embargo las intervenciones van encaminadas a actuar sobre los cuatro factores anteriormente comentados: hiponutrición, dolor, anemia y ansiedad-depresión, por lo que se necesita, además, especificar los indicadores de resultado de cada uno de ellos y la frecuencia con la que se evaluarán.

Según el factor causal que provoque la fatiga se aplicará un plan de cuidados específico, previamente diseñado por el equipo y que es modificable en función de las características que presente cada paciente.

En las siguientes diapositivas que les voy a mostrar, se reflejan los indicadores de resultados propuestos y la frecuencia de evaluación; así como las intervenciones enfermeras que se realizarán.

Señalar que tanto los resultados como las intervenciones propuestas son los que hemos considerado que se realizan con mayor frecuencia en este tipo de pacientes; pudiendo modificarse a partir de la valoración que se le realice al paciente al ingreso.

Comentar también que se han propuesto unos valores de resultado iniciales basándonos en la opinión de enfermeras expertas en el cuidado de este tipo de pacientes y unos valores finales que consideramos se llegarán a conseguir tras tratarlos con las intervenciones marcadas.

Para la Hiponutrición**,** el resultado propuesto es estado nutricional (1004), y los indicadores:

- 1004.02 Ingestión alimentaria y de líquidos, con un valor inicial de 3 (moderadamente comprometido) y un valor final de 5 (no comprometido). Lo evaluaremos c/ 24 hrs.
- 1004.04 Masa corporal, con un valor inicial de 2 (sustancialmente comprometido) y uno final de 4 (levemente comprometido). Lo evaluaremos c/ 7 días.
- 1004.06 Determinaciones bioquímicas, con un valor inicial de 2 (sustancialmente comprometido) y un valor final de 4 (levemente comprometido). Lo evaluaremos c/ 7 días.

Las intervenciones propuestas para la hiponutrición son:

- 5246-. Asesoramiento nutricional.
- 1100-. Manejo de la nutrición.
- 1056-. Alimentación enteral por sonda.
- 1200-. Administración de nutrición parenteral total.

Para el Dolor, el resultado propuesto es control del dolor (1605), y el indicador:

- 1605.11Refiere dolor controlado, con un valor inicial de 1 (nunca manifestado) y un valor final de 4 (con frecuencia manifestado). Lo evaluaremos c/24hrs.

Las intervenciones propuestas para el dolor son:

- 1400-. Manejo del dolor.
- 2210-. Administración de analgésicos.
- 2300-. Administración de medicación.

Para la Anemia el resultado propuesto es estado nutricional: determinación bioquímica (1005), y el indicador:

- 1005.04 Hemoglobina, con un valor inicial de 2 (desviación sustancial para el rango esperado) y un valor final de 5 (sin desviación del rango esperado). Lo evaluaremos c/ 4 días.

Las intervenciones propuestas son:

- 2300-. Administración de medicación.

- 0180-. Manejo de energía.
- 4030-. Administración de productos sanguíneos.

Para la Ansiedad, el resultado propuesto es control de la ansiedad (1402), y el indicador:

- 1402.17 Controla la respuesta de ansiedad, con un valor inicial de 2 (raramente manifestado) y un valor final de 4 (manifestado con frecuencia). Lo evaluaremos c/ 7 días.

Las intervenciones propuestas son:

- 5820-.Disminución de la ansiedad.
- 5240-. Asesoramiento.
- 4920-.Escucha activa.
- 2300-. Administración de medicación.

Para la Depresión, el resultado propuesto es, control de la depresión (1409), y el indicador:

- 1409.05 Ausencia de manifestaciones de una conducta depresiva, con un valor inicial de 2 (raramente manifestado) y un o final de 4 (manifestado con frecuencia). Lo evaluaremos c/ 7 días.

Las intervenciones propuestas son:

- 5270-. Apoyo emocional.
- 5330-. Control del humor.
- 2300-. Administración de medicación.

El resultado principal es calidad de vida (2000), y el indicador:

- 2000.12 Satisfacción con su estado actual de vida, con un valor inicial de 1 (extremadamente comprometida) y un valor final de 4 (levemente comprometida). Lo evaluaremos c/ 7 días.

Como conclusión y para terminar con la presentación decir que gracias a un plan de cuidados individualizado se pretende lograr:

- Un mayor rigor científico, pues realizamos un análisis causal de los factores relacionados.
- Un trato humano integral, enfocándolo desde un modelo de cuidados.
- Una mejora en la calidad de los cuidados enfermeros, usando el Sistema Estandarizado de Lenguaje Enfermero y la posibilidad de instaurar un plan de mejora de la calidad.

Observando en el paciente una actitud más positiva y una mayor sensación de bienestar, en definitiva una MEJORA EN SU CALIDAD DE VIDA, consiguiendo un producto enfermero final de calidad.

V SIMPOSIUM INTERNACIONAL DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

# FACTORES FISIOLÓGICOS Y SITUACIONALES MATERNOS PREDISPONENTES A LA FATIGA POSTPARTO

**M.E JULIA TERESA LÓPEZ ESPAÑA**

INSTITUCIÓN:

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA

DOMICILIO:
GONZALITOS 1500 COLONIA MITRAS CENTRO,
MONTERREY, NUEVO LEÓN, CODIGO POSTAL 64460.

LADA: 0183 TELEFONOS: 83-48-10-10 EXT.115
(LIC. JULIA TERESA LÓPEZ ESPAÑA)
CORREO ELECTRONICO: july0521@yahoo.com

## INTRODUCCIÓN

La fatiga ha recibido recientemente atención en aumento como un fenómeno importante para la enfermería y es digno de estudio, aceptado como un diagnostico de Enfermería en 1988 por la Clasificación de Diagnostico de Enfermería. Pues la fatiga ha sido reconocida como un estado que afecta la calidad de vida de aquellos que padecen de muchas diferentes condiciones de salud y enfermedad. Sin embargo la fatiga posparto ha sido poco estudiada en nuestro País por lo que este estudio servirá para describir que factores se relacionan más con la fatiga postparto y así comprender y ayudar las necesidades que tiene una mujer en el postparto.

Los nacimientos pueden ser por parto o por cesárea, el parto forma parte de un proceso fisiológico en el cual el útero se contrae, el cervix se ablanda y se abre, el feto desciende a través de la pelvis y la madre ayuda empujando para que salga al mundo un nuevo ser. Desde el punto de vista físico, el parto es un evento de tiempo limitado. Se ha cuantificado cuidadosamente en catorce hora el tiempo promedio de labor y parto en el caso del primero y ocho horas en las primíparas(Friderman,1999). Sin embargo el tiempo que la mujer pasa en el parto tiene un efecto prolongado aún después de que termina la experiencia física (Nichols,1999).

La fatiga ha sido considerada por la Asociación Norteamericana del Diagnostico de Enfermería (NANDA, 1999), como una sensación sostenida y abrumadora de agotamiento y disminución de la capacidad para el trabajo mental y físico a nivel habitual debido a los factores multicausales entre ellos esfuerzo físico y al cambio en las actividades diarias o falta de sueño.

Durante el parto se produce un desgaste energético importante, debido a la dilatación y borramiento y a la expulsión del feto. Después del parto algunas mujeres se sienten exhaustas y necesitan reposo, otras están eufóricas y llenas de energía psíquica, listas para contar su experiencia una y otra vez. A menudo la fatiga física tiene influencia sobre otras adaptaciones y funciones de la nueva madre, entre ellas esta el amamantar, debido a que la fatiga disminuye la producción de leche así como el cuidado de su hijo, ya que para la adaptación psicológica la mujer necesita mucha energía lo que dificulta la interacción madre-hijo (OLDS, 1995).

También se menciona que los niveles de fatiga en las mujeres postparto aumentaba a las semanas de parto, pero se reducía a las seis semanas; los factores asociados que se encontraron fueron la falta de sueño, el cuidado del recién nacido, menor ayuda domestica, menores ingresos de la familia y edad joven de la madre. (Gardner,1992) (Campbell,1991).

Se menciona que en muchas ocasiones lo que dificultaría el cuidado del recién nacido es la fatiga postparto (Klaus, Kenell, 1996).

Ante todo lo anterior se plantea la siguiente pregunta de investigación:

**¿Cuáles son los factores fisiológicos y situacionales maternos que predisponen a la fatiga postparto?**

## OBJETIVOS

**General:**

- **Determinar la predisposición materna de los factores fisiológicos y situacionales con la presencia de fatiga postparto.**

**Específicos:**

- Identificar la frecuencia de fatiga postparto.
- Describir los factores fisiológicos maternos que predisponen a la fatiga postparto.
- Describir los factores situacionales maternos que predisponen a la fatiga postparto.

## METODOLOGÍA

Tipo de Estudio: El estudio es descriptivo, longitudinal, (Polit y Hungler, 1997).

Universo: mujeres de postparto de un Hospital de 2do. nivel de atención. Muestra: no probabilística, por conveniencia.

La muestra se conformó de 34 mujeres de postparto.

Los Criterios de inclusión: fueron mujeres en el puerperio, fisiológico o quirúrgico, que tuvieran de 18 a 35 años, que supieran leer y escribir, y que vivieran en el área metropolitana de Monterrey

Los Criterios de Exclusión: fueron Mujeres con puerperio patológico, menores de 18 y mayores de 35 años, que fueran analfabetas, y que vivieran fuera del área metropolitana.

Material: se elaboró un instrumento por las autoras del estudio llamado "Cuestionario de factores fisiológicos y situacionales y fatiga postparto", en donde este consta de 3 partes: en la primera se tomó la cédula de identificación(siete preguntas), en la segunda los factores fisiológicos y situacionales(nueve y ocho preguntas)y en la tercera, la fatiga postparto (catorce).
Tiempo y costo: se realizó en el periodo agosto, al 31 de diciembre de 2001 teniendo un costo de diez mil seiscientos cincuenta y seis pesos($ 10, 656).

Procedimiento: Se pidió la autorización del comité de ética de la Facultad de Enfermería; al igual que a la Institución de 2do. nivel donde se llevó a cabo la investigación, aplicando primero una prueba piloto.
Luego se revisaron expedientes clínicos y se realizaron los cuestionarios a las mujeres puérperas, tomando en cuenta los criterios de inclusión. En las primeras 12hrs. postparto, se tomó la primera medición. Y posteriormente se le visitó(en su domicilio) y/o llamó por teléfono a la semana para la aplicación del instrumento(auto aplicable), para la segunda medición.
Al finalizar se le obsequió un tríptico sobre el cuidado del puerperio, dándole de igual manera una orientación de esta misma.

Los datos se procesaron mediante el paquete estadístico para las Ciencias sociales(SPSS).
Para obtener la muestra en la primera instancia se seleccionaron 46 pacientes, mujeres en postparto que aceptaron participar en el estudio. Sin embargo los resultados de las variables de interés del estudio corresponden a 34 mujeres en postparto que permanecieron en el estudio, y de los que se cuenta con dos mediciones.
De las 56 pacientes planeadas según el universo encontrado en el Hospital, por los criterios de inclusión y exclusión, solo 46 pacientes(mujeres en puerperio) aceptaron participar en el estudio, de las cuales se redujo la muestra a 34, pues 1 no acepto participar, 6 dijeron direcciones falsas, y 5 no se encontraron en su domicilio(esto fue en la segunda medición).

**RESULTADOS**

A continuación se darán los resultados descriptivos en porcentajes y frecuencias. Y en primera estancia los resultados del Alfa de Cronbach del instrumento de fatiga de la 1ª. Y 2ª. Medición. Se hablará de las estadísticas descriptivas, medidas de tendencia central, estadísticos inferenciales, regresión lineal, y la clasificación de fatiga postparto.

Confiabilidad del Instrumento Fatiga Postparto (CIFP).

Tabla I

| Instrumento | Medición | Numero de preguntas | Alfa de Cronbach |
|---|---|---|---|
| Fatiga postparto | (1a) | 15 preg. (de la x24 – x38 ) | .7755 |
| Fatiga postparto | (2a) | 15preg. (de la y24 – y38 ) | .8776 |

n=34

El Alpha de Cronbach del instrumento Fatiga Postparto de la primera medición con .7755 y en la segunda medición .8776 aceptable según Polit (2000).

Tabla 2
Datos descriptivos a la población del estudio.

Características Sociodemográficas

| Características | Frecuencias | Porcentaje |
|---|---|---|
| *OCUPACIÓN | | |
| Ama de casa | 33 | 97.1 |
| Obrera | 1 | 2.9 |
| *ESTADO CIVIL | | |
| Casada | 14 | 41.2 |
| Soltera | 3 | 8.8 |
| Unión libre | 16 | 47.1 |
| otro | 1 | 2.9 |
| *ESCOLARIDAD | | |
| Primaria | 17 | 50 |
| Secundaria | 12 | 35.3 |
| Comercial/técnica | 2 | 5.9 |
| Bachiller | 3 | 8.8 |
| *GESTAS | | |
| 1a. | 9 | 26.5 |
| 2da. | 12 | 35.3 |
| 3a. | 5 | 14.7 |
| + de 3 | 8 | 23.5 |
| *EDAD GESTACIONAL | | |
| De 36 a 42 semanas | 34 | 100 |

n=34

En esta tabla se muestran los datos descriptivos de la población de estudio. En las características sociodemografica que se encontraron de 34 mujeres que participaron en el presente estudio predominando las amas de casan con un 97.1 por ciento ,en el estado civil las de unión libre con un 47.1 por ciento. En la escolaridad predomino la primaria con un 50 por ciento, también estas mismas características predomino la mujer con dos gestas con un porcentaje de 35.3 por ciento, y el 100 por ciento con una edad gestacional de 36 a 42 semanas.

**Factores Fisiológicos**

Tabla 3

| Factores | Frecuencias | Porcentajes |
|---|---|---|
| TIPO DE TRABAJO DE PARTO | | |
| Espontaneo | 11 | 32.4 |
| Inducido | 9 | 26.5 |
| No aplica | 14 | 41.2 |
| HORAS DE TRABAJO DE PARTO | | |
| Menos de 5 hrs. | 13 | 38.2 |
| De 5 a 10 hrs. | 8 | 23.5 |
| De 11 a 20 hrs. | 5 | 14.7 |
| Más de 20 hrs. | 3 | 8.8 |
| No aplica | 5 | 14.7 |
| USO DE ANALGESICOS | | |
| Sí | 14 | 41.2 |
| No | 20 | 58.8 |
| TIPO DE PARTO | | |
| Parto normal | 15 | 44.1 |
| Parto normal Con fórceps | 4 | 11.8 |
| Cesárea | 15 | 44.1 |
| TIPO DE ANESTESIA | | |
| Ninguna | 5 | 14.7 |
| Local | 9 | 26.5 |
| Epidural | 20 | 58.8 |
| EPISIOTOMÍA | | |
| Si | 14 | 41.2 |
| No | 20 | 58.8 |
| DESGARROS | | |
| Si | 5 | 14.7 |
| No | 29 | 85.3 |
| TIPO DE ALIMENTACION AL R.N | | |
| Lactancia materna | 33 | 97.1 |
| Mixto | 1 | 2.9 |

n=34

CIFRA DE HEMOGLOBINA

| | Media | Mediana | Moda | Desviación Estándar | Min | Max. |
|---|---|---|---|---|---|---|
| CIFRA DE Hb | 11.035 | 10.90 | 10.3 | 1.306 | 8.8 | 13.6 |

N=34

En esta tabla se muestran las frecuencias y porcentajes que se obtuvieron de los factores fisiológicos. En la mayoría de las mujeres con un 41.2 por ciento no tuvieron trabajo de parto y las que si tuvieron con un 38.2 por ciento de menos de 5 horas, mientras que un 58.8 por ciento no usaron analgésicos. En el tipo de parto predominaron el parto normal y cesárea con una igualdad de 44.1 por ciento. En el tipo de anestesia destacó con un 58.8 por ciento la epidural, no se realizaron episiotomias también con un58.8 por ciento, ni desgarros con un 85.3 por ciento. En el tipo de alimentación al recién nacido se muestra que la lactancia materna obtuvo un 97.1 por ciento. Otro factor fisiológico es la cifra de hemoglobina en la cual se obtuvo una media de 11.035, un 10.3 en la moda, una mediana de 10.90, con un desviación estándar de 1.306 y con un valor máximo y mínimo de 8.8 y 13.6 respectivamente.

**Factores Situacionales**

Tabla 4

| Factores | Frecuencias | Porcentajes |
|---|---|---|
| EDAD | | |
| 18-20 | 6 | 17.6 |
| 21-25 | 16 | 47.1 |
| 26-30 | 8 | 23.5 |
| 31-35 | 4 | 11.8 |
| APOYO DEL ESPOSO DURANTE EL POSTPARTO | | |
| Si | 28 | 82.4 |
| No | 6 | 17.6 |
| APOYO DE LA ENFERMERA | | |
| Si | 33 | 97.1 |
| No | 1 | 2.9 |
| APOYO DEL MÉDICO | | |
| Si | 33 | 97.1 |
| No | 1 | 2.9 |
| CONTROL PRENATAL | | |
| Si | 25 | 73.5 |
| No | 9 | 26.5 |
| NÚMERO DE CONSULTAS | | |
| Menos de 5 | 7 | 20.6 |
| Más de 5 | 20 | 58.8 |
| No aplica | 7 | 20.6 |
| RECICBIÓ INFORMACIÓN SOBRE EL PARTO | | |
| Si | 12 | 35.3 |
| No | 22 | 64.7 |
| ACUDIÓ A CLASES DE PREPARACIÓN DE PARTO. | | |
| No | 43 | 100.0 |

n=34

En los factores situacionales lo que predomino la edad 21-25 con un 47.1 por ciento, teniendo apoyo del esposo durante el postparto con un 82.4 por ciento y un 97.1 por ciento de la enfermera y el médico.

En el control prenatal con un 73.5 por ciento con más de 5 consultas de un 58.8 por ciento. No informadas de lo que le iba a suceder en el parto fue de 64.7 por ciento y por ultimo con un 100 por ciento no acudió a clases para preparación del parto.

MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL PARA EL INDICE DE FATIGA POSTPARTO ( EN PRIMERA Y SEGUNDA MEDICIÓN)
Tabla5

| INDICE FATIGA | Mean | Mediana | Moda | Desviación Estandar | Min | Max. |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 42.9412 | 43.333 | 55.56 | 16.8861 | 13.33 | 71.11 |
| 2 | 29.6732 | 31.1111 | 31.11 | 18.0026 | 4.44 | 64.44 |

n=34

La siguiente tabla muestra los datos estadísticos del apartado de fatiga en la primera y, segunda medición , donde se observa el total de la muestra de 43 mujeres en postparto; se pude observar que en la primera medición la media es más alta que en la segunda medición.
Lo que indica que disminuye la fatiga a la semana.

**ESTADISTICO INFERENCIAL**

Hi.1: Algunos Factores Fisiológicos maternos predisponen la fatiga postparto.
No se encontró ningún factor materno fisiológico en la primera y segunda medición que fuera significativo

Hi.2: Algunos Factores situacionales maternos predisponen a la fatiga postparto.

| Modelo | Suma de cuadrados | Grados de libertad | Media de cuadrados | F | Sig. |
|---|---|---|---|---|---|
| Regresión | 1663.433 | 1 | 1663.433 | 5.894 | .021 |
| Residual | 9031.702 | 33 | 282.241 | | |
| Total | 10695.134 | 34 | | | |

EDAD

| Modelo | Suma de cuadrado | Grado de libertad | Media de cuadrados | F | Sig. |
|---|---|---|---|---|---|
| Regresión | 1001.426 | 1 | 1001.426 | 4.235 | .048 |
| Residual | 7566.330 | 33 | 236.448 | | |
| Total | 856.7756 | 34 | | | |

APOYO DE LA ENFERMERA

| Modelo | Suma de cuadrados | Grados de libertad | Media de cuadrados | F | Sig. |
|---|---|---|---|---|---|
| Regresión | 1001.426 | 1 | 1001.426 | 4.235 | .048 |
| Residual | 7566.330 | 33 | 236.448 | | |
| Total | 856.7756 | 34 | | | |

APOYO DEL MEDICO

Referente al los factores situacionales, se encontró que la edad fue significativa para la fatiga posparto

**CONCLUSIONES**

1. El tipo de fatiga postparto que predomino en las primeras 12 horas fue la moderada, mientras que a la semana fue la fatiga postparto leve.

2. De los factores situacionales maternos que predisponen a la fatiga postparto en las primeras 12 horas fueron el apoyo de la enfermera y el médico. Y a la semana la edad es la que predispone a la fatiga.

3. Los factores fisiológicos maternos no se encontró predisposición a la fatiga postparto.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Linda C. Pugh, Renee Milligan, A framework for the study of childbearing fatigue, Aspent Publisters, inc, Adv Nurs Sci, 1993.

2. Polit y Hungler, Investigación Científica en Ciencias de la Salud 5ª. Edición Interamericana, Mc Graw-Hill , México, D.F., 1997.

3. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de investigación para la Salud. 1987. Documento de la Secretaría de Salud.

4. Nort American Nursing Diagnosis Associatión. (Asociación Norteamericana del Diagnostico de Enfermería) NANDA Taxonomy I(rev.) St. Louis,Mo: Nort American Nursing Diagnosis Associatión, 1999.

5. Rubin R. Maternity nursing stopos too soon. Am J Nurs., 1975.

6. Fawcett J, York R. Spouses' physical and psychological symptoms during pregnancy and the postpartum. Nurs Res. 1986

7. Reeves N, Potempa K, Gallo A Fatigue in early pregnancy. J Nurse - Midwifery. 1991.

8. Milligan R, Kitzman H. Fatigue during pregnancy. Presented at Nursing Research Across the Life Span: Methods, Issues and Interventions; March 2, 1992, Baltimore, Md.

9. Gardner D. Fatigue in postpartum women. Appl Nurs Res. 1992.

10. Milligan R, Parks P, Lenz E. An analysis of postpartum period. In: Wang J, Simoni P, Nath C, eds. Vision of Excellence:The Decade of the Nineties. Charleston, W Va: West Virginia Nurses' Association Research Conference Grup;1990.

11. Fawcett J. Needs of cesarean biirth parents. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.1981.

12. Gardner DL, Campbell B. Assesssing postpartum fatigue. MCN. 1991
13. Larsen V. Stresses of the childbearing year. Am J Public. Health, 1966.

14. Rhoten D. Fatigue and the postsurgical patient. In:Norris C, ed. Concept Clarification in Nursing. Gaithersburg, Md: Aspen Publishers; 1982.

15. Hoffman LM. Effects of the first childer on the woman's role. In: Miller WB, Newman LI, eds. The First child and Family Formation. Chapel Hill, NC: Carolina Populattion Council; 1978.

16. Sally B. Olds, Marcia L. London, Patricia W. Ladewig, Enfermería Materno Infantil 4ª.Edición Mc Graw-Hill Interamericana, 1995.

**V Simposium Internacional de Diagnósticos de Enfermería**
**Palau de Congresos de Valencia**
**13 y 14 de mayo de 2004**

**Título:** Gestión de los sistemas de información enfermeros en el ámbito de la atención primaria

**Autor/es:** García-Abad Fernández, Miguel Ángel (2). Santamaria Garcia, Jose Maria (1); 1 Subdirector enfermería área 11 atención primaria IMSALUD; 2 enfermero EAP Fronteras II área 3 atención primaria IMSALUD.
**Dirección:** Carretera de Valdeavero nº 7 puerta 11, 19200 Azuqueca Henares -Guadalajara
**Teléfono:** 9492667107/605482476
**Correo Electrónico:** africaorea@jazzfree.com

**RESUMEN**

**INTRODUCCION:**

La OMS define como Sistema de Información el "mecanismo por el cual son recogidas, analizadas y difundidas las informaciones estadísticas necesarias a los planificadores sanitarios, que les permitan evaluar las prioridades y decidir la manera de satisfacer las necesidades prioritarias y gracias a las cuales los administradores serán capaces de medir después los resultados de la acción"

Debido al actual momento de " *crisis de los sistemas sanitarios públicos"* es necesario que los actuales modelos de gestión permitan una asignación eficiente de los recursos disponibles y una mejora tanto de los servicios como del grado de satisfacción tanto del usuario externo como del propio profesional sanitario, para ello es necesario el contar con potentes sistemas de información que nos permitan conocer tanto las prioridades como la forma de satisfacer las mismas

**OBJETIVOS:**

- General: Describir el sistema descentralizado de información de planes de cuidados en el E.A.P. Fronteras II.
- Específicos: Describir la estructura del sistema de información de planes de cuidados en el E.A.P. Fronteras II del Área 3 de Madrid. Analizar los datos obtenidos por el sistema de información de planes de cuidados en el E.A.P. Fronteras II del Área 3 de Madrid.

**MATERIAL Y METODOS:**

- Tipo de estudio: observacional-descriptivo-longitudinal.
- Tiempo de estudio: junio 2002-junio 2003
- Ámbito de estudio: EAP Fronteras II
- Sujeto de estudio: datos que comuniquen valores obtenidos en los distintos indicadores del sistema de información.
    1. Total de casos/enfermera
    2. Diagnósticos por áreas de cuidados
    3. Media / producto
    4. Tipo de consulta

**CONCLUSIONES:** En desarrollo.

V Simposium Internacional de Diagnósticos de Enfermería
Palau de Congresos de Valencia
13 y 14 de mayo de 2004

**Título:** Análisis e impacto de la configuración estructural y recursos disponibles en la resolución de los principales Diagnósticos de Enfermería detectados en la atención hospitalaria al inmigrante

**Autor/es:** ***Salvadores Fuentes, Paloma; Limia Redondo, Susana; Aguado González, Mª Gloria***

**Dirección: Facultad de Ciencias de la Salud. Avd. Atenas s/n 28922 Alcorcón (Madrid)**
**Teléfono: 914888836 / 630520454**
**Correo Electrónico: p.salvadores@cs.urjc.es**

**RESUMEN**

**INTRODUCCIÓN:** La aplicación de la Metodología de Enfermería es imprescindible para garantizar la continuidad de los cuidados del paciente.
Atendiendo a los planteamientos realizados por Madeleine Leiniger plasmados en su modelo de Enfermería Transcultural; *la práctica de los cuidados entre los seres humanos es un fenómeno universal, pero las expresiones, procesos y modelos de cuidados varían de una cultura a otra.* El sistema sanitario, y por tanto, el desarrollo de las intervenciones de enfermería tienen que adaptarse a esta realidad. Nuestro estudio partes del análisis de tres diagnósticos de enfermería que con mayor incidencia se dan en la atención al inmigrante, observando si los NIC formulados cuentan con una estructura y normalización de recursos que hagan posible cubrir los resultados esperados (NOC) marcados en el plan de cuidados.
Nuestro **objetivo** es conocer el grado de adecuación estructural de los centros hospitalarios públicos para poder alcanzar los resultados esperados, así como las intervenciones de enfermería en relación a los DdE más prevalentes en la población inmigrante
***Hipótesis:*** El sistema sanitarios presenta importantes deficiencias estructurales que inciden en los resultados esperados (NOC) de los Diagnósticos de Enfermería

**METODOLOGÍA:** Se ha realizado un estudio descriptivo sobre las condiciones estructurales y recursos hospitalarios que intervienen en la resolución de los DdE. El análisis se ha llevado a cabo a través de una ficha de observación en los hospitales públicos de la Comunidad de Madrid

**RESULTADOS:** Las hipótesis de nuestro estudio han sido confirmadas. Se aprecian importantes deficiencias. No hay una adaptación de los instrumentos propios que permitan resolver los DdE más comunes detectados.Nuestro estudio confirma las conclusiones presentadas en las VIII Jornadas Científicas de la Fundación Index: “Los diagnósticos de enfermería más prevalentes entre la población inmigrante se asocian a su cambio de medio social y cultural, así como a las condiciones de habitabilidad y trabajo en las que se desenvuelven, todo ello agravado por los problemas de comunicación debido a dificultades idiomáticas.”

**DISCUSIÓN y CONCLUSIONES:**
Nuestras instituciones, no están preparadas para ofrecer asistencia sanitaria a los inmigrantes.
El personal sanitario de las instituciones españolas forma parte del sistema médico occidental, que se nutre de la cultura globalizada, ajena a la multiculturalidad.
El personal de Enfermería debe trabajar en la construcción de herramientas e instrumentos que le permitan dar respuesta a los problemas de enfermería diagnosticados

V SIMPOSIUM INTERNACIONAL DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

# TAXONOMIA ENFERMERA EN LOS CUIDADOS INTERDISCIPLINARIOS AL RECIÉN NACIDO

**Consol Mendez i Vallejos, Dora Minoves i Fábrega**

consolmv@wanadoo.es

Enfermeras del Hospital del Mar, de Barcelona

**Innovación en el proceso de cuidar: conjunción de herramientas y saber.**
**Valencia – 13 y 14 de mayo de 2004**

## Introducción

El Hospital del Mar de Barcelona es un hospital general universitario con 428 camas y de nivel 2.

En el año 1.995 la Dirección de enfermería se propuso como uno de los objetivos de calidad, implantar las trayectorias clínicas y los planes de cuidados estandarizados.

Con ello se conseguían los siguientes objetivos:

-Elaborar unos instrumentos de trabajo que ayudaran y orientaran en la planificación de los cuidados de enfermería.

-Tener unas recomendaciones de actuación específicas para cada situación.

-Tener unos estándares de calidad consensuados y pactados con todo el eqipo asistencial, que permitieran evaluar la calidad de la asistencia y a partir de ahí plantearse objetivos de mejora.

Una vez definidos los objetivos, se elaboró el plan de trabajo, y se definió el modelo y la metodología.

Partiendo del criterio de que no se puede plantear una mejora asistencial sin la implicación y la participación de las personas que deben materializar esta mejora, se decidió que los prtocolos de los planes de cuidados y las trayectorias clínicas los elaborarían las enfermeras de las diferentes unidades, considerándolas como expertas en los cuidados de enfermería.

Se elaboró un programa de formación que se fue impartiendo a todo el personal de enfermeria del hospital.

Una vez impartida la formación a todo el equipo de enfermería de una misma unidad, se fueron creando grupos de trabajo con los profesionales de diferentes turnos en los que se fueron elaborando los planes de cuidados y las trayectorias clínicas así como protocolos para las intervenciones de enfermería y una hoja de recogida de datos para la valoración de enfermeria.

En la unidad de Neonatos trabajamos con trayectorias clínicas desde el año 1.997. En el año 2.000 se evaluaron, introduciendo elementos de mejora. Desde entonces trabajamos con la trayectoria clínica interdisciplinaria que os queremos mostrar con su evaluación y resultados.

## Objetivo

Presentar los resultados de la consecución de los objetivos formulados en las trayectorias clínicas y proponer elementos de mejora.

## Metodologia

Análisis de una muestra significativa de 125 trayectorias clínicas del año 2.003.

Encuesta a la totalidad de las enfermeras que trabajan con las trayectorias clínicas,12 personas.

Encuesta teléfonica a una muestra significativa de 125 usuarios, que está en fase de realización.

**Resultados**

**1. Grado de consecución de los objetivos de la trayectoria**

1.1. **Datos interdependientes**: En este apartado evaluamos si se han registrado en la trayectoria todos los datos de identificación del recién nacido, así como las pruebas complementarias, algunos tratamientos y controles habituales: identificación, fecha de nacimiento, hora de nacimiento, dias de estancia, incubadora, analíticas, diagnóstico precoz, peso, eliminación, glicemia capilar, vía venosa y fototerapia. Se ha cumplimentado en un 100% excepto en tres datos: fecha de nacimiento 87%, hora de nacimiento 77% y diagnóstico precoz 62,4%.

1.2. **Diagnósticos de enfermeria**. En este apartado evaluamos la consecución de los resultados esperados para cada diagnóstico de enfermeria formulado.

1.2.1. *El recién nacido no presentará lesiones cutáneas durante su ingreso,* consecución del 100%.

1.2.2. *Temperatura de 36,5ºC-37ºC la primera hora despues del nacimiento,* consecución del 70,4%.

1.2.3. *Mantenimiento de la temperatura corporal entre los parámetros antes descritos durante toda la estancia*, consecución del 98,4%.

1.2.4. *Coloración rosada y frecuencia respiratoria entre 40-60 por minuto,* consecución del 99,2%.

1.2.5. *Vias aéreas permeables*, consecución del 95,2%.

1.2.6. *Succión- deglución-respiración coordinada*, consecución del 97,6%.

1.2.7. *El recién nacido mostrará signos de tranquilidad*, consecución del 95,2%.

1.2.8. *El recien nacido tendrá una hidratación correcta*, consecución del 99,2%.

1.2.9. *La madre entiende correctamente las instrucciones dadas*, se ha valorado en un 53,4%.

1.3. **Individualización de la trayectoria clínica**. En este apartado evaluamos si se han detectado problemas y en ese caso si se han planificado actividades para resolverlos y se han registrado:

1.3.1. *Trayectorias clinicas con un problema* 15,2%.

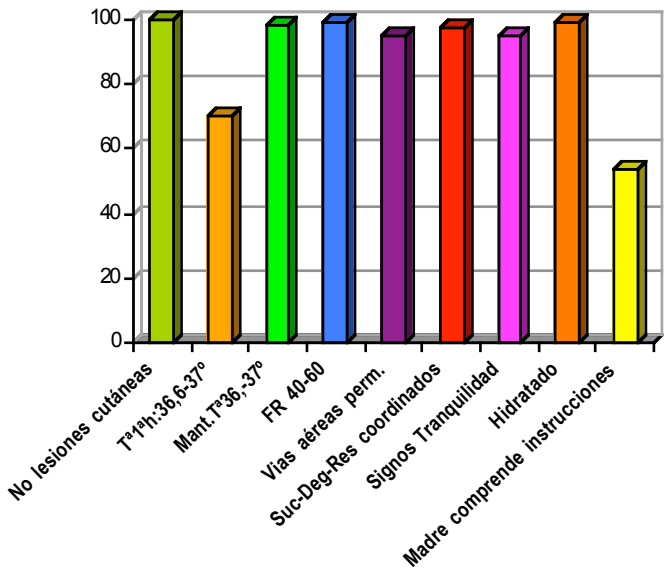
1.3.2. *Trayectorias clínicas con dos problemas* 4,8%.

1.4. **Identificación de enfermería con la firma** por turnos: turno mañana 95,42%, turno tarde 96,29%, turno noche 97,13%.

**1.5. Tabla de resultados**

| Datos interdependientes | Consecución | **Elementos de mejora** |
|---|---|---|
| Fecha de nacimiento | 87,2% | Si |
| Hora de nacimiento | 77,6% | Si |
| Diagnóstico precoz | 62,4% | Si |
| **Diagnósticos de enfermeria: objetivos** | | |
| 2.1 El R.N no presentará lesiones cutáneas durante el ingreso | 100% | No |
| 2.2 Temperatura36,5-37º C a la hora de nacer | 70,4% | Si |
| 2.3.Mantenimiento de la tra. Corporal 36,5-37ºC | 98,4% | No |
| 2.4.Coloración rosada y F.R. 40-60 | 99,2% | No |
| 2.5. Vias aéreas permeables. | 95,2% | No |
| 2.6. Succión-deglución respiración coordinadas | 97,6% | No |
| 2.7. El R:N: mostrará signos de tranquilidad. | 95,2% | No |
| 2.8. El R:N: tendrá una hidratación correcta | 99,2% | No |
| 2.9. La madre comprende las instrucciones dadas | 53,4% | Si |

**PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS DE LA TC**




2. **Opinión de las enfermeras que las utilizan.** Resultados de la encuesta realizada:

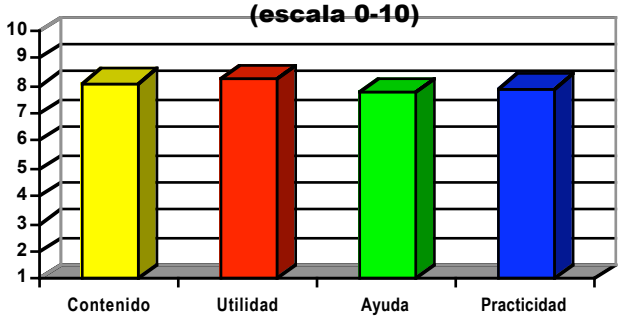
2.1. *El contenido de la trayectoria recoge toda la práctica enfermera*, 8,08 puntos.

2.2. *La trayectoria es util para la práctica diaria*, 8,25 puntos.

2.3. *La trayectoria ¿te ayuda a mejorar la calidad de los cuidados?,* 7,75 puntos.

2.4. *El formato del documento ¿es práctico para el trabajo diario?,* 7,91 puntos.

**OPINION DE LAS ENFERMER@S**
**(escala 0-10)**




3. **Grado de satisfacción del usuario/familia**. No podemos ofrecer resultados porqué está en proceso de realización.

4. **Propuesta de introducción de elementos de mejora**.

4.1. *Fecha y hora de nacimiento*. La importancia del registro en la trayectoria radica en que para la valoración de diferentes parámetros como puede ser la cifra de bilirrubina en sangre, la administración de gammaglobulinas o tratamiento farmacológico con antirretrovirales, la realización del diagnóstico precoz o análisis de sangre nos hemos de basar en la fecha y hora de nacimiento.

El problema es que es un dato que hay que registrar a mano porque los recién nacidos que no ingresan por patologia médica no tienen etiqueta de identificación.

La solución seria conseguir que todos los recién nacidos tuvieran etiqueta y que en estas constara aparte de la fecha de nacimiento también la hora.

4.2. *Diagnóstico precoz*. Se ha introducido una casilla específica de obligado registro en el anverso de la trayectoria clínica.

4.3. *Temperatura la primera hora desde el nacimiento*. Se han establecido medidas correctoras, ya que se han comprado unos saquitos especiales para envolver al bebé nada mas nacer para matener la temperatura corporal.En una nueva evaluación podremos comprobar la eficacia de la medida.

4.4. *La madre entiende correctamente las instrucciones dadas*. En este diagnóstico habia una mala interpretación del enunciado y se ha cambiado especificando en una casilla en el anverso las instrucciones sobre los cuidados y sobre el tratamiento.

5. **Conclusiones**:

El hecho de tener registros consensuados nos permite:

-Establecer criterios de calidad.

-Evaluar la calidad de los cuidados que ofrecemos a nuestros clientes.

-Reflexionar sobre nuestra práctica enfermera.

-Elaborar protocolos específicos para diferentes intervenciones de enfermeria.

Consideramos que la opinión de las enfermeras que utilizan las trayectorias es muy buena en todos los apartados.

La opinión de los usuarios está en proceso de realización.

Puntos de mejora:

-Sucesivas evaluaciones han permitido unificar todas las trayectorias anteriores en un solo documento

-Se han establecido medidas correctoras para resolver el problema de: “Hipotermia en la primera hora de nacimiento”.

-Se ha mejorado el diseño para registrar mejor todo los datos.

-Se ha introducido la codificación: NOC, NIC que creemos que en un futuro nos permitirà comparar nuestros resultados a los de otras instituciones.

-Se está iniciando el proceso de informatización en los centros del IMAS.