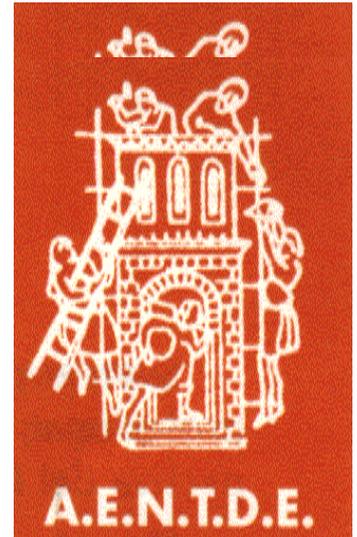


II Simposium Internacional de Diagnósticos de Enfermería

III Congreso Regional de Castilla y León

- Programa
- Comité de Honor
- Comité Organizador
- Comité Científico
- Talleres
- Conferencia inaugural
- Mesa redonda
- Comunicaciones Simultáneas
- Abstracts
- Posters
- Ponencias





A.E.N.T.D.E.



**ORGANIZACION
COLEGIAL DE ENFERMERIA**
CONSEJO DE COLEGIOS DE ENFERMERIA
CASTILLA Y LEON

**"II SIMPOSIUM INTERNACIONAL
DE DIAGNOSTICOS
DE ENFERMERIA"**

**"III CONGRESO REGIONAL DE
CASTILLA Y LEON"**

PROGRAMA

Valladolid 20, 21 y 22 de mayo de 1998



CARTA DEL PRESIDENTE DE LA JUNTA DE CASTILLA Y LEÓN

La profesión de enfermería es, sin duda, una de las más dinámicas en el contexto profesional de Castilla y León. Quizás el constante contacto con los problemas de salud de las personas les hace tener una especial sensibilidad para afrontar los retos y buscar las soluciones a los problemas.

En los últimos años la enfermería ha ido evolucionando, clarificando su identidad y ampliando su rol tradicional.

La introducción del proceso de atención de enfermería como medio de trabajo basado en el método científico ha supuesto una importante mejora en la eficacia de la enfermería.

Los Congresos no solamente sirven para actualizar los conocimientos sino para intercambiar experiencias que mejoren la práctica clínica.

Deseo a todos, tanto a los que trabajáis en el ámbito de esta Comunidad como a los que asistís de otras comunidades y países, el que al compartir ciencia y experiencia contribuyáis al desarrollo y bienestar de los ciudadanos.

Una firma manuscrita en tinta negra que parece decir "Juan José Lucas Giménez".

Juan José Lucas Giménez

Pte. de la Junta de Castilla y León



ORGANIZACIÓN
COLEGIAL DE ENFERMERÍA
CONSEJO DE COLEGIOS DE ENFERMERÍA
CASTILLA Y LEÓN

SALUDO DEL PRESIDENTE DEL COMITÉ ORGANIZADOR

En el Consejo de Colegios Profesionales de Enfermería de Castilla y León y en la Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería, hemos trabajado con ilusión durante meses para poder presentar un Congreso perfectamente organizado y que permite compaginar jornadas de elevado contenido científico con momentos culturales, de ocio y de diversión. Esperamos no defraudarles.

Los Diagnósticos de Enfermería son sin duda una herramienta imprescindible para el desarrollo de nuestra profesión. Las aportaciones internacionales al tema, así como el análisis de la situación de los diagnósticos en nuestro país nos servirán para ampliar conocimientos e intercambiar experiencias en algo fundamental para la Enfermería.

Deseo en nombre del Comité Organizador daros la bienvenida a este Congreso y a esta ciudad abierta y hospitalaria. Que los días que paséis con nosotros sean días llenos de satisfacciones. Si es así, habremos logrado todos nuestros objetivos.

Valladolid, 20 de mayo de 1998

Alfredo Escaja Fernández
Presidente del Comité Organizador



COMITÉ DE HONOR

Presidencia de Honor

Excmo. Sr. D. Juan José Lucas Giménez

Miembros

Excmo. Sr. D. Isaías García Monge

Delegado de Gobierno de Castilla y León

Ilmo. Sr. D. Fco. Javier León de la Riva

Alcalde de Valladolid

Excmo. Sr. D. José Manuel Fernández Santiago

Consejero de Sanidad y Bienestar Social

Excmo. y Magnífico Sr. D. Francisco Javier Álvarez Guisasaola

Rector de la Universidad de Valladolid

Ilmo. Sr. D. Máximo A. González Jurado

Presidente del Consejo General de Enfermería

Ilmo. Sr. D. José Antonio de Santiago - Juárez López

Secretario General de Sanidad y Bienestar Social

Ilmo. Sr. D. Ignacio Burgos Pérez

Director General de Salud Pública y Asistencia

Ilmo. Sr. D. Carlos Fernández Rodríguez

Director Provincial del INSALUD

Ilma. Sra. Dña. Esther Reyes Díez

Presidenta del Colegio Oficial de Enfermería de Burgos

Ilmo. Sr. D. Jesús Sierra Muñiz

Presidente del Colegio Oficial de Enfermería de León

Ilma. Sra. Dña. Carmen Barcena Calvo

Presidenta del Colegio Oficial de Enfermería de Palencia

Ilma. Sra. Dña. Carmen Sánchez Macarro

Presidenta del Colegio Oficial de Enfermería de Salamanca

Ilma. Sra. Dña. Pilar Martín López

Presidenta del Colegio Oficial de Enfermería de Segovia

Ilma. Sra. Dña. M^a Isabel Galán Andrés

Presidenta del Colegio Oficial de Enfermería de Soria

Ilma. Sr. D. Andrés Pérez Santamaría

Presidenta del Colegio Oficial de Enfermería de Zamora

Ilma. Sra. Dña. Mercedes Rafael

Presidenta de la Escuela Universitaria de Enfermería de Valladolid



ORGANIZACION
COLEGIAL DE ENFERMERIA
CONSEJO DE COLEGIOS DE ENFERMERIA
CASTILLA Y LEON

COMITÉ ORGANIZADOR Y CIENTIFICO

Comité Organizador

Presidente:

D. Alfredo Escaja Fernández

Secretaria:

D^a Carmen Vicente Toribio

Tesorera:

D^a Trinidad Rodríguez Sánchez

Vocales:

D^a Esperanza Ballesteros Pérez

D. José Castellanos González

D. Félix Carmelo García Martínez

D^a Julia López Ruiz

D. José Luis Nielfa Pascual

D^a Paloma Pellicer Garrido

D^a M^a Isabel Saracibar Razquín

Comité Científico

Presidenta:

D^a Mercedes Ugalde Apalategui

Vocales:

D^a Ramona Bernat Bernat

D. Adolf Guirao Goris

D^a Rosa Girbau García

D^a M^a Jesús Ladrón de San Ceferino

D^a María Puyo Casteñera

D. Fidel Rodríguez Rodríguez

D^a Pilar Vilagrasa Orti

D^a Araceli Tejedor Franco



A.E.N.T.D.E.

MIÉRCOLES 20 DE MAYO

09,00 - 10,00 h.	ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN DE TALLERES	SECRETARÍA (SEDE DEL CONGRESO)
10,00 - 16,00 h.	ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN	
10,00 - 13,00 h.	TALLER: "La Formación pre y postgrado en diagnósticos" Coordinadores: D. Adolf Guirao Goris Enfermero de Atención Primaria Murcia. Vocal de la AENTDE D. Enrique Pacheco del Cerro Director del Departamento de Enfermería. Madrid. Vocal de la AENTDE	SALA "A"
10,00 - 13,00 h.	TALLER: "Investigación en diagnósticos" Coordinadores: D. Rafael del Pino Coordinador de Enfermería. Linares (Jaén) Vocal de la AENTDE Dª Mercedes Ugalde Apalategui Profesora titular de la E.U. Enfermería de Barcelona Presidenta de la AENTDE Dª Amy Coenen Asesora Técnica del CIPE Consejo Internacional de Enfermeras	SALA "B"
16,00- 16,30 h.	ACTO INAUGURAL	AUDITORIO
17,00 - 18,00 h.	CONFERENCIA INAUGURAL: "CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE LA PRÁCTICA ENFERMERA" Ponente: Dª Amy Coenen Consejo Internacional de Enfermeras Asesora Técnica del CIPE Coordinadora: Dª Mercedes Ugalde Apalategui Presidenta de A.E.N.T.D.E.	AUDITORIO
18,00- 19,00 h.	COLOQUIO	AUDITORIO
19,30 - 20,00 h.	INAUGURACIÓN CERTAMEN DE PINTURA "El arte de cuidar"	SALA EXPOSICIONES

20,00 - 21,00 h. CONCIERTO MUSICA CASTELLANA "LA BAZANCA"

AUDITORIO

21,00 h. COKTAIL DE BIENVENIDA

PALACIO DE
CONGRESOS

JUEVES, 21 DE MAYO

09,00 - 10,15 h. NUEVAS PERSPECTIVAS DE LA TAXONOMÍA DE LA NANDA

Ponente: **D^a Judith Warren**

Presidenta de la NANDA - Asociación Norteamericana de diagnósticos de Enfermería

Coordinadora: **D^a Assumpta Rigol i Cuadra**

Profesora titular de E.U. de Enfermería de Barcelona
Secretaria de la AENTDE

AUDITORIO

10,15 - 11,00 h. COLOQUIO

AUDITORIO

11,00 - 11,30 h. DESCANSO - CAFÉ

11,30 - 12,30 h. MESA REDONDA: **DIAGNÓSTICOS ENFERMERO
COMO INSTRUMENTO DE TRABAJO EN LA ATENCIÓN
HOSPITALARIA**

Ponentes:

D^a Rosario Serrano Sastre

Directora de Enfermería. Clínica Universitaria de Navarra
Supervisora área de investigación de Enfermería

D^a Lidia Marbá Más

Supervisora Unidad de Traumatología
Consorci Sanitari de Mataró - Barcelona
Responsable de evaluación de planes de cuidados

D^a M^a Jesús Ladrón de San Ceferino

Supervisora de Cardiología
Hospital del Río-Hortega de Valladolid
Profesora asociada E.U.E. de Valladolid

Coordinadora:

D^a Araceli Tejedor Franco

Supervisora unidad. Hospital Río-Hortega de Valladolid
Profesora asociada E.U.E. de Valladolid

AUDITORIO

12,30-13,30 h. COLOQUIO

AUDITORIO

13,30 -16,00 h. COMIDA DE TRABAJO

HOTEL FERIA



16,00 - 17,00 h.

**MESA REDONDA: DIAGNÓSTICO ENFERMERO
COMO INSTRUMENTO DE TRABAJO EN
LA ATENCIÓN COMUNITARIA**

Ponentes:

D. Juan Luis Badallo León

Coordinador de grupo de trabajo "Diagnósticos de Enfermería". Gerencia del INSALUD - Valladolid este.
Experto en Salud Comunitaria

Dª Elena Martín Robledo

Directora de Enfermería. Atención Primaria. Area 10
Centro de Salud Juan de Cierva - Madrid

D. Antonio Rodríguez López

Vicepresidente Colegio Oficial de Gerona
Adjunto de enfermería. Area Básica de Roses - Gerona

Coordinador:

D. Fidel Rodríguez Rodríguez

Secretario del Consejo de Colegios de Profesionales de
Diplomados de Enfermería de Castilla y León
Presidente del Colegio Oficial de Enfermería de Ávila

AUDITORIO

17,00 - 18,00 h.

COLOQUIO

AUDITORIO

18,00 - 18,30 h.

DESCANSO CAFÉ

18,30 - 20,00 h.

**COMUNICACIONES SIMULTANEAS: "LOS DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMERÍA DESDE LA PERSPECTIVA DE LA DOCENCIA
ASISTENCIAL"**

Coordinadora: **Dª Dosi Bardaji Fandos**

Profesora asociada E.U. Enfermería de Barcelona

18,30 h.

**"Los Diagnósticos de Enfermería. Valoración y percepción
de los estudiantes de Enfermería"**

Autores: Serrano I. /García A. /Navarro Mª E. /Trigoyen I.

SALA "A"

18,40 h.

"Un nuevo enfoque en la alteración de la porteccción"

Autores: Ruiz Mª L. /Bilbao C. /Rodríguez C.
/Rizo P. /Saez A. /Porras A.

18,50 h.

**"El Diagnóstico Enfermero, un nexa entre la docencia
y la asistencia"**

Autores: Rodríguez C. /Guerrero C. /Ruiz Mª L. /Calva E.
/Dominguez C. /Toronjo A.

- 19,00 h.** "Evaluación de la aplicación del P.A.E. en los estudiantes de Enfermería en su práctica clínica"
Autores: Zaragoza A. /Narvaiza M^º I. /Udobre R. /Senosiain J. M^º
- 19,10 h.** "Estrategias de intervención para el desarrollo profesional"
Autores: Acebedo S. /Rodero V. /Vives C.
- 19,20 h.** "Método para la estandarización de planes de cuidados enfermeros en base a Diagnósticos de Enfermera en el Hospital Municipal de Badalona y E.U.I. de Sant Joan de Deu"
Autores: Pérez P. /Ortega L.
- 19,30 - 20,00 h.** COLOQUIO
- 18,30 - 20,00 h.** COMUNICACIONES SIMULTANEAS: "LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA Y ANTECEDES HISTÓRICOS"
Coordinadora: D^º Pilar Vilagrasa Ortí
Directora de la revista Enfermería Clínica
- 18,30 h.** "Diagnósticos Enfermero en Diabéticos controlados en Atención Primaria"
Autores: Duarte G. /Montesinos N.
- 18,40 h.** "Los Diagnósticos de Enfermería en Atención Primaria de Segovia"
Autores: Vación M^º T. /Gordaliza T.
- 18,50 h.** "Diagnósticos de Enfermería en niños de 2 a 5 años incluidos en el Programa del niño sano"
Autores: Pérez G. /Duarte G. /Montesinos N.
- 19,10 h.** "Evaluación histórica del Diagnóstico de Enfermería en España"
Autores: Pérez Fco. J. /Castro M^º P. /Sánchez A.
- 19,20h.** "Ecos de los Diagnósticos de Enfermería en las publicaciones de Enfermería"
Autores: Barquera A. /Márquez M. /Carrasco M. /MacíasA./ Feria D.
- 19,30 - 20,00 h.** COLOQUIO
- 20,30 h.** ACTO CULTURAL
Cuadro Lírico de Castilla y León "Tomás Breton"

SALA "A"

SALA "B" Y
SALA "C"

SALÓN DE
ACTOS.
PALACIO DE
CONGRESOS



VIERNES, 22 DE MAYO

- 09,30- 10,30 h.** **DIAGNÓSTICOS, INTERVENCIONES Y RESULTADOS AUDITORIO PARA MEJORAR LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN AL USUARIO"**
Ponente: **D^a M^a Paz Mompert García**
Profesora titular de la E.U. Enfermería y Fisioterapia de Castilla la Mancha
Coordinadora: **D^a Esperanza Ballesteros Pérez**
Profesora titular de la E.U.E. de Barcelona
Secretaría del Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona
- 10,30- 11,30 h.** COLOQUIO
- 11,30 - 12,00 h.** DESCANSO - CAFÉ
- 12,00-13,30 h.** **PROPUESTAS PARA EL DESARROLLO AUDITORIO PROFESIONAL**
Ponente: **D^a Julia López Ruiz**
Profesora titular de la E.U.E. de Barcelona
Tesorera de A.E.N.T.D.E.
Coordinadora: **D^a M^a Isabel Saracibar Razquin**
Directora E.U. Enfermería de Navarra
Vocal de AENTDE
- 13,30 -14,00 h.** COMIDA DE TRABAJO
- 16,00 -18,00 h.** **COMUNICACIONES SIMULTANEAS: "LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA Y HOSPITALARIA"**
Coordinadora: **D^a María Puyo Catañera**
Enfermera de Cuidados Intensivos
Hospital San Pablo de Barcelona
- 16,00 h.** **"El consenso como estrategia de implementación del Diagnóstico Enfermero"**
Autores: Duarte G. /Montesinos N.
- 16,10 h.** **"Cuidados a pacientes diabéticos en hospitalización a domicilio"**
Autor: Fernández R.
- 16,20 h.** **"Estudio de 2 Diagnósticos de Enfermería: Alteración de los patrones de sexualidad y temor en una paciente"**

AUDITORIO

AUDITORIO

AUDITORIO

HOTEL FERIA

SALA "A"

de 23 años (ABS), tratada con braquiterapia en docavitan a'

Autores: Brao I. /Arnaiz G. / Bellobl C. /Sanchez A.

16,30 h.

"Análisis de la ansiedad en un paciente con un proceso tumoral"

Autores: Sainz A. /Costa C. /Alcalá A. /Manjavacas A.

16,40 h.

"Aplicación de una metodología de Diagnósticos enfermeros en una zona básica de salud"

Autores: Fernández P. /Gómez C. /Martínez A. /Rico M. /Urrea M.L.

16,50 h.

"El proceso desde el principio hasta lograr que del diagnóstico sea un instrumento de trabajo"

Autores: Carrascal E. /Tina P. /Saradbar I. /Serrano R.

17,00 h.

"¿Identificar el estadio de cambio de la conducta humana, permite adecuar las intervenciones para el mantenimiento de la salud?"

Autores: Beortegui E. /Canga N. /Henríquez M^a A. /Martínez A.

17,10 -17,40 h.

COLOQUIO

16,00 - 18,00 h.

COMUNICACIONES SIMULTANEAS: **"LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA DESDE LA ATENCIÓN HOSPITALARIA"**

Coordinadora: D^a Esther Reyes Diaz

Presidenta del Colegio Oficial de Enfermería de Burgos

16,00 h.

"Diagnóstico de fatiga: Estudio comparativo en niños oncológicos"

Autores: Navarro M^a E. /Irigoyen M^a I. /Iriarte E. /Achezarreta S.

16,10 h.

"Introducción del uso del diagnóstico de enfermería en un servicio de urgencias"

Autores: Pensado H. /Candela M.D. /Chamorr A. /Fernández L. /Hernández C. /Martínez A.

16,20 h.

"Nivel de cuidados y diagnósticos de enfermería relacionados con 12 G.R.D." (resultados preliminares)

Autores: Ferrús L. /Pintado, D. /Sánchez, L. /González,R. /Honrado, G. /Martos, C /Richart, D. /Torrent, A.

SALA "A"

SALA "B"



- 16,30 h.** "Plan de cuidados en el paciente con patología tráquea bronquial, durante la fotorresección con láser"
Autores: Peña, I. /García, M.
- 16,40 h.** "Planes de cuidados estandarizados a las personas intervenidas de prótesis total de rodilla"
Autores: Marín, I. /Fuchs, E. /Pajín, M. A. /Soriano, E. /Escolano, M.
- 16,50 h.** "Diagnósticos de enfermería más frecuentes en niños hospitalizados en una unidad de traumatología"
Autores: Pérez, P. /Ramió, A. /Fernández, M. /Santaliestra, T. /Agusífn, C./Tordera, J.
- 17,00 h.** "A.V.V. Diagnóstico de enfermería y tiempo de cuidados" (resultados preliminares)
Autores: Ferrús, L. /Sánchez, L. /Pintado, D. /Honrado, G. /González, R. /Caro, B. /Losilla, B
- 17,10 -17,40 h.** COLOQUIO
- 16,00- 18,00 h.** COMUNICACIONES SIMULTANEAS: "LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA DESDE LA ATENCIÓN HOSPITALARIA"
Coordinadora: D^a Carmen Barcena Calvo
Presidenta del Colegio Oficial de Enfermería de Palencia
- 16,00 h.** "Diagnóstico enfermero y planes de cuidados en la práctica asistencial"
Autores: Rodríguez, M. /Durán, A. /Ecija, P. /Giró, D. /Minchola, S. /Vas, N.
- 16,10 h.** "Los diagnósticos de Enfermería en Atención Hospitalaria, situación actual en Murcia"
Autores: Almansa, P. /García, I. /Marín, F. /Hermoso, S.
- 16,20 h.** "Los diagnósticos de enfermería como herramienta de gestión"
Autores: Pérez, Y. /Brea P.
- 16,30 h.** "Plan de cuidados estandarizados: E.P.O.C."
Autores: Roviralta, J.M. /García, M^a A.

SALA "B"

SALA "C"

16,40 h. "Adaptación de los diagnósticos de enfermería elaborados en 1986 por la División de la Salud Mental y Psiquiatría (dependiente del la A.N.A) a una sala de psiquiatría de un Hospital General Universitario"
Autores: Cotanda, S. /Aguilera, A. /Heliodoro, F.

16,50 h. "Las competencias de Enfermería se ven clarificadas con las etiquetas diagnósticas y su empleo permite identificar etiquetas no válidas"
Autores: Oteiza, M. /Mendiluce, N. /Tanco, G. /Urdanoz, Ma J. /Carrascal, E.

17,00 - 17,30 h. COLOQUIO

18,00 h. ASAMBLEA GENERAL ORDINARIA DE LA A.E.N.T.D.E.

20,00 h. CLAUSURA (ADIOS)

22,00 h. CENA DE CLAUSURA

SALA "C"

AUDITORIO

AUDITORIO

HOTEL FERIA

RECOMENDACIONES

Para el perfecto desarrollo del congreso deberán cumplirse las siguientes normas:

- Será necesario para acceder a cualquier actividad del Congreso, llevar visible la acreditación entregada en Secretaría con la documentación, pudiendo ser exigida por cualquier persona del Comité Organizador.
- Una vez que haya comenzado las Ponencias, no deberá haber ninguna persona por el hall y no se podrá acceder a la sala hasta que haya finalizado la Ponencia.
- Recuerde que el teléfono móvil deberá ser apagado al entrar en las salas de conferencias.
- Está rigurosamente prohibido fumar en todas las salas.
- Para cualquier problema o duda que surja, dirigirse a la Secretaría, donde se le informará del responsable de cada área.

LAS INVITACIONES PARA LA CENA DE CLAUSURA DEL DÍA 22 DE MAYO DE 1998, SE DEBERÁN RECOGER EN SECRETARÍA EL DÍA 21 DE MAYO ANTES DE LAS 14:00 HORAS

EXPOSICIÓN DE CARTELES

Los carteles se expondrán en el hall junto a las salas A, B, C y sala de exposiciones

ENTIDADES COLABORADORAS

El Comité Organizador del "II Simposium Internacional de Diagnósticos de Enfermería" y "III Congreso Regional de Castilla y León" desea agradecer la colaboración prestada a las siguientes instituciones y empresas:

ECMO. AYUNTAMIENTO DE VALLADOLID

EXMA. DIPUTACIÓN DE VALLADOLID

CONSEJERIA DE SANIDAD Y BIENESTAR SOCIAL

DE LA JUNTA DE CASTILLA Y LEON

CAJA ESPAÑA

BANCO POPULAR ESPAÑOL

REVISTA ROL

DOYMA

SEGUROS CUADAL

FUNDACION SALUD Y SOCIEDAD

DIRECCIONES DE INTERÉS

Sede del Congreso.

Centro de Congresos "Institución Ferial"
Avda. Ramón Pradera, s/n 47009 Valladolid

Secretaría Técnica

Santiago, 22 - Patio las Tabas - local 40
47001 Valladolid
Telf: 983 37 79 99 - Fax: 983 35 03 88

Hospital del Río-Hortega

Avda. Santa Teresa, s/n 47010 Valladolid
Telf: 983 42 04 00

Hospital Clínico Universitario

Avda. Ramón y Cajal, 5 47011 Valladolid
Telf: 983 42 00 00

Estación de autobuses

Telf: 983 23 63 08

Aeropuerto de Villanubla

Telf: 983 41 54 00

RENFE

Telf: 983 20 02 02

Hotel "La Vega" ****

Avda. Salamanca, Km.131 47195 Valladolid
Telf: 983 40 71 00

Hotel "Olid Melia" ****

Plaza San Miguel, 10 47003 Valladolid
Telf: 983 35 72 00

Hotel "NH Ciudad de Valladolid" ****

Avda. Ramón Pradera, 1012
47009 Valladolid Telf: 983 35 11 11

Hotel "Felipe IV" ****

Gamazo, 16 47004 Valladolid
Telf: 983 30 70 00

Hotel "Melia Parque" ***

Joaquín García Morato, 17 47007 Valladolid
Telf: 983 22 00 00

Hotel "Feria"

Avda. Ramón Pradera, s/n 47009 Valladolid
983 33 32 44

Ayuntamiento de Valladolid

Plaza Mayor, 1 47001 Valladolid
Telf: 983 42 61 00

**Declarado de Interés Sanitario
por la Consejería de Sanidad y Bienestar Social
de la Junta de Castilla y León**

SEDE DEL CONGRESO:

Centro de Congresos
"Institución Ferial"
Avda. Ramón Pradera, s/n
47009 Valladolid

ORGANIZA:

"Consejo de Colegios de Profesionales de Diplomados
de Enfermería de Castilla y León"

y

"Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y
Diagnósticos de Enfermería"

COMITÉ DE HONOR

Presidente de Honor

Excmo. Sr. D. Juan José Lucas Giménez

Miembros

Excmo. Sr. D. Isaías García Monge

Delegado de Gobierno de Castilla y León

Ilmo. Sr. D. Fco. Javier León de la Riva

Alcalde de Valladolid

Excmo. Sr. D. José Manuel Fernández Santiago

Consejero de Sanidad y Bienestar Social

Excmo. y Magnífico Sr. D. Francisco Javier Álvarez Guisasola

Rector de la Universidad de Valladolid

Ilmo. Sr. D. Máximo A. González Jurado

Presidente del Consejo General de Enfermería

Ilmo. Sr. D. José Antonio de Santiago – Juárez López

Secretario General de Sanidad y Bienestar Social

Ilmo. Sr. D. Ignacio Burgos Pérez

Director general de Salud Pública y Asistencia

Ilmo. Sr. D. Carlos Fernández Rodríguez

Director Provincial del INSALUD

Ilma. Sra. Dña. Esther Reyes Díez

Presidenta del Colegio Oficial de Enfermería de Burgos

Ilmo. Sr. D. Jesús Sierra Muñiz

Presidente del Colegio Oficial de Enfermería de León

Ilma. Sra. Dña. Carmen Barcena Calvo

Presidenta del Colegio Oficial de Enfermería de Palencia

Ilma. Sra. Dña. Carmen Sánchez Mancarro

Presidenta del Colegio Oficial de Enfermería de Salamanca

Ilma. Sra. Dña. Pilar Martín López

Presidenta del Colegio Oficial de Enfermería de Segovia

Ilma. Sra. Dña. Isabel Galán Andrés

Presidenta del Colegio Oficial de Enfermería de Soria

Ilmo. Sr. D. Andrés Pérez Santamaría

Presidente del Colegio Oficial de Enfermería de Zamora

Ilma. Sra. Dña. Mercedes Rafael

Presidenta de la Escuela Universitaria de Enfermería de Valladolid

“II Simposium Internacional de Diagnósticos de Enfermería”

“III Congreso Regional de Castilla y León”

AENTDE

COMITÉ ORGANIZADOR

Presidente

D. Alfredo Escaja Fernández

Secretaría

Dña. Carmen Vicente Toribio

Tesorera

Dña. Trinidad Rodríguez Sánchez

Vocales

Dña. Esperanza Ballesteros Pérez

D. José Castellanos González

D. Félix Carmelo García Martínez

Dña. Julia López Ruiz

D. José Luis Nielfa Pascual

Dña. Paloma Pellicer Garrido

Dña. M^a Isabel Saracibar Razguin

COMITÉ CIENTÍFICO

Presidenta

Dña. Mercedes Ugalde Apaategui

Vocales

Dña. Ramona Bernat Bernat

Dña. M^a Jesús González Sánchez

D. Adolf Guirao Goris

Dña. Rosa Girbau García

Dña. M^a Jesús Ladrón de San Ceferino

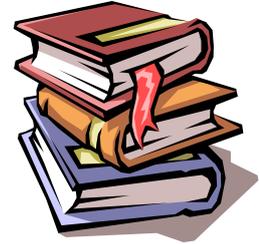
Dña. María Puyo Castañera

D. Fidel Rodríguez Rodríguez

Dña. Pilar Vilargrasa Orti

Dña. Araceli Tejedor Sánchez

Talleres



- ❖ “La formación pre y postgrado en diagnósticos de enfermería”
- ❖ “Investigación en diagnósticos”



**ORGANIZACION
COLEGIAL DE ENFERMERIA**
CONSEJO DE COLEGIOS DE ENFERMERIA
CASTILLA Y LEON

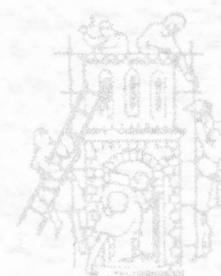
**"II SIMPOSIUM INTERNACIONAL DE DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA"
"III CONGRESO REGIONAL DE CASTILLA Y LEON"
Valladolid 20, 21 y 22 de mayo de 1998**



A.E.N.T.D.E.

TALLER DE FORMACIÓN

«Situación actual de la formación
pregrado y postgrado»



AENTDE

ÍNDICE

- Presentación del Taller
- Documentación de apoyo
 - La formación postgrado
 - La formación en España
 - Recomendaciones de la AFEDI respecto al acreditarse y un análisis de los diagnósticos enfermeros
 - Cuando estamos atascado de "Volver" sobre la situación de la enseñanza de los diagnósticos.
- La formación postgrado
 - La formación en España
 - Recomendaciones de la AENTDE
 - La figura del consultor experto en diagnósticos de enfermería
- Condiciones para el taller
- Evaluación del taller
- Perfil de los asistentes
 - Formulario de inscripción en el grupo de formación de la AENTDE
- Documentos de interés: Errores diagnósticos comunes, The Quality Audit Tool (Herman, 1994) y Guión Visual Metaphor (Jeffreys, 1993).

1. PRESENTACIÓN DEL TALLER

Entre los fines de la AENTDE se encuentran contribuir al desarrollo de una terminología enfermera y fomentar y promover entre los profesionales el conocimiento, el desarrollo y el uso de los diagnósticos enfermeros en todos los ámbitos enfermeros y en especial en el ámbito hospitalario. Dentro de una estrategia que conduzca al logro de estos fines la formación es una pieza clave.

El objetivo del taller de formación es proporcionar a los asistentes una formación para la formación en diagnósticos enfermeros, tanto en el pregrado como en el postgrado, así como el papel que ha de desempeñar la AENTDE en la formación de enfermería.

Este taller se propone crear un grupo de formación de enfermería en diagnóstico por colegas que estén interesados en el tema y que deseen mejorar su docencia de los diagnósticos enfermeros.

En este taller se pretende crear un grupo de formación de enfermería en diagnóstico por colegas que estén interesados en el tema y que deseen mejorar su docencia de los diagnósticos enfermeros.

Coordinación:
 Enrique Pacheco
 Adolf Guirao

Han colaborado en la elaboración de este documento:

- Gonzalo Duarte
- M^a Isabel Saracibar
- Mercedes Ugalde
- Esperanza Ballesteros
- Asumpta Rigol
- Julia López
- Rafael del Pino

Agradecimientos:
 Juan Ramón López Hernández



UNIVERSITAT DE BARCELONA

Centre de Recursos per a l'Aprontatge i la Investigació

Biblioteca de Belitge



AENTDE

“La formación pre y postgrado en diagnósticos”

- Presentación del Taller
- Documentación de apoyo.
 1. La formación pregrado
 - La situación en España
 - Recomendaciones de la AFEDI respecto al aprendizaje y enseñanza de los diagnósticos enfermeros
 - Dónde estamos; artículo de Weber sobre la situación de la enseñanza de los diagnósticos.
 - Documentos de interés: Errores diagnósticos comunes; The Quality Audit Tool Herman, 1994) y Guided Visual Metaphor (Jeffreys, 1993).
 2. La formación postgrado
 - La situación en España
 - Recomendaciones de la AENTDE
 - La figura del consultor experto en diagnósticos de enfermería
- Cuestiones para el taller.
- Evaluación del Taller.
- Perfil de los asistentes.
 1. Formulario de inscripción en el grupo de formación de la AENTDE

● Presentación del taller

Entre los fines de la AENTDE se encuentran: contribuir al desarrollo de una terminología enfermera y fomentar y promover entre los profesionales el conocimiento, el desarrollo y el uso de los diagnósticos enfermeros en todos los ámbitos enfermeros y en especial en el ámbito asistencial. Dentro de una estrategia que conduzca al logro de estos fines la formación es una pieza clave.

El objetivo del taller de formación es proporcionar a los asistentes una breve visión de como está la formación en diagnósticos enfermeros, tanto en el pregrado como en postgrado, y debatir cual puede ser el papel que ha de desempeñar la AENTDE en la formación sobre diagnósticos enfermeros.

Como fin último de este taller se pretende crear un grupo de formación dentro de la AENTDE compuesto por colegas que estén interesados en el tema y que a medio plazo trabajarían en la definición de normas de calidad para la docencia de los diagnósticos enfermeros o los criterios de una futura acreditación de cursos por parte de la AENTDE, entre otros temas.

Estructura del taller

El taller se ha organizado de modo que los responsables del mismo harán un breve análisis de la formación pregrado y postgrado. Se plantearán unas cuestiones para debatir en pequeños grupos de 5-7 personas y se elaborarán unas conclusiones tras un período de debate.

Así mismo se proporciona como material de apoyo documentación que puede ser de interés para los asistentes al taller.

Horario

10:00 Presentación del taller.

10:10 Exposición: La formación pregrado. Quique explica la primera parte del documento con el planteamiento de la primera batería de preguntas para el debate.

10: 20 Exposición: La formación postgrado. Adolf explica la segunda parte del documento con el planteamiento de la segunda batería de preguntas para el debate. Estas dos fases se podría sumar siendo solamente uno el que explicase ambas partes.

10: 30 División en grupos (de 5 a 7 personas dependiendo del número de asistentes).

10: 40 Trabajo en grupo.

- Presentación de cada integrante del grupo y elección de secretario-portavoz y de moderador de cada grupo (50 minutos).

El moderador del grupo hará un ronda de palabra entre todos los integrantes del grupo dando 5 minutos a cada uno y asegurará que todos los integrantes del grupo puedan intervenir.

El secretario portavoz recogerá las conclusiones del grupo y las expondrá para un debate posterior entre todos los asistentes al taller. Junto a los responsables de grupo elaborarán las conclusiones del taller.

- Elaboración conclusiones de grupo. El secretario portavoz tomará nota de las conclusiones. (15 minutos)

12:00 Puesta en común de conclusiones de grupo por parte de los portavoces de cada grupo y debate entre los asistentes al taller.

12: 15 Elaboración de conclusiones definitivas del taller (Entre secretarios de cada grupo y responsables del taller)

12:30 Lectura conclusiones definitivas y constitución del grupo de formación de la AENTDE.

Documentación de Apoyo

1. La formación pregrado

La situación en España:

La enseñanza universitaria, sus planes de estudio se encuentra regulada por las directrices generales de los planes de estudios, y enmarcadas dentro de la ley de autonomía universitaria. De acuerdo a este marco de referencia, se capacita a las Universidades el establecer el perfil propio a cada titulación., con el fin de garantizar un núcleo común a los títulos de reconocimiento a nivel nacional, se establecen las directrices generales propias de cada titulación; en síntesis, establecen los contenidos, estructurados en asignaturas, que como mínimo deben encontrarse incluidos en cada uno de los planes de estudio de referencia que desarrolle cada Universidad.

Esta característica hace que aun cuando los contenidos especificados en las directrices generales se encuentran incluidos en todos los planes de estudios, existe una gran diversidad de planes de enfermería, debido principalmente la perfil que y características que cada universidad le confiere.

Otro aspecto son precisamente los contenidos; en las directrices generales propias se definen, como se ha comentado, las asignaturas mínimas que deben contener todos los planes de estudio de Enfermería; pero a la vez vienen definidos los descriptores de cada una de ellas. Los descriptores son los contenidos que hay que abordar en esa asignatura.

De todos los descriptores de las asignaturas troncales (definidas en las directrices generales) solamente en la asignatura fundamentos de enfermería se incluye: «Metodología de enfermería. Proceso de enfermería»; por lo que se puede entender incluido los diagnósticos enfermeros. En el resto de los descriptores hace referencia a contenidos científicos necesarios para desarrollar las actividades de enfermería, y en aquellas asignaturas que incluye en su denominación «Enfermería», se hace referencia a los cuidados referidos a dicha materia.

Otro aspecto a tener en cuenta es la coordinación entre la formación teórica y práctica. Aun cuando cada Escuela de Enfermería (cada Universidad) lo ha intentado solventar de una forma, es necesario partir de algunos conceptos a tener claros.

Por un lado el contenido práctico en los planes de estudio es aproximadamente los 2/3 del total de la carga lectiva; según la estructura de las Universidades (cada una de una forma diferente) los profesores desarrollan una asignatura (o integrados en la misma) no cubren la formación práctica, sino que se encuentra en la mayor parte del tiempo de formación de profesionales de enfermería de los centros asistenciales; este último aspecto nos lleva quizás al punto determinante: para poder realizar la formación práctica clínica cada Universidad debe realizar conciertos con instituciones sanitarias (también reguladas por ley).

Todos estos puntos llevan a un confusión general; como se ha dicho cada Universidad resuelve de manera diferente la participación de profesores en la formación práctica, pero por muy bien que lo resuelva un gran número de horas de formación dependen de los profesionales de enfermería del centro; esto nos lleva a plantear varias preguntas:

- ¿Se puede asegurar la coordinación entre teoría y práctica?
- ¿Se puede asegurar que el concepto y formación de cada profesional de enfermería que participa en la formación práctica coincide con la filosofía, fin, del centro responsable de la formación?
- ¿La estructura de trabajo definida por la dirección de la institución sanitaria coincide con los objetivos a cumplir por el centro formador?

Muchas de estas preguntas se encuentran enmarcadas en lo cotidiano de nuestra actividad; pero debemos así mismo partir de la idea de que los objetivos asistenciales, son completamente diferentes, y que por ese motivo sus prioridades, estructura, organización pueden ser tan diferentes que puede que no exista nunca una coincidencia.

● Recomendaciones de la AFEDI respecto al aprendizaje y enseñanza de los diagnósticos enfermeros.

En Francia desde «1992 en que fue realizada una revisión del programa de estudios de las enfermeras francesas, los diagnósticos enfermeros representan un eje mayor en la formación y en la práctica profesional y ello contribuye a la elaboración de una política de cuidados».

Cécile Boisvert, presidenta de la AFEDI en 1994 presentó en ese mismo año un documento en el que se establecen unas recomendaciones para el aprendizaje y enseñanza de los diagnósticos enfermeros.

- Preámbulos a la enseñanza de los diagnósticos enfermeros.

- * La finalidad profesional, el hombre, la salud, la enfermedad y el cuidar.
- * El modelo conceptual de los cuidados enfermeros.
- * La entrevista clínica y la observación.
- * La gestión científica de los datos (recogida de datos, tratamiento).

- La clasificación de diagnósticos enfermeros

- * Que los equipos elijan y utilicen una definición y una clasificación internacional de diagnósticos enfermeros.
- * Clarificar la terminología relativa a la gestión de cuidados y al proceso diagnóstico.

- Criterios de elección para enseñar los diagnósticos enfermeros

- * Elegir el diagnóstico enfermero a enseñar siguiendo las orientaciones de un proyecto pedagógico .
- * Los criterios siguientes deben ser retenidos:
 - Ir de lo conocido a lo desconocido
 - Progresar de lo simple a lo complejo.
 - Escoger los diagnósticos de acuerdo con las enseñanzas teóricas.
 - Ligar su enseñanza a las prácticas clínicas.

- Progresar hacia el informe diagnóstico.

- * Enseñar el razonamiento diagnóstico de manera sistemática durante toda la formación.
- * Situarlo en el marco del proceso de cuidados teniendo en cuenta el nivel de competencia del estudiante y de la enfermera .

- El proceso diagnóstico

- * Que los estudiantes sean formados en la entrevista y en la observación clínica, con el objeto de realizar

hipótesis cada vez más acertadas y eficaces para identificar y distinguir los diagnósticos de enfermería y los problemas tratados conjuntamente con los médicos .

- Las estrategias educativas:

- * Utilizar ejercicios de dificultad creciente y formas pedagógicas variadas, activas y hasta lúdicas antes de las prácticas en el medio clínico .

- La experiencia en el medio clínico:

- * Instaurar una dinámica de acompañamiento entre los centros de formación y los servicios de cuidados que acogen a los estudiantes.
- * Confiarles un número limitado de enfermos correspondiendo la situación de los mismos a su nivel de formación.

- El conocimiento enfermero y los diagnósticos de enfermería.

- * Desarrollar el conocimiento enfermero subyacente a los diagnósticos enfermeros según un plan supervisado por el equipo pedagógico.

- Dónde estamos; artículo de Weber sobre la situación de la enseñanza de los diagnósticos

En 1994 Janet Weber publicaba un interesante artículo en Nursing Diagnosis en que realiza un interesante análisis de la situación de la enseñanza de los diagnósticos enfermeros. El interés de dicho artículo nos ha hecho traducirlo íntegramente e incluirlo en este documento.

Ref. Bibliográfica: Weber, J. Where are we now? Nursing Diagnosis,1994; 6(4):167-9

¿Dónde estamos ahora?

¿Hacia dónde vamos? Los diagnósticos enfermeros en la educación Janet R. Weber, EdD, RN

Para poder contestar al la pregunta «¿Hacia donde van los diagnósticos enfermeros en la enseñanza de enfermería?» parece razonable preguntarse primero de dónde venimos y dónde estamos.

Revisión bibliográfica en torno a la situación de los diagnósticos enfermeros en la enseñanza.

En general ha existido una tendencia positiva a lo largo de todo el país adoptando los diagnósticos de la NANDA en la enseñanza. Fitzpatrick y Zanotti (1995) sondearon a 103 enfermeras en representación de 33 países a las que se les preguntaba si usaban los diagnósticos enfermeros. Un 85% de las que respondieron indicaron que usaban el diagnóstico enfermero en la enseñanza y un 81% indicó que los usaba en la práctica clínica. El 72% contestó que usaba la lista de la NANDA. Desde principios de los años setenta, muchos profesores han incorporado los diagnósticos enfermeros al programa de estudios. Estos educadores han desarrollado y revisado diversas estrategias para enseñar el razonamiento diagnóstico, y han diseñado experiencias de aprendizaje clínico para promover el uso y la enseñanza de los diagnósticos enfermeros y el proceso enfermero (Fredette y Corner, 1979).

Con la intención de integrar los diagnósticos enfermeros en el currículo de las escuelas de enfermería se han diseñado marcos conceptuales basados en las categorías diagnósticas de la NANDA para introducir los diferentes conceptos diagnósticos en los diferentes cursos de enfermería. Pearce et al.(1990) refieren el uso de los diagnósticos enfermeros como medio para organizar los planes de estudios.

Otros planes han utilizado las categorías diagnósticas de la NANDA para organizar la mayoría de los contenidos de las materias para eliminar un enfoque biomédico (Frisch, Ellis y Weber1988). Titler(1987) describió la utilización de los nueve patrones del hombre unitario de la NANDA como un marco conceptual de desarrollo de un plan de estudios. El modelo de patrones funcionales de salud (Gordon, 1987) se ha convertido de forma creciente en una guía para diseñar los contenidos de los planes de estudio y la práctica clínica. Este modelo permite a los estudiantes identificar los patrones funcionales de salud y los patrones disfuncionales de salud (los problemas de los clientes nombrados como diagnósticos enfermeros) (Vincenz y Siskind, 1994). Henning (1992) encontró que las enfermeras son capaces de identificar mayor número de diagnósticos enfermeros cuando utilizaban formatos de valoración basados en los patrones funcionales de salud que las que utilizaban el formato de valoración por sistemas corporales. Los docentes también refieren importantes logros en el razonamiento diagnóstico en los estudiantes cuando el modelo teórico utilizado para la enseñanza es el razonamiento hipotético-deductivo (Briody, 1995; Purushotha y Walker, 1994; Zanotti y Fanton, 1995).

En 1980, Gordon afirmó que «los diagnósticos de enfermería son mejor entendidos si son captados en vez de aprendidos». Diversos estudios (Levin y Krainovich, 1987; Spies, Myers y Pinell, 1989) demuestran que las estrategias tradicionales de enseñanza como la lectura o el encargo de trabajos no son métodos efectivos para enseñar las claves del razonamiento diagnóstico. La lectura puede enseñar el contenido de los diagnósticos pero no promueve el aprendizaje activo que es necesario para adquirir eficacia en el razonamiento diagnóstico (Cholowski y Chan, 1992). Para superar las limitaciones de los métodos de enseñanza tradicional se han desarrollado muchas estrategias activas de enseñanza para que los estudiantes aprendan el razonamiento diagnóstico.

La efectividad de muchas de estas estrategias educativa no tradicionales están documentadas en la literatura enfermera. Newsome y Tillman (1990) encontraron que los estudiantes a los que se enseñó con una guía y que trabajaron en pequeños grupos con simulaciones de casos escritos estaban mejor capacitados para elaborar el plan de cuidados y realizar el proceso diagnóstico que aquellos estudiantes a los que se enseñó únicamente con la lectura. Weber y Smith desarrollaron un juego de simulación denominado «Nombra el diagnóstico enfermero» para ayudar a los estudiantes a aprender destreza en el razonamiento diagnóstico. Los estudiantes que fueron enseñados con este juego alcanzaban mejores puntuaciones en tests sobre características diagnósticas y decisión clínica que los estudiantes que fueron enseñados mediante el método de estudio de casos (Weber, 1994). Lunney (1992) publicó unas directrices para el desarrollo de estudios de casos que fuesen simulaciones diagnósticas enfermeras y que fuesen fiables y evaluables. Jeffrey (1993) diseñó una estrategia centrada en seis pasos de aprendizaje denominada «Metáforas Visuales Guiadas» para ayudar a los estudiantes a diagnosticar a través del dibujo, etiquetado, reflejo, intensidad, priorización y discusión (1993). Esta estrategia fue encontrada como una experiencia con resultados positivos para los estudiantes. Herman, Pesut y Conrad (1994) diseñaron la «Herramienta Auditora de Calidad» (Quality Audit Tool) para enseñar el razonamiento diagnóstico a los estudiantes novatos en el proceso diagnóstico. Esta herramienta ayuda a los estudiantes a evaluar y criticar sus propias valoraciones diagnósticas y los planes de cuidados.

La última pero no mínima incorporación del listado de diagnósticos de la NANDA y el proceso diagnóstico a los textos de enseñanza es un fenómeno prevalente en los últimos 10-15 años (Beyea y Jones, 1994). Este hecho afianza la idea de que los educadores de enfermería en general valoran el uso del diagnóstico de enfermería.

* Oposición al uso del diagnóstico enfermero en la Educación.

En contraposición a los esfuerzos por mejorar el razonamiento diagnóstico en las aulas y en los programas de estudios, algunos docentes se oponen al uso del diagnóstico enfermero en la educación y en la práctica. La autora ha escuchado decir a algunos educadores, «los diagnósticos enfermeros son únicamente etiquetas, ni mas, ni menos». Algunos educadores se oponen a las etiquetas, otros ven los diagnósticos enfermeros como reduccionistas y limitantes. Algunos todavía piensan que los diagnósticos son incompatibles con algunas de las teorías de enfermería que actualmente son mas frecuentemente utilizadas.

Las críticas a los diagnósticos deben alertar a los educadores para que las nociones que se impartan permitan a los estudiantes y a ellos mismos ser cuidadosos, no dogmáticos y establecer que los diagnósticos actuales están en cambio continuo, revisión y desarrollo y que se deben desarrollar nuevas categorías diagnósticas útiles para la práctica, comprensibles y consistentes con el marco teórico enfermero.

* ¿Dónde estamos ahora?

Los educadores se encuentran ante un nuevo cambio que supone incorporar la administración de cuidados y las «vías críticas» en el programa de estudios. Pueden elegir entre ver este cambio como un rechazo a los diagnósticos enfermeros o como una oportunidad para enseñar cómo los diagnósticos enfermeros pueden ayudar en el trabajo de las enfermeras a gestionar los cuidados de los usuarios. Los diagnósticos enfermeros pueden ser usados para definir el rol de las enfermeras en las «vías críticas». Los gerentes se deben centrar sobre los problemas descubiertos y resueltos si desean sobrevivir a los cambios actuales que se están produciendo en los sistemas de salud.

Los gestores han demostrado como las intervenciones tempranas con diagnósticos médicos permiten disminuir el gasto y previenen la aparición de diagnósticos médicos mucho más costosos.

Los gestores nos pueden ayudar a entender y enseñar como la identificación de diagnósticos enfermeros pueden disminuir los costos hospitalarios y como una identificación temprana de riesgos y oportunidades para mejorar la salud pueden prevenir la hospitalización y promover la salud (Neufeld y Harrison, 1994).

El desarrollo y uso de vías críticas y mapas clínicos en los hospitales pone el cuidado del paciente dentro de pequeños cajones ordenados. Sin

embargo cuando el cliente se desvía de las vías críticas, la enfermeras necesita razonar para realizar los juicios clínicos. El conocimiento de los diagnósticos enfermeros y los problemas interdependientes pueden ayudar a definir estos juicios. Los educadores que entienden los diagnósticos pueden ayudar a los estudiantes a aprender su rol como enfermeros que diagnostican y resuelven problemas en el marco de las vías críticas.

* ¿Hacia dónde vamos?

La tarea del diagnóstico no es sencilla. Educar para diagnosticar es, si cabe, mas complejo. Diagnosticar es muy difícil para los estudiantes que carecen de experiencia y de conocimientos (Carnevalli y Thomas, 1993; Benner, 1984; del Bueno, 1990). Por eso, los educadores deben dar muchas oportunidades para diagnosticar a los estudiantes. Aunque se han realizado adecuados avances en el desarrollo de técnicas educativas para enseñar los diagnósticos enfermeros y el proceso de razonamiento diagnóstico, todavía quedan pendientes grandes tareas a los docentes.

En primer lugar, es necesario preparar a las enfermeras para el futuro con una mayor aproximación holística en el diagnóstico. Los docentes deben enseñar a los estudiantes como diagnosticar situaciones en las que se pueden conseguir mayores niveles de salud, bienestar y prevención de la enfermedad además de diagnosticar los problemas/diagnóstico de enfermería y los problemas interdependientes. (Kelley, Frish y Avant, 1995).

En segundo lugar, los diagnósticos de alta incidencia como Deterioro de la movilidad física, Ansiedad o Alto riesgo de lesión debe ser estudiados con profundidad en los planes de estudio para que los nuevos profesionales se conviertan en expertos en estos diagnósticos (Beyea y Jones, 1994).

En tercer lugar, con la actual tendencia a introducir el pensamiento crítico en el programa de estudios, existe una oportunidad para los docentes de encontrar nuevas vías de incorporar el razonamiento diagnóstico al currículo. Los nuevos profesionales que aprendieron el razonamiento diagnóstico analítico pueden evitar percepciones subjetivas de los problemas del paciente (Chase, 1994). La Liga Nacional de Enfermería (NLN) ha solicitado a las escuelas de enfermería los documentos con los que se mide el pensamiento crítico. ¿Porqué nos se centran en medir la destreza en el razonamiento diagnóstico de los estudiantes usando algunas de las herramientas que se pueden encontrar en la bibliografía?

En cuarto lugar, los docentes deben continuar revisando los programas de estudio y orientarlos para aumentar la capacidad diagnóstica de las

enfermeras de modo que esto se consiga a través de la mejora de las habilidades inferenciales de los estudiantes (Briody,1995). Titler (1987) elaboró una estupenda herramienta para los docentes que determinaba cuál era el momento más idóneo para incorporar el diagnóstico enfermero en el programa de estudios.

Finalmente, se debe prestar mayor atención al uso de la tecnología que en estos momentos permite facilitar el estudio del diagnóstico enfermero (Olivieri y Olivieri, 1994). Los videos interactivos proporcionan un excelente método para que los estudiantes aprendan a diagnosticar; y los sistemas expertos computerizados se pueden desarrollar y pueden ayudar a los estudiantes a llegar a diagnósticos acertados.

En el panorama internacional, nuestros colegas están incorporando con gran empuje los diagnósticos enfermeros en los programas de estudios (Albersnagel-Thijssen, Hooijer-Wetdijk, y Shoenmaker,1995). Es necesario por tanto continuar introduciendo novedades en el tema de la formación en diagnósticos enfermeros. Los docentes tienen que afinar y validar los diseños curriculares e introducir métodos de enseñanza que promuevan la comprensión y el aprendizaje del proceso diagnóstico, y de la contribución que los diagnósticos aportan a los resultados conseguidos por el paciente y la gestión de los cuidados.

Bibliografía

2. La formación postgrado

● La situación española

Cuando se habla de formación postgrado se aborda toda aquella formación posterior a la obtención del títulos de Diplomado en Enfermería. Esto, aunque pueda parecer obvio, es necesario partir de ello pues la gran variedad de instituciones a la hora de organizarlos va a ser muy variado.

Ser muy variado es un concepto excesivamente reducido para lo que nos podemos encontrar si se realiza un somero recorrido por dicha formación de postgrado.

En una primera visión, debemos hacer un recorrido temporal. En este sentido ha ido cambiando el tipo, así como el contenido.

En una primera fase, cuando Enfermería pasó a ser universitaria, se produjo un boom en cuanto a un aspecto primordial: desarrollar lo que se denominaba entonces «Proceso de Atención de Enfermería». En esta etapa concurrían dos aspectos a tener presentes:

- Por un lado la escasa formación del profesorado que pasaba por un proceso de formación y que manejaba conceptos de difícil uso en la práctica, lo cual llevó a que los profesionales viesan dichas enseñanzas como intangibles y fuera de la realidad. Se cuestionaba si «eso» era ser enfermero.
- Y por otro lado en dichos cursos no se hablaba todavía del diagnóstico enfermero.

Posteriormente, la creciente cantidad de información proveniente de los países mas avanzados en Enfermería y la creciente demanda de formación de los profesionales hicieron que los docentes (que necesitaban profundizar en los conceptos que se incluían en los programas de estudios) y los profesionales altamente motivados viesan en estos primeros cursos un punto de desarrollo profesional hasta ese momento no observado.

Estos factores influyeron en una segunda fase en la que se comienza a tratar el tema del diagnóstico enfermero en el marco de cursos que reciben el nombre de «Metodología de Enfermería» o «Metodología de cuidados». Estos cursos tienen mayor base, contenidos y argumentos teóricos pero se provocan un par de críticas importantes:

- Los conceptos teóricos introducidos son de difícil aplicabilidad en la práctica.
- Se comienza a criticar el uso de la palabra «diagnóstico» en una profesión considerada en muchos sectores como no capacitada para «diagnosticar»

Posteriormente entraríamos en una tercera fase, en la que los cursos de postgrado se mantienen, en menor proporción, fundamentalmente por que muchos profesionales ven el tema una posibilidad de desarrollo profesional necesaria para el sustento de la profesión. Esta fase es una etapa en la que existe gran rechazo a los términos «Proceso de Atención de Enfermería», «Metodología de Enfermería» y arrecian sobre manera las críticas a los «Diagnósticos de Enfermería».

Fruto de lo anterior, en núcleos aislados y reducidos como Escuelas de Enfermería y en grupos de profesionales asistenciales se utilizan dichos conceptos con el objetivo de desarrollar y profundizar en su aplicación práctica y cómo pueden ser útiles para la profesión y el sistema sanitario.

Por último en una cuarta fase, en la que nos encontramos en la actualidad, tras un periodo de desinterés manifiesto, y un abandono progresivo tanto de la formación como del desarrollo clínico; está notándose un resurgir del interés sobre el tema, observándose (de una manera subjetiva) que dicho interés se encuentra más consolidado y arraigado.

En la situación actual se da una gran variedad de formación; existen múltiples instituciones que organizan cursos:

- Centros asistenciales que dentro de su formación continuada desarrollan cursos de metodología de enfermería o diagnósticos enfermeros bajo el último fin de alcanzar los objetivos a cumplir por parte de la dirección de enfermería.
- Cursos organizados por la organización colegial, existiendo gran diversidad y diferencia de unos colegios a otros dependiendo de la implicación que tengan con otras organizaciones (Consejo General, FUDEN, Escuelas de Ciencias de la Salud...).

Se observa que de los cursos que se ofertan, los de Metodología de Enfermería y los de Diagnósticos de Enfermería no son los de mayor demanda. En algunos caso ha ido cambiando la denominación de los cursos con el fin de hacerlos más atractivos, por un lado, o de intentar adecuarlos a demandas actuales del sistema sanitario. Un ejemplo claro es el curso sobre codificación de los diagnósticos de enfermería.

Existen organizaciones ligadas a la administración, y con alta implantación en el Sistema Nacional de Salud, que realizan cursos de diagnósticos de enfermería; como la Escuela Nacional de Salud.

En muchos casos, las instituciones que se han comentado, no parecen darse cuenta de la implantación que tienen a nivel nacional, y por lo tanto la influencia que pueden tener, así como la credibilidad que tienen en diferentes ámbitos de la profesión; utilizando la realización de los cursos mencionados por la necesidad de realizarlos (por el interés que suscitan entre los profesionales, necesidad de ingresos económicos) dejando siempre en último término la calidad de los mismos.

En relación a lo comentado en el párrafo anterior baste destacar el contenido de alguno de los cursos; que aun cuando el título pueda ser atrayente, responde más a una campaña de captación que a los contenidos que se pretendan impartir, se ajustan en forma mínima a estructuras muy básicas de los diagnósticos enfermeros y en muchos casos no se abordan las expectativas creadas.

Por otro lado, el profesorado, de los más variopinto; es seleccionado por la imperiosidad de realizar el curso y algunos casos se han llegado a impartir cursos de metodología de enfermería por médicos.

● Recomendaciones de la AENTDE

En base al maremagnum descrito con anterioridad la junta directiva de la AENTDE ha realizado varias reflexiones llegando a varias conclusiones:

- Si los diagnósticos de enfermería son un aspecto básico para el desarrollo profesional, la formación en relación a ellos debe ser de calidad.
- Si se pretende tender a un lenguaje común, habría que intentar que las estructuras de formación , y los contenidos, fuesen lo más uniformes posible; en relación a conceptos manejados, y el esquema de razonamiento.
- La formación se concibe como una herramienta básica en la consecución de objetivos , pero la AENTDE no es una entidad básicamente formadora.
- Dentro de la concepción básica de la AENTDE como asociación se parte de un criterio NO excluyente; por tanto se deberán desarrollar aquellas taxonomías que en el ámbito (centro, institución...) de impartición del curso se esté desarrollando.

Analizando todos estos conceptos, la junta directiva de la AENTDE propone unas líneas generales de los contenidos de los cursos de formación en Diagnósticos de Enfermería, deben tener unos criterios comunes:

- Marco conceptual enfermero, conocido y contrastado.
- Seguir la metodología de enfermería.
- Reforzar el proceso de análisis de acuerdo con el sistema de clasificación que se esté utilizando.
- Utilizar la clasificación habitual en el medio.
- Desarrollar esquemas de formación en función de las taxonomías conocidas.
- Elaborar una documentación básica de trabajo.
- Reforzar el proceso de análisis y reflexión.

Se establecerán tres niveles para los cursos:

- Básico: conceptos teóricos.
- Medio: aplicabilidad en el medio.
- Avanzado-Experto: investigación.

Dado que la AENTDE no es la única entidad que posee personas y conocimientos sobre diagnósticos enfermeros, se podría integrar ofertas ya existentes, ya que la vocación propia de la asociación es unir profesionales y colaborar con otras asociaciones. Por ello es necesario con criterios para acreditar cursos, talleres y seminarios.

Los requisitos que se sugieren para acreditar cursos podrían ser:

- ▶ Existencia de objetivos educativos.
- ▶ Existencia de un método de evaluación de docentes y discentes.
- ▶ Los docentes: es necesario acreditar la experiencia docente del profesorado (formador de formadores, experiencia docente...)
- ▶ Duración del curso según objetivos /contenidos.
- ▶ Orientación hacia la práctica profesional y con aplicabilidad.
- ▶ Entidad que avala el curso.

● La figura del experto en diagnósticos

Como ya hemos comentado la formación postgrado es utilizada por diferentes instituciones como medio para implantar la metodología de enfermería en la práctica asistencial. En la bibliografía internacional existen diversos artículos que abordan el tema de la implementación de los diagnósticos enfermeros en la práctica asistencial y los problemas que habitualmente se producen en este

proceso.

En 1979 Bruce describió un proceso de implementación del diagnóstico enfermero en una unidad asistencial. El proceso constaba de dos fases:

En una primera fase se realizaba formación en diagnósticos enfermeros. y en una segunda fase se desarrollaban reuniones semanales de grupo en las que se discutían los problemas surgidos en la aplicación de los diagnósticos enfermeros. Este programa piloto después de un año de funcionamiento se demostró que la calidad de los cuidados prestados habían mejorado.

Ditman y Gould en 1987 realizaron un estudio en el que se analizó en que medida mejoraba la implementación de los diagnósticos enfermero en la práctica asistencial utilizando dos métodos: las sesiones de grupo realizadas por un experto y la existencia dentro de la plantilla de enfermeras de una enfermera experta en diagnósticos enfermeros. Después de realizar un estudio experimental en dos unidades asistenciales concluyeron que los cambios que se produjeron en los registros enfermeros estaban relacionado con la presencia de una enfermeras experta en diagnósticos enfermeros en la plantilla.

En España existen experiencias de implementación de los diagnósticos enfermeros, algunas de ellas van a ser expuestas en este simposium.

Cuestiones para el taller

Formación pregrado:

- ¿Se deben incluir los diagnósticos enfermeros en los contenidos de las asignaturas?
- ¿Se debe estructurar la enseñanza de las asignaturas solamente en el marco de los diagnósticos enfermeros?
- ¿Se debería hacer una recomendación a todas las Escuelas de Enfermería para que estructurasen los contenidos en relación al aspecto que es diferenciador y propio de los profesionales de enfermería?
- ¿Se puede asegurar la coordinación entre teoría y práctica?
- ¿Se puede asegurar que el concepto y formación de cada profesional de enfermería que participa en la formación práctica coincide con la filosofía, fin, del centro responsable de la formación?
- ¿La estructura de trabajo definida por la dirección de la institución sanitaria coincide con los objetivos a cumplir por el centro formador?

● Formación postgrado

- ¿Es necesario unificar criterios metodológicos en los cursos de formación?
- ¿Considera necesaria la formación como punto de partida en el desarrollo profesional?
- ¿Es necesaria la evaluación de los cursos de formación sobre diagnósticos de enfermería?
- ¿La AENTDE debe abordar la formación sobre diagnósticos enfermeros?
- Si la AENTDE debiese implicarse en la formación ¿a qué nivel?
- ¿Debería la AENTDE acreditar los cursos?
- Si es así ¿con qué criterios?

IV.— EVALUACIÓN DEL TALLER

AENTDE II SIMPOSIUM INTERNACIONAL DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

Valladolid 20 de Mayo de 1998

FORMACIÓN

INVESTIGACIÓN

1.- LOS TEMAS TRATADOS HAN SIDO INTERESANTES:

MUCHO BASTANTE ALGO POCO NO

2.- EL CONTENIDO SE HA AJUSTADO AL PROGRAMA PROPUESTO:

MUCHO BASTANTE ALGO. POCO NO

3.- LA METODOLOGÍA UTILIZADA ES ADECUADA:

MUCHO BASTANTE ALGO POCO NO

4.- LAS EXPLICACIONES HAN SIDO CLARAS Y SISTEMÁTICAS:

MUCHO BASTANTE ALGO POCO NO

5.- LOS PROFESORES DOMINAN LA MATERIA:

MUCHO BASTANTE ALGO POCO NO

6.- EL MATERIAL UTILIZADO SE HA AJUSTADO AL CONTENIDO:

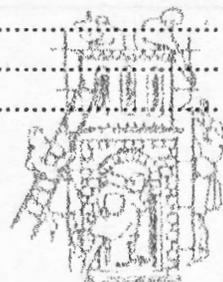
MUCHO BASTANTE ALGO POCO NO

7.- SE HA FACILITADO LA PARTICIPACIÓN:

MUCHO BASTANTE ALGO POCO NO

COMENTARIOS:

.....
.....
.....
.....
.....
.....



V.— PERFIL DE LOS ASISTENTES

Estimado colega nos interesaría conocer tu interés por el tema de la formación. Para ello es necesario que cumplimentes el siguiente formulario.

Nombre y apellidos: _____

Area de trabajo:

- Docente Clínico-asistencial Gestión Investigación

Lugar de trabajo y puesto:

Experiencia en metodología enfermera:

- Uso en ámbito docente pregrado
 Uso en ámbito docente postgrado
 Uso en ámbito asistencial
 Uso en gestión

Área de interés:

- Formación pregrado Formación postgrado

Describe los aspectos más relevantes de tu experiencia como formador en diagnósticos enfermeros:

Describe los temas y cuestiones de interés:

Deseas participar en el grupo de formación de la AENTDE:

- SI de forma activa SI de forma puntual No

Socio de la AENTDE:

- SI No





**ORGANIZACION
COLEGIAL DE ENFERMERIA**
CONSEJO DE COLEGIOS DE ENFERMERIA
CASTILLA Y LEON

**"II SIMPOSIUM INTERNACIONAL DE DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA"
"III CONGRESO REGIONAL DE CASTILLA Y LEON"**
Valladolid 20, 21 y 22 de mayo de 1998



A.E.N.T.D.E.

TALLER

INVESTIGACIÓN EN

DIAGNÓSTICOS

ENFERMEROS

COORDINACIÓN:

Rafael del Pino Casado

Mercedes Ugalde Apalategui

Amy Coenen

“Investigación en diagnósticos”

10:00 - PRESENTACIÓN

10:15 - EXPOSICIONES INTRODUCTORIAS

- 1.- Investigación en diagnósticos enfermeros
Rafael del Pino Casado. Enfermero
- 2.- Experiencias de validación de la CIPE
Amy Coenen. PhD, RN, CS. Asesora Técnica de la CIPE

11:30 - GRUPOS DE TRABAJO

● OBJETIVO GENERAL:

- Adaptar las exposiciones anteriores a las posibilidades de los servicios

● CONTENIDOS:

- Identificar posibles líneas de investigación
- Seleccionar diseños y metodologías a utilizar
- Describir recursos necesarios (asesoría, financiación, formación, fondos documentales, directorios de grupos de trabajo, etc...)
- Posibilidad de desarrollo
- Utilidad
- Problemas y soluciones

● METODOLOGÍA:

- Trabajo de grupo por subgrupos, mediante la técnica de discusión en grupo, con posterior presentación de conclusiones y debate
- Grupos de 6 participantes, diferenciados en función de la finalidad de los estudios
- Todos los grupos trabajan los contenidos planteados desde su perspectiva

● CRONOGRAMA:

- Trabajo de grupo 40 minutos
- Presentación de resultados 20 minutos
- Debate 20 minutos
- Conclusiones 10 minutos

INTRODUCCIÓN

Una de las formas más eficaces de potenciar la investigación sobre diagnósticos enfermeros, consiste en delimitar y definir líneas concretas de investigación, que puedan servir de referencia a aquellos grupos de trabajo con alguna experiencia en investigación.

En el presente trabajo, intentaré describir los posibles diseños de investigación en el campo del diagnóstico enfermero. Por supuesto, quiero dar una orientación que en absoluto pretende estar cerrada, siendo lo ideal que esta propuesta sirva de base para un ejercicio de mejora continua.

El primer aspecto interesante que se plantea para dotar de funcionalidad a este documento, es clasificar estos diseños. Utilizando la división clásica de los estudios de investigación según su finalidad, a saber, GENERAR CONOCIMIENTO (**investigación básica**) y SOLUCIONAR PROBLEMAS (**investigación aplicada**), pueden identificarse dos grandes líneas de investigación: la validación de taxonomías diagnósticas y los estudios aplicados. Veremos ambos tipos por separado.

VALIDACIÓN DE TAXONOMÍAS DIAGNÓSTICAS

Al hablar de validación de un diagnóstico, cabría en principio hablar del concepto de validez. La validez es un concepto que nos expresa el grado con el cual un instrumento mide lo que se supone que mide.

En el campo concreto del diagnóstico de enfermería, Gordon (1), manifiesta que "la validez describe el grado en que un grupo de características definitorias describe una realidad que puede ser observada en una interacción cliente-entorno". La anterior autora, junto con Sweeney (1979), citada por Fehring (2), establece que "el proceso de validación consiste en determinar si las características definitorias identificadas a priori se manifiestan agrupadas en un número suficiente de casos".

Clásicamente se han descrito tres tipos de validez (3,4): de contenido, de criterio y de constructo. La validez de **contenido** hace referencia a la comparación entre los atributos de un concepto teórico y los datos que sobre estos atributos se obtienen de la observación empírica. La validez de **criterio** consiste en la correlación entre una medida con criterios de interés (externos). La validez de **constructo** nos informa sobre el grado en que un instrumento mide un concepto abstracto.

Kerr (5), respecto de los tipos de validez y su relación con la validación de taxonomías diagnósticas, afirma que la validez de contenido de un diagnóstico concreto está determinada por la evaluación de la adecuación de las

características definitorias, que la evaluación de la validez de criterio de una taxonomía consiste en el análisis o comparación de ésta con un segundo concepto (por ejemplo, la edad) y que la validez de constructo de una taxonomía enfermera, podría ser medida analizando relaciones hipotéticas basadas en relaciones teóricas.

En el terreno de la validación de taxonomías diagnósticas enfermeras, suelen ser habituales los estudios sobre validez de contenido y de constructo. A pesar de que Gordon recomienda que la etiqueta y la definición diagnóstica no sean objeto de investigación (1), en la práctica nos encontramos con que, dentro de los estudios sobre validez de contenido, pueden diferenciarse dos tipos: los referidos a la adecuación de las características definitorias de un determinado diagnóstico (tal y como comentan los autores anteriormente referenciados) y los relativos a la comprensión de un diagnóstico concreto (la etiqueta, la definición o ambas cosas). Los trabajos de validación realizados sobre la Clasificación Internacional de la Práctica Enfermera (CIPE) (6), pueden enmarcarse dentro de este último tipo.

En una revisión de los artículos publicados en Nursing Diagnosis, entre 1991 y 1996, he encontrado que los estudios de validación que aparecen, son mayoritariamente de validez de contenido referida a características definitorias y en un porcentaje inferior, de validez de contenido referida a la comprensión del diagnóstico y de validez de constructo.

Desde el punto de vista de la perspectiva metodológica utilizada, los distintos métodos de validación de los diagnósticos de enfermería pueden clasificarse en técnicas cualitativas y técnicas cuantitativas.

Siguiendo a Casimiro-Soriguer (7), podemos comentar que la investigación basada en métodos cuantitativos se apoya en el método científico y se basa en el control inicial, la aplicación de instrumentos de medida y el análisis final que permita comprobar que modificaciones ha producido la actividad en cuestión. Utiliza instrumentos de carácter cuantitativo y se basa en el establecimiento de un control de las variables que intervienen en los procesos y en la objetividad y rigor de las mediciones, con el fin de establecer nexos causales o correlacionales entre una actuación y los efectos pretendidos, alejándose al máximo de la subjetividad del evaluador y participantes.

El mismo autor, comenta que la investigación cualitativa, es un proceso que permite poner en marcha estrategias rigurosas de reflexión y de valoración sobre actividades en desarrollo. Se basa en datos de carácter cualitativo y tiene como fin aumentar la comprensión de los procesos estudiados, a través de una metodología inductiva y de forma subjetiva.

En la práctica, los métodos cuantitativos y cualitativos pueden cohabitar positivamente.

Generalmente, los estudios sobre validez de contenido se realizan mediante diseños cuantitativos y los que tratan sobre validez de constructo, con estudios cualitativos.

A la hora de validar taxonomías diagnósticas enfermeras podemos emplear, bien procedimientos estandarizados elaborados a tal efecto, bien diseños generales de investigación.

Kerr (5), describe los siguientes tipos de diseños generales que pueden aplicarse a la validación de diagnósticos enfermeros:

- ▶ Métodos cuantitativos: Análisis de clusters, análisis factorial y análisis discriminante.
- ▶ Métodos cualitativos: Análisis de contenido y estudios etnográficos (entre otros).

Fehring (2) propone dos tipos de validez y distintos tipos de procedimientos para medirla, dentro de la validez de contenido medida mediante métodos cuantitativos estandarizados: la validez por expertos (a través de la opinión de expertos), que se mide mediante el modelo de validación de contenido diagnóstico (Diagnostic Content Validation Model) y la validez clínica (mediante la obtención de información clínica), con las siguientes pruebas: la validez diagnóstica clínica (Clinical Diagnostic Validity) y una modificación de la anterior: La validez diagnóstica clínica centrada en el paciente (Patient-focused Clinical Diagnostic Validity). Además, propone un método para validar las diferencias existentes entre dos diagnósticos similares o dos niveles de un mismo diagnóstico: La validación diagnóstica diferencial (differential diagnostic validation).

Desde esta perspectiva, los estudios basados en la opinión de expertos podrían considerarse como exploratorios o intermedios y los clínicos como más definitivos o concluyentes.

En la revisión bibliográfica mencionada anteriormente, la mayoría de los estudios se decantan por los métodos estandarizados propuestos por Fehring.

En el estado español, son pocas las experiencias de validación de diagnósticos enfermeros, aunque no por ello menos interesantes. Cabe destacar los trabajos realizados por Frías Osuna et al (8), Martínez Marcos et al (9) , González Carrión et al (10), Cuesta Zambrana et al (11) y Ugalde Apalategui et al (4).

Una vez vistos los aspectos introductorios sobre validación de taxonomías diagnósticas, pasaremos a completar los estudios de validación con dos de los

tipos de estudios propuestos por Fehring: el modelo de validación de contenido diagnóstico y la validez diagnóstica clínica, según los describe en su artículo "Methods to validate nursing diagnoses" (Heart & Lung. November 1987. 16 (6): 625-629) (2).

EL MODELO DE VALIDACIÓN DE CONTENIDO DIAGNÓSTICO

Dicho modelo representa un tipo de diseño estandarizado para medir validez de contenido mediante la opinión de expertos y por tanto, para obtener el grado en que cada característica definitoria es indicativa de un diagnóstico dado.

Las características definitorias del diagnóstico en cuestión que sirven de base al proceso de validación se toman de las establecidas a priori a nivel teórico por las distintas clasificaciones. Dichas características pueden ampliarse mediante revisiones bibliográficas.

La validación de un diagnóstico se desarrolla mediante el siguiente proceso:

● Valoración por parte de los expertos de cada característica definitoria según una escala de 1 a 5:

- En absoluto indicativo o característico del diagnóstico
- Muy poco característico
- Algo característico
- Considerablemente característico
- Muy característico

Mediante la utilización de algún método para obtener consenso. El autor recomienda la técnica Delphi.

● Cálculo de los pesos para cada característica definitoria, asignando pesos a cada valoración de la siguiente forma:

$$1 = 0 \quad 2 = 0,25 \quad 3 = 0,50 \quad 4 = 0,75 \quad 5 = 1$$

Para que el valor máximo que puedan alcanzar sea 1, sumando los pesos asignados por cada experto y calculando la media.

● Descartar las características con pesos menores a 0,50.

● Las características definitorias con pesos mayores o iguales a 0,80, son consideradas MAYORES. Las situadas entre 0,79 y 0,50, son definidas como MENORES.

- Obtención de la puntuación total para cada diagnóstico, sumando los pesos individuales de cada característica mayor o menor y dividiendo por el número de éstas características.

El autor define los resultados obtenidos con este proceso como tentativos o provisionales, hasta que sean confirmados con estudios generalizables o con estudios repetidos. En realidad este modelo podría calificarse de exploratorio o intermedio.

En relación a este método, Sparks y Lien-Gieschen (12), hacen hincapié en la necesidad de utilizar todas las posibles características definitorias que pueda tener cada diagnóstico y no sólo las que puedan venir de una determinada clasificación.

● **EL MODELO DE VALIDEZ DIAGNÓSTICA CLÍNICA**

Este modelo persigue la obtención de evidencia clínica mediante observación u obtención de información directa de pacientes.

Al igual que en el modelo anterior, se toman los diagnósticos establecidos a nivel teórico en las distintas clasificaciones.

Un paso previo importante consistirá en definir claramente las características definitorias del diagnóstico estudiado, siendo lo ideal el desarrollar definiciones operativas para cada característica.

Dentro de este modelo, el autor define dos aproximaciones, en función de la naturaleza del diagnóstico que esté siendo estudiado. La aproximación original se basa en la observación clínica realizada por dos expertos que intentan determinar la presencia o ausencia de determinadas características definitorias.

La aproximación modificada, denominada Validez Diagnóstica Clínica centrada en el paciente, utiliza la obtención directa de información clínica a partir del paciente, sin que sean necesarios dos expertos, solicitando al paciente que defina en qué grado cada característica definitoria es indicativa de sus sentimientos o comportamientos. Fehring aconseja utilizar la segunda aproximación cuando los diagnósticos supongan o tengan relación con respuestas afectivas (ansiedad, soledad, etc...).

En este documento, me centraré sólo en la aproximación original, basada en la observación por pares. El proceso para su realización es el que sigue:

- Obtención de un número dado de sujetos que tengan el diagnóstico que va a ser estudiado.

● Observación por parte de dos expertos clínicos, con el fin de determinar la presencia o ausencia de cada característica definitoria del diagnóstico estudiado.

● Cálculo de la concordancia entre observadores mediante la siguiente fórmula:

$$R = \frac{A}{A + D} \times \frac{F1/N + F2/N}{2}$$

Donde A es el número de acuerdos o coincidencias, D el de desacuerdos o no coincidencias, F1 la frecuencia de la característica observada por el primer observador, F2 la frecuencia observada por el segundo observador N el número de sujetos observados y R la ratio de concordancia entre observadores.

● Los pasos siguientes son los mismos que el modelo de validación de contenido diagnóstico (del número 3 en adelante).

ESTUDIOS APLICADOS

Gordon (1), dentro de lo que he definido como estudios aplicados, identifica los siguientes tipos de estudios:

- a) **Epidemiológicos**, que según la autora, "se diseñan para documentar la frecuencia de los diagnósticos en la población" y permiten predecir posibilidades probables y aumentar la sensibilidad hacia los datos en el proceso diagnóstico, predecir necesidades de cuidado en poblaciones específicas y guiar los contenidos esenciales de la formación.
- b) **De proceso diagnóstico**, es decir, estudios de "como las enfermeras recogen, interpretan, agrupan y dan nombre a sus juicios diagnósticos" que tienen por objeto determinar aspectos interesantes del proceso, errores diagnósticos, el efecto de sesgos potenciales y la influencia de la formación en la competencia.
- c) **De proceso y resultados**, que se orientan hacia la identificación de resultados para diagnósticos concretos en períodos específicos de tiempo.
- d) **De la ética** del diagnóstico y tratamiento.

De todos ellos, me centraré en los denominados por Gordon ESTUDIOS EPIDEMIOLOGICOS, por su rentabilidad inmediata y su fácil ejecución. Personalmente, creo que sería más adecuado denominarlos estudios de

caracterización, para no confundirlos con los epidemiológicos clásicos (13), que abarcan varios tipos de diseños, más allá de los meramente descriptivos.

● Estudios epidemiológicos o de caracterización

Si bien Gordon los define como estudios cuya finalidad es la de determinar la frecuencia de aparición de los diagnósticos en la población (lo que desde la perspectiva cuantitativa, se denomina clásicamente estudios descriptivos), hay que tener en cuenta que puede existir otra finalidad más (14,15): la de relacionar los diagnósticos enfermeros con las variables personales de los sujetos estudiados (edad, sexo, nivel de instrucción, etc...).

Así, los estudios de caracterización pueden clasificarse según aparece en la tabla 1, en:

- **Descriptivos:** Que miden frecuencia de aparición de los distintos diagnósticos de enfermería en una población concreta, bien mediante diseños cuantitativos (a partir de información clínica del proceso de atención) o cualitativos (mediante la opinión de expertos); y
- **Analíticos:** Que relacionan los diagnósticos enfermeros encontrados en una población con las variables personales de los sujetos de esta población, siempre con metodología cuantitativa.

TIPO DE ESTUDIO	TIPO DE DISEÑO	FINALIDAD
Caracterización: Descriptivo	Cuantitativo: Observacional descriptivo	Frecuencia aparición diagnósticos
	Cualitativo	id.
Caracterización: Analítico	Observacional analítico	VARIABLES PERSONALES asociadas al diagnóstico

Tabla 1. Clasificación de los estudios epidemiológicos o de caracterización

La gran ventaja de los estudios de caracterización, radica en que permiten gran utilidad y aplicabilidad con poco esfuerzo, ya que son relativamente fáciles de realizar.

Esta ventaja se pone de manifiesto sobre todo en los descriptivos, ya que, en el caso de los cuantitativos, si bien requieren existencia de registros del proceso de atención, no es necesario que en estos registros aparezcan los diagnósticos, ya que estos pueden interpretarse de la información existente, a

pesar de que esto suponga una posible fuente de sesgos. En lo que respecta a los cualitativos, la finalidad de la realización sobresale de forma especial, ya que no son necesarios registros, al realizarse a través de la opinión de los profesionales.

Ampliando la información facilitada por Gordon, la utilidad de los estudios de caracterización puede resumirse en los siguientes aspectos:

- Planificación de los cuidados de enfermería para una población concreta, a partir de la determinación de sus necesidades de cuidado.
- Implantación y mejora del trabajo con diagnósticos enfermeros, al quedar reducidos los diagnósticos con los que trabajar inicialmente a los más prevalentes.
- Planificación de la formación postgraduada, al utilizar los diagnósticos prevalentes para la detección de necesidades de formación prioritaria.
- Definición de perfiles profesionales y
- Guía para priorizar la elaboración de protocolos y planes de cuidados estandarizados.

BIBLIOGRAFÍA REFERENCIADA

1. GORDON, M. *Diagnóstico enfermero: proceso y aplicación*. 3ª Ed. Mosby/Doyma Libros. Madrid. 1996.
2. FEHRING, R.J. *Methods to validate nursing diagnosis*. Heart & Lung. 1987. Vol 16, nº 6: 625-629.
3. POLIT, D. HUNGLER, B. *Investigación científica en ciencias de la salud*. 4ª Ed. Interamericana McGraw-Hill. México. 1994.
4. UGALDE, M. RIGOL, A. *Diagnósticos de Enfermería. Taxonomía NANDA. Traducción, revisión, comentarios*. Masson. Barcelona. 1995.
5. KERR, M. HOSKINS, L.M. FITZPATRICK, J.J. et al. *Taxonomic validation, an overview*. Nursing Diagnosis. 1993. Vol 4, nº 1: 6-14.
6. CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERAS. *La clasificación internacional para la práctica de enfermería: un marco unificador. La versión Alfa*. Consejo Internacional de Enfermeras. Ginebra. 1996.
7. CASIMIRO-SORIGUER ESCOFET, F.J. et al. *La evaluación de programas de educación de pacientes. Una experiencia clínico-pedagógica*. Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Sevilla. 1993.
8. FRIAS, A. DEL PINO, R. GERMÁN, C. et al. *Validación de la taxonomía diagnóstica de los problemas identificados con mayor frecuencia por los enfermeros en pacientes con hipertensión arterial en atención primaria*. Enfermería Clínica 1993; 3: 24-30.
9. MARTINEZ, M. CUSTEY, M.A. FRANCISCO, M.A. et al. *Validación de una clasificación de diagnósticos de enfermería en atención primaria*. Enfermería Clínica. 1996; 1: 5-14.
10. GONZALEZ, P. RIVAS, A. TORAL, I. et al. *Validación de las categorías diagnósticas de la NANDA en cuatro áreas asistenciales*. Enfermería Clínica. 7 (1): 5-12.
11. CUESTA, A. GUIRAO, J.A. BENAVENT, A. *Diagnóstico de Enfermería. Adaptación al contexto español*. Diaz de Santos. Madrid. 1994.
12. SPARKS, S.M. LIEN-GIESCHEN, T. *Modification of the Diagnostic Content Validity Model*. Nursing Diagnosis. 1994. 5 (1): 31-35.
13. GALVEZ, R. GUILLÉN, J.F. *Concepto y usos de la epidemiología*. Cap. 5. En Piedrola, G. Domínguez, M. Cortina, P. et al. Medicina preventiva y Salud Pública. 8ª Ed. Salvat. Barcelona. 1988.
14. DEL PINO CASADO, R. et al. *Modelos en enfermería comunitaria*. Rol de Enfermería. Noviembre, 1995. 207: 57-63.
15. RODRIGUEZ COBO, D. FRIAS OSUNA, A. *III Jornadas de la Asociación de Enfermería Andaluza: el diagnóstico en enfermería*. Jaén. 1989. Asociación de Enfermería Andaluza. Jaén. 1992.

NANDA & CASE WESTERN RESERVE UNIVERSITY, FRANCES PAYNE BOLTON SCHOOL OF NURSING. *Monograph of the Invitational Conference on Research Methods for Validating Nursing Diagnoses*. Palm Springs. Abril 1989.



**Directrices para identificar
y presentar términos para la
versión Alfa de la CIPE®**

**CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL
PARA LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA (CIPE®)**

Reservados todos los derechos, incluido el de traducción a otros idiomas. Queda prohibida la reproducción de la presente publicación en su totalidad o en parte (por impresión, fotocopia, microcopia u cualquier otro medio), su almacenamiento en sistemas de recuperación y su transmisión en cualquier forma, sin la autorización expresa del Consejo Internacional de Enfermeras. No obstante, pueden reproducirse sin autorización extractos breves (menos de 300 palabras) a condición de que se cite la fuente.

**Clasificación internacional para la práctica de enfermería - CIPE (ICNP®)****ACTUALIZACIÓN – NUEVA VERSIÓN BETA DE LA CIPE****LA VERSIÓN ALFA DE LA CIPE****Antecedentes**

En 1989, se presentó al Congreso del CIE en Seúl una resolución para comenzar la preparación de una clasificación internacional de enfermería. La versión Alfa de la CIPE se publicó en 1996, y se envió a cada asociación miembro un ejemplar de ella para que todas conociesen los progresos hacia el desarrollo de una CIPE y fomentar la participación.

Críticas y comentarios

Se pidieron críticas y comentarios de la versión Alfa a todas las asociaciones nacionales de enfermeras (ANE) miembros del CIE y a otros grupos y personas interesados.

Hasta hoy han comunicado al CIE sus comentarios por escrito sobre la versión Alfa de la CIPE, a través de las asociaciones miembros o de personas, los países siguientes: Alemania, Australia, Brasil, Canadá, Colombia, Corea, Costa Rica, Finlandia, Francia, Guyana, Países Bajos, Reino Unido, Samoa, Suecia, Taiwan, y Trinidad y Tabago. Algunos otros países han indicado que están preparando sus respuestas.

Así, los comentarios que han contribuido al desarrollo en curso se han obtenido de diversas fuentes:

- Organizaciones miembros del CIE
- Personas interesadas
- Consultores expertos
- Recomendaciones de varios proyectos de evaluación y comprobación de la versión Alfa, entre ellos estudios de validación multinacionales, los resultados de la verificación de la CIPE sobre el terreno en el proyecto Telenurse en Europa, y el proyecto financiado por W.K. Kellogg en las regiones de América Latina y África del Sur.

Los comentarios escritos enviados al CIE se distribuyeron a todos los miembros del Equipo de la CIPE para que los estudiaran. Se preparó un análisis de esos comentarios para identificar pautas de problemas. Éstos se examinaron en la reunión que el Equipo celebró en enero de 1998 y se tuvieron en cuenta para orientar la revisión.

En conjunto, los comentarios indicaban la necesidad del proyecto y apoyaban el liderazgo del CIE. Además, se consideró importante para la enfermería el empleo de la CIPE en los sistemas de información y en los registros electrónicos de atención de salud.



MARQUETTE
UNIVERSITY

15 de agosto de 1997

Estimado/a colega:

Le pedimos su ayuda en un proyecto que en potencia aumentará el conocimiento de la enfermería y fortalecerá nuestras relaciones internacionales. Somos profesoras de enfermería interesadas en la terminología de enfermería.

Conforme la profesión de enfermería se va desarrollando, es importante aclarar los fenómenos que son el foco del cuidado en enfermería. El propósito de este estudio es revisar los términos y definiciones de la Clasificación Internacional para la Práctica de Enfermería - Versión Alpha (Alfa). Nos gustaría incluir a enfermeros/as de muchos países y pedimos su participación.

Si decide participar, por favor complete las siguientes preguntas. Esta tarea le tomará unos 30 minutos. Se interpreta el hecho de completar y devolver los formularios adjuntos como su consentimiento para participar. No está obligado/a a participar. Para asegurar que las respuestas sean confidenciales, la información será entregada en grupo, incluyendo variaciones por países. En el resultado final no se identificarán las respuestas individuales.

Este estudio ha sido aprobado por el Comité de Revisión Institucional de la universidad de Marquette, Milwaukee, Wisconsin, EEUU. Cualquier pregunta puede ser dirigida a las investigadoras al teléfono (414) 288-3861, o a través del Correo electrónico (Email): coenena@vms.csd.mu.edu

Gracias por su consideración.

Sinceramente suyas.

A handwritten signature in cursive script that reads "Madeline Wake".

Madeline Wake PhD, RN, FAAN
Decana y Profesora Asociada

A handwritten signature in cursive script that reads "Amy Coenen".

Amy Coenen, PhD, RN, CS
Profesora Asistente

ENCUESTA DE LENGUAJE DE ENFERMERÍA

Información General

Por favor, complete la siguiente información general:

1. ¿Cuántos años de experiencia en enfermería profesional tiene? _____

2. ¿Cuál es su nivel más alto de educación en enfermería?

_____ Técnica o Diploma

_____ Licenciatura o Universidad

_____ Maestría (Master's)

_____ Doctorado

3. Educación adicional:

4. Área(s) de trabajo en enfermería: (marque todas las que sean pertinentes)

_____ Cuidado directo del paciente

_____ Supervisión del cuidado directo del paciente

_____ Administración/Gerencia

_____ Educación

_____ Investigación

5. ¿Cuál es su especialidad en enfermería? _____

6. ¿Cómo clasificaría su conocimiento de clasificación de práctica de enfermería?

1	2	3	4	5
ningún conocimiento	algún conocimiento	conocimiento	suficiente conocimiento	conocimiento extenso

7. País: _____

GRACIAS

**CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL PARA LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA (ICNP)
ENCUESTA DE LENGUAJE DE ENFERMERÍA**

Por favor haga un círculo alrededor de una respuesta en cada una de las preguntas a continuación.

FIEBRE

1. En su consulta, ¿con qué frecuencia ve "fiebre"?
- | | | | | |
|-------|----------|--------------|-------------------------|----------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Nunca | Rara vez | En ocasiones | Con bastante frecuencia | Con mucha frecuencia |
2. ¿Qué otras palabras usan en vez de "fiebre"?
-
-

Características específicas:

Haga un círculo alrededor del número en la escala que indica el grado en el cual las características específicas son representativas de fiebre. Por favor, complete cada punto.

	1	2	3	4	5			
	En absoluto	Muy poco	Algo	Bastante	Mucho			
				EN ABSOLUTO ————— MUCHO				
3. Sofoco				1	2	3	4	5
4. Calor				1	2	3	4	5
5. Tensión alta/hipertensión				1	2	3	4	5
6. Sudor				1	2	3	4	5
7. Respiración acelerada				1	2	3	4	5
8. Dolores corporales, mialgias				1	2	3	4	5
9. Irritabilidad				1	2	3	4	5
10. Letargo/Fatiga				1	2	3	4	5
11. Pulso alto				1	2	3	4	5
12. Sed				1	2	3	4	5
13. Temperatura del cuerpo alta				1	2	3	4	5
14. Escalofríos				1	2	3	4	5

(DÉ LA VUELTA A LA PÁGINA)

FIEBRE

	EN ABSOLUTO ————— MUCHO				
15. Convulsiones	1	2	3	4	5
16. Uñas cianóticas	1	2	3	4	5
17. Falta de apetito	1	2	3	4	5
18. Desorientación, confusión	1	2	3	4	5
19. Alto volumen de salida cardíaca	1	2	3	4	5

Características específicas adicionales:

Si hay alguna característica adicional que usted haya observado en casos de fiebre, por favor inclúyala debajo y evalúela de acuerdo a la escala provista.

20. _____	1	2	3	4	5
21. _____	1	2	3	4	5
22. _____	1	2	3	4	5
23. _____	1	2	3	4	5

Cuidado de enfermería

24. Cuando tiene un paciente con "la fiebre," ¿cuáles acciones de enfermería en específico utiliza usted?

Completar esta encuesta indica su consentimiento para participar en este estudio

Gracias

Madeline Wake y Amy Coenen
 Marquette University (Universidad de Marquette)
 College of Nursing (Facultad de Enfermería)
 P.O. Box 1881
 Milwaukee, WI 53201-1881
 USA
 (414) 288-3812



UNIVERSITAT DE BARCELONA



Centre de Recursos per a l'Aprenentatge
 i la Investigació

Biblioteca de Bellvitge

**CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL PARA LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA(ICNP)
ENCUESTA DE LENGUAJE DE ENFERMERÍA**

Por favor, haga un círculo alrededor de una respuesta para cada pregunta a continuación.

SOLEDAZ

1. En su consulta, ¿con qué frecuencia ve "soledad"?

1	2	3	4	5
Nunca	Rara vez	En ocasiones	Con bastante frecuencia	Con mucha frecuencia

2. ¿Qué otras palabras usan en vez de "soledad"?

Características específicas:

Haga un círculo alrededor del número en la escala que indique el grado en el cual las características específicas son representativas de la soledad. Por favor complete cada pregunta.

1	2	3	4	5
En absoluto	Muy poco	Algo	Bastante	Mucho

EN ABSOLUTO ————— MUCHO

3. Sentimiento de separación o desarraigo del resto	1	2	3	4	5
4. Sentimiento de tristeza debido a la falta de compañía	1	2	3	4	5
5. Aislamiento emocional	1	2	3	4	5
6. Sentimiento de alivio	1	2	3	4	5
7. Sentimiento de resignación	1	2	3	4	5
8. Sentimiento de insignificancia	1	2	3	4	5
9. Sentimiento de privación	1	2	3	4	5
10. Sentimiento de desesperación	1	2	3	4	5
11. Sentimiento de vacío	1	2	3	4	5
12. Sentimiento de alienación	1	2	3	4	5
13. Tranquilidad	1	2	3	4	5

(DÉ LA VUELTA A LA PÁGINA)

SOLEDAD

	EN ABSOLUTO					MUCHO
	1	2	3	4	5	
14. Sentimiento de tristeza debido a la falta de amigos	1	2	3	4	5	
15. Tensión más alta de lo normal	1	2	3	4	5	
16. Pobre autoestima	1	2	3	4	5	
17. Pensamientos negativos	1	2	3	4	5	
18. Agradable	1	2	3	4	5	
19. Pobre concepto de sí mismo	1	2	3	4	5	
20. Sentimiento de tristeza debido a la falta de simpatía	1	2	3	4	5	

Características específicas adicionales:

Si hay alguna característica adicional que haya observado en estados de "soledad", por favor escribalas debajo y clasifíquelas.

21. _____	1	2	3	4	5
22. _____	1	2	3	4	5
23. _____	1	2	3	4	5
24. _____	1	2	3	4	5

Cuidado de enfermería

25. Cuando tiene un paciente que se queja por "la soledad," ¿cuáles acciones de enfermería en específico utilizas?

Completar esta encuesta indica su consentimiento para participar en este estudio

Gracias

Madeline Wake y Amy Coenen
 Marquette University
 College of Nursing
 P.O. Box 1881
 Milwaukee, WI 53201-1881 USA
 Teléfono: (414) 2883861

**CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL PARA LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA (ICNP)
ENCUESTA DE LENGUAJE DE ENFERMERÍA**

Por favor, haga un círculo alrededor de una respuesta para cada pregunta a continuación.

CONFUSIÓN

1. En su consulta, ¿con qué frecuencia ve confusión?

1	2	3	4	5
Nunca	Rara vez	En ocasiones	Con bastante frecuencia	Con mucha frecuencia

2. ¿Qué otras palabras usan en vez de "confusión"?

Características específicas:

Haga un círculo alrededor del número en la escala que indique el grado en el cual las características específicas son representativas de confusión. Por favor complete cada pregunta.

1	2	3	4	5
En absoluto	Muy poco	Algo	Bastante	Mucho

	EN ABSOLUTO ————— MUCHO				
	1	2	3	4	5
3. Pensamiento distorsionado	1	2	3	4	5
4. Confundido	1	2	3	4	5
5. Dificultad a la hora de tomar decisiones	1	2	3	4	5
6. Cambios en la habilidad para relacionarse	1	2	3	4	5
7. Cambios en la habilidad para reconocer objetos y su uso	1	2	3	4	5
8. Recuerdo de información exacta	1	2	3	4	5
9. Habla poco claro	1	2	3	4	5
10. Habla incoherente	1	2	3	4	5
11. Ir a tientas	1	2	3	4	5
12. Desasosiego	1	2	3	4	5
13. Percepción distorsionada	1	2	3	4	5

(DÉ LA VUELTA A LA PÁGINA)

CONFUSIÓN

	EN ABSOLUTO _____ MUCHO				
	1	2	3	4	5
14. Deterioro de la memoria	1	2	3	4	5
15. Disminución/reducción de la atención	1	2	3	4	5
16. Se comunica con claridad	1	2	3	4	5
17. Cambios en la habilidad para seguir instrucciones	1	2	3	4	5
18. Alteraciones en el ciclo sueño-vigía	1	2	3	4	5
19. Desorientación temporal, espacial y/o con personas	1	2	3	4	5
20. Sin sentido de dirección	1	2	3	4	5
21. Comportamiento exigente	1	2	3	4	5

Características específicas adicionales:

Si hay alguna característica adicional que haya observado en estados de confusión, por favor escribalas debajo y clasifíquelas.

22. _____	1	2	3	4	5
23. _____	1	2	3	4	5
24. _____	1	2	3	4	5
25. _____	1	2	3	4	5

Cuidado de enfermería

26. Cuando tiene un paciente con "la confusión," ¿cuáles acciones de enfermería en específico utilizas?

Completar esta encuesta indica su consentimiento para participar en este estudio

Gracias

Madeline Wake y Amy Coenen
 Marquette University College of Nursing
 P.O. Box 1881
 Milwaukee, WI 53201-1881 USA
 Teléfono: (414) 288 3861

ANSIEDAD

	EN ABSOLUTO				MUCHO
	1	2	3	4	5
14. Temblores	1	2	3	4	5
15. Tensión	1	2	3	4	5
16. Con iniciativa	1	2	3	4	5
17. Pánico	1	2	3	4	5
18. Decreciente habilidad para concentrarse	1	2	3	4	5
19. Temeroso	1	2	3	4	5
20. Asustado	1	2	3	4	5
21. Aprensión	1	2	3	4	5
22. Incertidumbre	1	2	3	4	5

Características específicas adicionales:

Si hay alguna característica adicional que haya observado en estados de ansiedad, por favor escríbalas debajo y clasifíquelas.

23. _____	1	2	3	4	5
24. _____	1	2	3	4	5
25. _____	1	2	3	4	5
26. _____	1	2	3	4	5

Cuidado de enfermería

27. Cuando tiene un paciente con "la ansiedad," ¿cuáles acciones de enfermería en específico utilizas?

Completar esta encuesta indica su consentimiento para participar en este estudio

Gracias

Madeline Wake y Amy Coenen
 Marquette University College of Nursing
 P.O. Box 1881
 Milwaukee, WI 53201-1881 USA
 Teléfono: (414) 288 3861

ANSIEDAD

	EN ABSOLUTO					MUCHO
	1	2	3	4	5	
14. Temblores	1	2	3	4	5	
15. Tensión	1	2	3	4	5	
16. Con iniciativa	1	2	3	4	5	
17. Pánico	1	2	3	4	5	
18. Decreciente habilidad para concentrarse	1	2	3	4	5	
19. Temeroso	1	2	3	4	5	
20. Asustado	1	2	3	4	5	
21. Aprensión	1	2	3	4	5	
22. Incertidumbre	1	2	3	4	5	

Características específicas adicionales:

Si hay alguna característica adicional que haya observado en estados de ansiedad, por favor escribala debajo y clasifíquela.

23. _____	1	2	3	4	5
24. _____	1	2	3	4	5
25. _____	1	2	3	4	5
26. _____	1	2	3	4	5

Cuidado de enfermería

27. Cuando tiene un paciente con "la ansiedad," ¿cuáles acciones de enfermería en específico utilizas?

Completar esta encuesta indica su consentimiento para participar en este estudio

Gracias

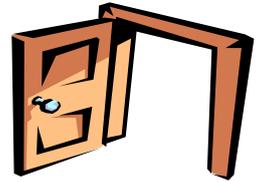
Madeline Wake y Amy Coenen
 Marquette University College of Nursing
 P.O. Box 1881
 Milwaukee, WI 53201-1881 USA
 Teléfono: (414) 288 3861



Centre de Recursos per a l'Aprenentatge
 i la Investigació

Biblioteca de Bellvitge

Conferencia Inaugural



Amy Coenen:

✦ "Clasificación Internacional para la práctica enfermera (CIPE). Unificación del Marco de trabajo"

Judith Warren:

✦ "Nuevas perspectivas de Taxonomía de la NANDA"

Clasificación internacional de la práctica enfermera.

Unificación del marco de trabajo

Amy Coenen.

Amy Coenen, PhD, RN, CS
Coordinadora del proyecto CIPE
Consejo Internacional de Enfermeras Ginebra Suiza
Profesor Asistente Marquette University College of Nursing Milwaukee, WI USA

Buenas tardes, siento no poder hablarles a ustedes en español y agradezco la traducción.

Agradezco la oportunidad de estar con vosotros en esta conferencia. Comparto vuestro entusiasmo y excitación por el tema de esta conferencia- Diagnósticos enfermeros. Estoy aquí como representante del Consejo Internacional de Enfermeras (CIE). Soy la coordinadora del proyecto para la Clasificación Internacional de la Práctica Enfermera. He tenido la oportunidad de visitar enfermeras en todo el mundo y de aprender sobre la enfermería en todos los países. En cada visita he obtenido mayor apreciación por la cantidad de aportaciones que las enfermeras han hecho en el cuidado de la salud. Trabajando con CIE me ha hecho sentir orgullosa de la enfermería y de las enfermeras. Me siento honrada de formar parte de Grupo de Desarrollo del CIPE y de traer para vosotros la actualización de su trabajo.

En mi conferencia de hoy quisiera hacer una breve revisión de la historia del CIPE y el desarrollo de varios proyectos y un anticipo de la próxima versión Beta del CIPE.

Antecedentes

Si repasamos la historia, vemos que la búsqueda de un lenguaje común en enfermería no es nuevo. En 1859, Florence Nightingale escribió en sus "Notes on Nursing". "Los elementos en enfermería son los mismos, pero desconocidos". Una de mis profesoras, Norma Lang, ha expresado su preocupación por la visibilidad de la enfermería en la práctica clínica, en investigación y en la política pública. Ella afirmó, " Si no lo podemos nombrar (enfermería), no lo podemos controlar, practicar, investigar, enseñar, financiar o plantearlo en la política pública" (Lang, 1991).

El reto es hacer la enfermería y las enfermeras visibles. Nosotros sabemos que la práctica clínica de la enfermera comporta una diferencia en el cuidado de la salud de los individuos y las comunidades. Necesitamos un lenguaje para llevar a cabo nuestras investigaciones, para comunicar nuestros resultados y para implementar los resultados en la práctica. El lenguaje enfermero es necesario para la enfermería científica.

Objetivos

Los objetivos y criterios para el CIPE continúan dirigidos a su desarrollo. Los objetivos fueron formulados en una propuesta inicial del Consejo Internacional de Enfermería (1991) e incluyen:

- Establecer un lenguaje común para describir la práctica enfermera en orden de mejorar la comunicación entre las enfermeras y entre las enfermeras y otros.
- Describir el cuidado de enfermería (para individuos, familias y comunidad) en diferentes marcos, tanto institucionales como no institucionales.
- Capacitar la comparación de los datos en enfermería en los distintos marcos, poblaciones, áreas geográficas y tiempo.
- Demostrar las tendencias del proyecto en la provisión de los tratamientos y cuidados de enfermería y la redistribución de los recursos dependiendo de las necesidades de los pacientes y basados en los Diagnósticos de Enfermería..
- Estimular la investigación en enfermería a través de los datos accesibles en los sistemas de información de enfermería y en los sistemas de información de salud.

Asociación

El CIE ha apoyado el desarrollo del CIPE desde 1989, en este año el congreso de la CIE aprobó la propuesta inicial en Seúl. Desde entonces, ha habido un gran número de esfuerzos para desarrollarlo. En esos esfuerzos se ha necesitado el trabajo y el soporte de numerosos miembros, incluidas asociaciones y miembros individuales de España. Me gustaría subrayar algunos proyectos del CIPE como ejemplo de colaboración.

En 1993, Enfermeras de América y de las regiones meridionales Africanas se encontraron en Méjico con el soporte de la Fundación W.K. Kellogg. Los participantes criticaron los recientes progresos del CIPE. También empezaron a trabajar estrategias a nivel de proyectos en cada país enfocados a la Atención Primaria, para ser desarrolladas por el CIPE.

Desde la reunión en Méjico, los países seleccionados de Latino América y de las regiones meridionales de África han continuado sus trabajos con la ayuda de personal del CIE, Dra. Margaret Murphy y Fadwa Affara. Tuve la maravillosa oportunidad de atender a un Taller Regional para los Proyectos de los Países Miembros para América el pasado mes en Santiago de Chile. Estos proyectos por países incluyen una gran variedad de métodos para desarrollar la terminología del CIPE en áreas de Atención Primaria y Comunitaria. A este taller también asistieron representantes de la Asociación Nacional de Enfermeras Españolas. Estas diapositivas identifican los países representados en los proyectos Latinoamericanos - Brasil, Chile, Colombia, Méjico. y los de la Región Meridional de África - Botswana, South África, Swaziland, y Zimbabwe.

Nuestros colegas del Este también han empezado a trabajar. En 1995, los países de Asia Pacífica hicieron un taller para enfermeras de Taiwan, Tailandia, Japón, Samoa Occidental, Singapore, Filipinas, Malasia, Corea y Nueva Zelanda. Enfermeras de estas regiones están haciendo un esfuerzo para colaborar con el CIE para desarrollar y probar el CIPE, y tienen planeada una nueva conferencia regional para Septiembre en Taiwan.

Otro proyecto, aquí en Europa, del cual tal vez hayáis oído hablar es, El proyecto Europeo Telenurse. Este proyecto se centra en el desarrollo de archivos de pacientes electrónicos, investigando y desarrollando el programa de la Unión Europea para la Aplicación Telemática en el Cuidado de la Salud. Randi Mortensen, de el Instituto de Salud Danés e Investigación de Enfermería, dirige este proyecto. Recientemente este proyecto ha incluido pruebas clínicas del CIPE en los archivos electrónicos de pacientes de varios países Europeos.

Finalmente, se están llevando un gran número de esfuerzos en investigación por todo el mundo, por ejemplo enfermeras españolas han participado en estudios de validación, utilizando grupos específicos y encuestas.

La combinación de estos esfuerzos subraya la importancia del CIPE como representante de la red global de enfermeras. Además de representar diversas áreas geográficas, también tiene la intención de llegar a distintos tipos de usuarios. Distintos usuarios incluye:

- Enfermeras clínicas (incluye las diferentes especialidades y lugares de trabajo)
- Especialistas en sistemas de Información
- Enfermeras educadoras
- Investigadores
- También estudiantes!

Versión Alfa CIPE

Los esfuerzos del grupo de desarrollo del CIPE y en enfermeras alrededor del mundo, resultó en la Versión Alfa del CIPE publicada en 1996 por el CIE. Esta publicación se hizo para dar a conocer el trabajo realizado y para estimular el interés en el proyecto. Esta versión da una estructura y define un vocabulario, tanto como clasificación para la práctica enfermera como marco de trabajo en donde los distintos vocabularios y clasificaciones ya existentes pueden cruzarse. La Versión Alfa del CIPE incluye tres elementos mayores:

Fenómeno enfermero (problemas y diagnósticos enfermeros)
Intervenciones de enfermería (tratamientos y acciones)
Resultados enfermeros.

Los términos utilizados para describir los tres elementos y la definición de los mismos ha sido desarrollada a medida que el CIPE ha evolucionado. Me

gustaría compartir un adelanto de la próxima Versión Beta del CIPE que proporciona una visión de algunas decisiones en relación a este desarrollo.

A todas las Asociaciones Nacionales de Enfermería que son miembros del CIE se les pidió su opinión de la Versión Alfa. Hasta ahora los siguientes países han opinado por escrito, Australia, Brasil, Canadá, Colombia, Costa Rica, Finlandia, Francia, Alemania, Guayana, Corea, Holanda, Samoa, Suiza, Taiwan, Trinidad, Tobago e Inglaterra.

Quiero subrayar alguno de los temas de mayor comentario. Sobre todo el comentario refleja la necesidad del proyecto y de su aprobación por el CIE. Otros comentarios incluyen la necesidad de utilizar formatos más fáciles, para registros manuales. A demás las enfermeras estaban preocupadas por la aplicación del CIPE en los sistemas de información y en los registros electrónicos de cuidados. Los críticos identificaron la necesidad del trabajo de proyectos por países y su expansión a Áreas de Atención Primaria. Se identifico el desafío de la traducción, esta versión se ha traducido a 15 lenguas. Este trabajo a sido un verdadero desafío. Hasta el pasado mes, la versión entera no fue posible tenerla en Español. La necesidad de mejorar los términos y sus definiciones fue esperada. Todos los comentarios recibidos de la Versión Alfa, fueron usados para trabajar en la Versión Beta.

Próxima Versión Beta del CIPE

La próxima versión Beta es una visión preliminar de las decisiones que se han tomando en el grupo de desarrollo. El CIE muestra esta visión preliminar para estimular los comentarios.

El concepto de un marco de trabajo unificado ha sido el tema de mayor incidencia en el desarrollo del CIPE. Como marco de trabajo unificado, el CIPE, reconoce el trabajo de clasificaciones de enfermería ya existentes, como NANDA. Evaluando los esfuerzos ya existentes por una clasificación de enfermería y la necesidad de diversidad para representar la globalidad, el trabajo hacia la versión Beta ha resultado en una estructura de clasificación multiaxial para cada uno de los tres elementos del CIPE. Igual que en la versión Alfa, los elementos de la versión Beta incluyen: Fenómenos enfermeros, Acciones de Enfermería y Resultados de enfermería.

Para ayudar en la comprensión del enfoque multiaxial, presentare una breve visión de la cuatro generaciones de clasificaciones. Seguidamente, daré ejemplos para clarificar mas este enfoque multiaxial. Por ello, si la descripciones de las generaciones resulta poco clara, los ejemplos usados por el CIPE, que mas tarde os explicare, os ayudaran a comprenderlo.

La primera generación de sistemas de clasificación son listas de conceptos o clases. Así es como el trabajo de la CIPE empezó, con una lista alfabética de todos los términos usados en los sistemas de clasificación en enfermería que aparecían en la literatura.

La segunda generación de sistemas de clasificaciones se construyeron añadiendo jerarquías. Estas clasificaciones monoaxiales reflejan lo que nosotros estamos acostumbrados a ver en enfermería. Por ejemplo la Versión Alfa del CIPE fenómeno y la Taxonomía de la NANDA son clasificaciones de este tipo, precombinación de conceptos.

Las clasificaciones de tercera generación se amplían y permiten más de una división de un término superior de la jerarquía y combinaciones de conceptos desde varias divisiones y ejes. Las clasificaciones de tercera generación son multiaxiales, multijerárquicas y de combinación. Esto permite un enfoque más flexible y específico. La versión Alfa de Clasificación para las intervenciones fue un intento de este tipo de clasificación. En el futuro la versión Beta del CIPE de clasificación del fenómeno y los resultados representará un enfoque multiaxial.

Finalmente, la cuarta generación de clasificaciones es un sistema multiaxial, multijerárquico en el cual las reglas para las combinaciones razonables de conceptos están explícitas. Este nivel de clasificación será un reto para las futuras enfermeras investigadoras.

Ahora os daré ejemplos de ejes y términos de la Versión Beta del CIPE para demostrar el enfoque multiaxial.

En la versión Beta la clasificación de definiciones de los fenómenos de enfermería ha sido revisada para darle un enfoque multiaxial.

Fenómeno: Factores que influyen en el estado de salud, los cuales son conceptos de enfermería.

Diagnóstico Enfermero: Etiqueta otorgada por la enfermera sobre la decisión de un fenómeno que se centra en las intervenciones de enfermería.

Para el CIPE un diagnóstico enfermero está compuesto por conceptos incluidos en los ejes de clasificación de fenómenos.

Si lo enfocamos desde la clasificación de fenómenos multiaxial los siguientes ejes se hallan debajo para su desarrollo.

- centrado en la práctica de la enfermería
- juicio
- grado (severidad)
- frecuencia
- cronicidad
- topografía, lateralidad
- lugar del cuerpo
- probabilidad

Para posteriormente poder examinar algunos ejes específicos, primero veremos el eje centrado en la práctica enfermera. Las categorías superiores

de la nueva Versión Beta del CIPE para la clasificación del fenómeno de enfermería, centrada en el eje de la practica a enfermera se halla reflejado a continuación.

Medio Ambiente	Ser Humano
Fenómeno Enfermero	Individuo
Ambiente Físico	Grupo
Ambiente Biológico	Funciones
Familia	Ambiente Artificial
Persona	Comunidad

Si conocéis la Versión Alfa, este diagrama os puede resultar familiar. El eje centrado en la Practica enfermera tiene dos términos principales, "Ser Humano" y "Ambiente". Fenómenos relacionados con individuos y grupos (incluye familia, comunidad y sociedad) y el medio ambiente están representados en este eje. Por ejemplo conceptos como dolor, deshidratación, paternidad y polución del agua se incluyen como focos para la practica enfermera. En la nueva Visión Beta, los modificadores de los términos no se hallan presentes en el eje.

Examinando otros ejes de la Versión Beta del CIPE, los términos en el eje de Juicio pueden incluir lo que comúnmente se identifica como modificadores o Juicios de las enfermeras. Por ejemplo el eje de Juicio puede incluir términos como:

Alterado, perturbado, aumentado, disminuido, inefectivo, deteriorado, fortalecer, intensificar.

Estos términos de juicio representan tanto el problema como las líneas de conceptos a modificar desde varios ejes de la clasificación. Estos ejemplos son combinaciones de términos de la Versión Beta de los distintos ejes de la clasificación de los fenómenos para componer los Diagnósticos de Enfermería.

Ejes Importantes	Términos seleccionados
Enfocado en la Practica Enfermera	Alterado
Grado	Extremo
Cronicidad	Crónico
Probabilidad	Riesgo de
Diagnostico	Alteración del Sueño
	Gran Alteración del Sueño
	Alteración crónica del sueño
	Riesgo de Alteración del sueño

El uso de este enfoque multiaxial demuestra los esfuerzos del CIE al ser inclusivos para ponderar el poder expresivo del sistema y apoyar el concepto

de un marco de trabajo unificado.

Parecido a la clasificación de los fenómenos, la Nueva Versión Beta del CIPE en la Clasificación de las Intervenciones y Los Resultados utiliza clasificaciones de tercera generación que utilizan un enfoque multiaxial. Las Definiciones para los términos principales en la Clasificación de las Acciones de Enfermería incluye:

Acciones de Enfermería: Comportamientos de las enfermeras en la práctica

Intervenciones de Enfermería: Acciones que se toman en respuesta a un diagnóstico enfermero en orden de obtener unos resultados enfermeros.

Para el CIPE una intervención de enfermería se compone de conceptos contenidos en el eje de la Clasificación de las acciones.

En la nueva Versión Beta también se han revisado los Resultados de Enfermería:

Resultados de Enfermería: Es la medición del estado de un diagnóstico de enfermería en el tiempo tras haber realizado una acción de enfermería.

Por tanto La Clasificación de los Resultados Enfermeros es un reflejo de la Clasificación de los Fenómenos Enfermeros. En la práctica un resultado mide el cambio (o la ausencia de cambio) de un diagnóstico de enfermero en el tiempo.

¿Como puedo participar?

Muchas de vosotras ya estáis participando. Dado que el CIPE es un producto del CIE, la red apropiada de comunicación es a través de las organizaciones miembros del ICN- Las Asociaciones Nacionales de Enfermería. La información técnica y los sistemas para monitorizar los avances se obtienen mediante el cuartel general del CIE en Ginebra, investigadores individuales y organizaciones son animadas para colaborar con el CIE a través de las Asociaciones Nacionales de Enfermeras y otras Organizaciones Profesionales.

El CIE continuara difundiendo información a través de publicaciones, conferencias, medios electrónicos, y redes (como la del proyecto a nivel de países de Latinoamérica). La pagina Web del CIPE se halla en Internet. Para acceder a ella precisas tener por lo menos Windows 95 y Microsoft Internet Explorer3.0.

Hay dos sitios:

La Versión Alfa se halla publicada en:

“II Simposium Internacional de Diagnósticos de Enfermería”
y “III Congreso Regional de Castilla y León”
AENTDE

<http://www.nethotel.dk/dihnr/Telenurse/CIPE>

Encontrareis la versión experimental, donde se han hecho cambios en relación a los comentarios recibidos y que es el camino para la nueva Versión Beta en :

<http://www.nethotel.dk/dihnr/Telenurse/CIPE/Beta>

¿ Y ahora que sigue?

Entendemos que el desarrollo del CIPE es un proyecto a largo plazo. Como el alfabeto Griego, con 26 letras, hemos comenzado al principio con alfa y creemos que existe mucho camino a andar. En este momento se están centrando los esfuerzos en la traducción, difusión y evaluación de la Versión Alfa. Todos estos esfuerzos fomentaran el desarrollo de la nueva Versión Beta que creemos saldrá durante 1999.

El compromiso de las enfermeras de todo el mundo ha ayudado al avance del CIPE. Esta participación es necesaria. El trabajo con múltiples personas, en diferentes áreas como Atención Primaria, Especialistas en Informática, personas del gobierno, educadores y otros es esencial para el desarrollo del CIPE. Nosotros debemos continuar trabajando juntos con la comunidad de enfermeras. Todos podemos contribuir al proceso de desarrollo. El éxito del CIPE depende de tu participación.

Gracias

"Nuevas perspectivas de Taxonomía de la NANDA"

Judith Warren

Gracias por invitarme al 2º Simposium de la AENTDE, para poder compartir con vosotros el trabajo de la NANDA y ver como podemos colaborar en el desarrollo del Lenguaje Enfermero. Hace tres semanas la NANDA celebró su 25 aniversario en su 13 conferencia bianual. Realmente un evento histórico. En nuestra conferencia hicimos una gran celebración, con globos, pastel de aniversario, vino, queso, recepciones, banquete, y un vídeo con anteriores conferencias, pasamos un buen rato. También debatimos sobre nuevos diagnósticos y discutimos la revisión de alguno ya existente. Viejos amigos se encontraron y se hicieron nuevos amigos. Asistieron enfermeras de toda Norte América y también de otros países. Hablamos sobre enfermería y compartimos investigaciones e ideas y dirigimos el trabajo de desarrollo de los Diagnósticos de Enfermería de NANDA.

¿Que es nuevo en NANDA?

En la conferencia se discutieron aproximadamente 40 nuevos Diagnósticos. 20 de ellos fueron aceptados y ahora están siendo clasificados para su publicación. Dos organizaciones de enfermeras especialistas, la Asociación de Enfermeras de Rehabilitación y la Asociación de Enfermeras Quirofanistas, sometieron grupos de diagnósticos de enfermería. Esto es nuevo en NANDA. Un grupo de Enfermeras Comunitarias sometió un numero elevado de Diagnósticos orientados para la salud y el Grupo de Investigación NDEC (Diagnósticos Enfermeros Ampliación y Clasificación) sometió varios nuevos Diagnósticos y numerosas revisiones de antiguos Diagnósticos. El grupo NDEC es actualmente el único grupo de investigación que tiene contacto con NANDA. NANDA acepta toda oportunidad para desarrollar contactos con otros grupos de investigación.

Se presentaron 55 revisiones a discusión. El Comité de Revisión de Diagnósticos esta procesando las propuestas y comentarios, alguna de estas revisiones aparecerán en la nueva edición de la NANDA "Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificaciones 1999 - 2000" Este monográfico se publicara en Agosto de 1998.

El Comité de Taxonomía propuso la Taxonomía II que es radicalmente diferente al actual marco de trabajo de Clasificación. Los comentarios de los asistentes a esta propuesta fueron entusiastas. El Comité se hizo cargo del desarrollo de este nuevo marco de trabajo para presentarlo en la próxima conferencia en el año 2000.

Después el Comité Internacional presento una mesa constituida por miembros de Japón, Brasil, España, Países Bajos y Francia, que presentaron los trabajos realizados en sus países en Diagnósticos Enfermeros, identificando sus preocupaciones sobre aspectos culturales y legales y se hablo sobre los problemas de traducción de los Diagnósticos a sus diferentes lenguas.

Después de esta presentación se discutió sobre los aspectos identificados y de cual sería la mejor manera de abordarlos. Mas tarde os presentaré algunas estrategias propuestas por la junta de la NANDA.

Taxonomía II

Desde la Novena Conferencia, se había estado discutiendo el tema de crear un marco de trabajo alternativo para la clasificación de los diagnósticos NANDA. El marco conceptual actual de Patrones de Respuesta Humana, es difícil de entender para muchos y también se difícil, sino imposible, de traducir a otras lenguas. En la novena conferencia la idea de una estructura multiaxial fue presentada. La falta de sofisticadas bases de datos computerizadas y la extrema dificultad de implementación sobre el papel, impidieron que esta idea fuese aceptada. En años recientes ha habido un esfuerzo internacional para desarrollar e implementar el registro de las historias de los pacientes computerizado. Con esta tecnología se puede soportar una clasificación multiaxial. En los últimos 2 años el Comité de Taxonomía ha trabajado para desarrollar esta clasificación multiaxial y para crear un marco de trabajo que este basado en aspectos mas prácticos y que sea viable para su traducción a otras lenguas.

● Los ejes de esta Clasificación son:

- Concepto de Diagnostico Neutral.

p.e. El concepto neutral en el Diagnostico “Afrontamiento Individual Inefectivo” será “Afrontamiento”

- Nivel de Agudeza

Este modifica el concepto del diagnostico. El rango va de agudo a crónico.

- Unidad de Cuidado

Si el diagnostico se refiere a un individuo, a la familia, a la comunidad o a un grupo de personas.

- Potencialidad

Se refiere al estatus del Diagnostico. Si es actual, de riesgo o es potencial para la mejora (este ultimo se utiliza en Diagnósticos de Salud).

- Modificadores

Esto son adjetivos que modifican el diagnostico. P.e. “inefectivo” es el modificador en “afrontamiento individual Inefectivo”

● Los Dominios de la Taxonomía II son:

Percepción de Salud - Manejo de la Salud.
Nutrición - Metabolismo
Eliminación
Mantenimiento de la Energía
Cognitivo - Perceptivo
Autopercepción - Autoconcepto
Rol de Parentesco
Sexualidad - Reproducción
Afrontamiento - tolerancia al estrés
Valores y creencias
Seguridad y Protección
Confort

Como pueden observar estos campos son de mayor relevancia clínica que los actuales patrones de intercambio, sentimiento, conocimiento o movimiento.

El Comité de Taxonomía está desarrollando las definiciones para estos campos e identificando clases para cada campo. Cuando este trabajo esté terminado, los Diagnósticos serán clasificados en este nuevo marco conceptual. La NANDA entonces publicará y distribuirá la nueva Taxonomía.

● ¿Cómo se desarrollan los Diagnósticos?

El desarrollo de nuevos Diagnósticos y las revisiones de los ya existentes se realiza a través de la observación clínica y la descripción realizada por miembros de la NANDA, grupos de Investigación y otras organizaciones de enfermeras. Se deben utilizar métodos formales de investigación para definir y probar las características de las definiciones. Los diferentes métodos utilizados pueden ser Métodos Cuantitativos (diseños casi experimentales o de correlación) Métodos Cualitativos (teorías de campo y fenomenología) y Métodos Epidemiológicos (sensibilidad y especificidad de las características, determinantes de la historia natural de los Diagnósticos de Enfermería)

Un nuevo acercamiento para desarrollar los Diagnósticos es la investigación Terminológica, que se basa en técnicas utilizadas en Investigación Informática de la Salud. Las bases de datos son revisadas en busca de conceptos y sus características definitorias. Otro método es el Vocabulario Modelo, utilizado en el Proyecto Galen.

● Modelo de Los Diagnósticos de la NANDA

Para entender la importancia de un modelo que sirva de guía para el desarrollo de los Diagnósticos de Enfermería, la metáfora de una pintura sirve como ejemplo. Les enseñare dos pinturas de Neiman. Neiman es conocido por la utilización de largas pinceladas de color que retratan la escena que pinta. No hay detalles precisos. Solo sugiere el sujeto, da los esenciales que lo definen, nada más. En la primera pintura podemos ver la gran escalinata de la ópera con gran cantidad de gente.

Tanto la escalinata, como las personas son pinceladas de color. La segunda pintura es una marina, no hay ninguna barca dibujada, son pinceladas de color.

Un modelo contiene los esenciales del objeto que esta siendo retratado. El modelo de los diagnósticos define los componentes que deben ser desarrollados de forma que todos estemos de acuerdo que un diagnostico de Enfermería particular, como concepto, existe.

Los componentes del Modelo de los Diagnósticos de Enfermería son:

- Concepto de Diagnostico
- Concepto de Definición
- Características definitorias del Concepto
- Etiología del Concepto

Para que el diagnostico sea reconocido, estos elementos deben ser desarrollados.

A medida que la Taxonomía II es desarrollada, este modelo deberá ser evaluado para determinar si continua siendo útil para determinados componentes del Diagnostico Enfermero.

● ¿Como se aprueban los Diagnósticos?

NANDA recibe las propuestas de nuevos Diagnósticos o la revisión de los ya existentes de tres fuentes:

1. Individuos o Asociaciones de Enfermeras
2. Equipos de Investigación
3. Pequeños grupos de trabajo que se hacen en cada conferencia.

Las propuestas se envían a la oficina de la NANDA y esta a su vez las envía al Comité de Revisión de Diagnósticos. Estos designan una persona para que revise el Diagnostico junto con la persona o personas que lo han sometido. Cuando el diagnostico alcanza el nivel 2.0, es enviado a la Junta para su aprobación y para ser discutido en la próxima conferencia de la NANDA. El nivel 2.0 contiene todos los componentes del Modelo de Diagnósticos. Una vez se discute en la Conferencia, el Comité de Revisiones añade los comentarios y devuelve el Diagnostico a la Junta para su aprobación y publicación o para su revisión.

● ¿Como se clasifican los diagnósticos ?

Mientras el diagnostico esta siendo revisado, el Comité de Revisión envía la propuesta al Comité de Taxonomía para su revisión. Este lo revisa y determina si puede o no ser clasificado o si se han de hacer revisiones para aumentar su catalogación en la Taxonomía. Cuando el Diagnostico esta en nivel 2.0, el Comité de Taxonomía lo envía a la Junta para su aprobación y discusión en la Conferencia. Después de la conferencia el Comité de Taxonomía añade los comentarios y lo devuelve a la junta para su aprobación y publicación.

● ¿Como trabaja NANDA?

NANDA es una organización compuesta por individuos y asociaciones de Enfermería. Tiene un Presidente, un Presidente Electo, un Secretario, un Tesorero y Cinco Directores. Existen 8 Comités que trabajan en NANDA.

- Revisión de Diagnóstico
- Taxonomía
- Publicaciones
- Programa
- Miembros y premios
- Relaciones Internacionales
- Legal
- Nominaciones

Estos comités están formados por miembros elegidos y miembros designados, los Directores de los Comités de Revisión y de Taxonomía son miembros de la Junta.

Las obligaciones diarias como respuestas al teléfono, envío de libros, tratar las necesidades de los miembros, publicación de la revista "Diagnósticos de Enfermería", la revista de lenguaje y clasificación, son llevados a cabo por una compañía privada NURSECOM que es especialista en este campo.

● Colaboración Internacional

A NANDA le gustaría colaborar con el mayor numero de organizaciones internacionales de enfermera. AFEDI es miembro de la NANDA. Estamos negociando con AENTDE y ACENDIO para el intercambio de miembros.

Hemos trabajado con ICN durante varios años a través de la Asociación de Enfermeras Americanas (ANA), como miembros de ICN para dar información y soporte al proyecto ICNP.

Estamos contactando con otros países como la Sociedad Japonesa de Diagnósticos de Enfermería (JSND) para trabajar con ellos.

El punto estratégico de colaboración para la Junta de la NANDA es pedir que el comité Internacional y los miembros de las organizaciones Internacionales revisen los Diagnósticos basándose en aspectos culturales y de traducción antes de obtener el nivel 2.0

● Temas Internacionales

En la Conferencia de la NANDA se identificaron tres temas de importancia.

El primero son los problemas de traducción, se deben de traducir los conceptos no las palabras, por ello creemos que los enfermeros deben de involucrarse en la traducción de los Diagnósticos para su validación en cada lengua.

Segundo, el lenguaje transmite ideas y perspectivas culturales por eso existe cierta preocupación en el uso en otros países de Diagnósticos que se han desarrollado en Norte América. Debemos reconocer que no todos los Diagnósticos son útiles en todos los países. Tercero, las leyes de derechos de autor son diferentes para cada país. En la Conferencia se llegó a la resolución de que el lenguaje enfermero debe de ser de los enfermeros, no de los editores y vendedores de computadoras. Estamos intentando profundizar en estos temas para ayudar a escoger y a tomar decisiones en el Comité Internacional.

● Patrones de Cuidados de Salud

A medida que nos adentramos en una comunidad mas internacional y a la computerización de los dosiers de Enfermería, debemos dar unos patrones para facilitar la comunicación. A nivel internacional tenemos el ISO (organización internacional de estándares), que tiene establecido un comité técnico que controla el desarrollo de los estándares informáticos en cuidados de salud. Estos estándares incluyen vocabulario y codificación. La OMS continua publicando el ICD-10 (Clasificación internacional de enfermedades). En Estados Unidos tenemos el Instituto Nacional de Estándares Americanos, Junta de Estándares de Cuidados de salud Informatizados (ANSI-HISB) que marca la estandarización para la informatización de los cuidados de salud e incluye también vocabulario y codificación (NANDA ha sido reconocida por este grupo). En Europa hay una organización similar el CEN (Comité Europeo de Normalización).

Como organización que desarrolla el vocabulario enfermero y lo codifica debemos participar y monitorizar esos estándares para asegurar que las necesidades de las enfermeras se cumplen.

● Terminología y Juicio Clínico

Existen dos aspectos a tener en cuenta en el aprendizaje del uso de los Diagnósticos. Primero, estamos desarrollando una terminología o vocabulario que sea útil para comunicar los problemas de salud o las oportunidades de salud que los pacientes, familias, comunidades, ... tienen. Toda persona que utilice el lenguaje debe de aprender el lenguaje, sus conceptos y significados. Para poder diferenciar entre conceptos se deben de conocer las características definitorias así como la sensibilidad y especificidad que existe en la definición del concepto. Es decir aprender el uso correcto del lenguaje. Esto es distinto de Juicio Clínico. El lenguaje es el instrumento utilizado para comunicar los resultados del Juicio Clínico, y debe de ser preciso en esta tarea. El juicio critico es una forma de pensamiento que requiere experiencia y conocimiento. La Enfermera debe de aprender a valorar al paciente desde una hipótesis sobre un problema, comprobar el hipotético Diagnostico para su precisión. Debe determinar el Diagnostico correcto diferenciandolo de otros.

La terminología o lenguaje es una herramienta para expresar el resultado del Juicio Clínico. La enfermera debe de aprender a hacer Juicios Clínicos certeros y a utilizar el lenguaje correctamente.

● Conclusiones

El desarrollo y estandarización del lenguaje enfermero, y NANDA en particular, se parece a la siguiente tira cómica.

Se tira una piedra dentro del agua para ver que pasa.

La roca entra en el agua y provoca ondas.

La roca continua provocando ondas mas grandes que las esperadas.
El hombre se siente inundado por la respuesta de la roca en el agua.

NANDA empieza a identificar los Diagnósticos para mejorar la comunicación entre enfermeras.

Al publicar NANDA los diagnósticos enfermeros se crean debates y cuestiones acerca de los mismos. Esta era la reacción esperada.

Se desarrollan mas preguntas, ¿Como se documentan los cuidados enfermeros? ¿Como lo ponemos en el ordenador? ¿Como lo investigamos? ¿Cuales son las implicaciones políticas? ¿Como trabajamos con otras organizaciones? y ¿Con otros países? y ¿Con otras lenguas? ¿Como podemos influenciar la política sanitaria de nuestro país?

NANDA esta muy sorprendida del impacto que su trabajo esta creando en enfermería y especialmente en la enfermería internacional. Pero no nos sentimos abrumados.

Estamos excitados por la cantidad de oportunidades que nuestro trabajo ha creado.

Estamos preparados para responder y trabajar con otros para conseguir otras oportunidades y retos.

Gracias por permitirme compartir NANDA con todos vosotros.

MESA REDONDA

“Diagnóstico enfermero como instrumento de trabajo en Atención Hospitalaria”

Ponentes:

- M^a Jesús Ladrón. “Experiencia de trabajo en la Unidad de Cardiología del Hospital Río Hortega”
- Rosario Serrano: “La investigación impulsa el avance”
- Lidia Marbá: “Diagnósticos de Enfermería. Experiencia en el Consorci Sanitari de Mataró”

“Diagnóstico enfermero como instrumento de trabajo en Atención Comunitaria”

Ponentes:

- Antonio Rodríguez. “Diagnósticos de Enfermería. Estrategias de implantación”
- Elena Martín Robledo: “Estrategias de implantación de la Metodología Enfermera en un Área de Madrid”
- Juan Luis Badallo: “Vientos de cambio”

“Diagnóstico enfermero como instrumento de trabajo en la Atención Hospitalaria”

M^a Jesús Ladrón y M. Frutos.

Introducción

La práctica científica de la enfermería y su desarrollo profesional acorde a los cambios sociales y a las nuevas demandas en la prestación de servicios sanitarios está ligada íntimamente al reconocimiento social y al establecimiento de un marco conceptual sólido que aglutine a todos los profesionales. Todos somos conscientes que este desarrollo deseado en la enfermería aún no tiene un reflejo claro ni en la sociedad ni en el propio grupo profesional.

En el año 1988, en un artículo, de la revista Mr. decía:

“Nadie está de acuerdo en lo que es una enfermera exactamente, ni siquiera las propias enfermeras. Esta designación se utiliza libremente para describir a alguien, desde una auxiliar de clínica hasta una supervisora de enfermería. Puede estar en posesión de una licenciatura o de un doctorado. Puede trabajar vaciando orinales o supervisando médicos. Esta lucha por una definición ha acompañado a la enfermería moderna desde el principio, cuando Florence Nightingale escogió esta profesión en la Inglaterra victoriana de hace 136 años”. (1)

En este sentido se manifestaba muy recientemente en un artículo de opinión el sociólogo Amando de Miguel, titulado “Enfermería una profesión sin nombre” publicado en El Norte de Castilla del 23 de Marzo de este año, en el que con una argumentación comprometida, afirma no entender cómo una profesión con una identidad tan definida como la enfermería y que cumple las dos características fundamentales de toda profesión independiente como son: estudios específicos, en un cuerpo propio de conocimientos y capacidad de resolver problemas personales que presente el cliente, no se haya desarrollado socialmente al mismo ritmo que otras profesiones y que incluso su nombre como profesión no se identifique en los distintos diccionarios existentes. (2)

La credibilidad de una profesión se fundamenta en los servicios que presta al consumidor. Si la profesión es confusa o incoherente en relación con los servicios que presta, el consumidor también estará confuso. Si la profesión es precisa en cuanto a sus servicios pero estos no se prestan de una forma coherente, el consumidor continuará estando confuso.

Estos tiempos y estos argumentos demandan que las enfermeras estemos serenas, fuertes y responsables a fin de que se valoren los servicios que prestamos.

Si las enfermeras no delimitamos claramente estos servicios y creamos el sistema en el que se apoya nuestra actuación, ¿quién lo va a hacer?. Cuando las enfermeras nos hagamos responsables se podrá asegurar al consumidor la prestación de un tipo de cuidados humanísticos completos, basados en una visión de la persona como ser único dotado de necesidades y respuestas individuales.

Es esencial que las enfermeras practiquemos nuestra profesión en un entorno que no sólo nos permita desarrollar nuestro arte y nuestros conocimientos científicos, sino que además nos brinde el apoyo necesario para que los podamos llevar a la madurez. Naisbitt y Aburdeen (1985) escribían: “La única forma de trasladar la visión y la cooperación al comportamiento cotidiano de las personas es estableciendo estos conceptos sublimes en los entornos de las instituciones día a día”. (3)

Hoy en día, la mayoría de las enfermeras llevamos a cabo nuestro trabajo en un marco institucional. Las instituciones son, por naturaleza, burocráticas debido a que necesitan definir y controlar las funciones de sus diversos componentes. Estas características se aplican en muchas instituciones y la práctica de la enfermera ha liderado un tipo de enfermería definido como institucional.

Este enfoque burocrático de los hospitales ha conducido a una perspectiva muy limitada del papel de la enfermera y del alcance de los cuidados al cliente. Dentro del sistema burocrático, las necesidades de personal se han basado tradicionalmente en las tareas y órdenes escritas por los médicos y en el tiempo necesario para llevar a cabo dichas tareas de acuerdo con las reglas y normas en vigor. Los esquemas de clasificación a menudo han realizado las tareas, los procedimientos y las órdenes, en lugar de hacerlo con la perspectiva global de la práctica del cuidado. El resultado ha sido un tipo de enfermería que ha recibido la denominación de "enfermería institucional".

Los imperativos de tiempo, impuestos, dotados de prioridad y controlados por la institución burocrática, han interferido en la capacidad de las enfermeras para desarrollar su trabajo dentro de sus principios profesionales y de formación. (4)

Las enfermeras, por otra parte, no hemos sido claras, coherentes y no hemos estado unidas al definir los servicios de los cuales debemos responsabilizarnos o describir la forma en que estos servicios deben llevarse a cabo. Sin esta claridad, coherencia y unidad en la profesión es comprensible que el campo de la práctica, controlado férreamente por la estructura burocrática, no diera cabida al desarrollo científico de la práctica profesional.

Enfermería profesional no es sinónimo de la puesta en práctica de las órdenes del médico. Las enfermeras proporcionan otros muchos servicios que no han sido ordenados por el médico ni determinados por normas, reglas y protocolos del hospital.

Las enfermeras debemos ser tan firmes en la articulación de este aspecto de nuestra práctica como lo somos al prestar los cuidados ordenados asociados con el tratamiento médico. (5)

En el desarrollo científico actual de nuestra práctica uno de los avances más significativos y que a mi entender no tiene retroceso (6), es la introducción del proceso de enfermería como método de trabajo. Como ha ocurrido en la última década, el proceso de enfermería, entendido como método sistemático basado en el método científico, seguirá siendo un instrumento válido para la práctica profesional. (7)

El diagnóstico de enfermería debe situarse en el contexto del proceso de atención, del que constituye su etapa central (8). Dicho elemento debe ser un fuerte instrumento aglutinador de nuestra práctica profesional independiente que ayude a la consecución más rápida y eficaz de los objetivos del cuidado hacia el paciente.

Experiencia de trabajo: desarrollo de la metodología científica de cuidados

Antes de exponer nuestra experiencia de trabajo, durante estos últimos años, deseo apuntar que no hemos inventado nada y que hemos intentado, a través de nuestra actualización en el trabajo hacia las nuevas líneas del desarrollo profesional, iniciar y consolidar algo en lo que creemos.

Para definir nuestra línea de trabajo actual y la introducción del proceso y los Diagnósticos de Enfermería en nuestra práctica profesional en la Unidad de cardiología, tengo que describir previamente la evolución personal en la concepción de los cuidados enfermeros.

El Curso de Convalidación y un Curso de Dirección realizado en el año 83-84, me acercaron a un concepto diferente de lo que era nuestro trabajo y nuestro modo de actuar como profesionales. Quiero expresar este sentimiento con palabras de Evelyn Adam cuando afirma:

“El modelo conceptual de cualquier disciplina es una representación estructural de la realidad y no es la realidad misma. Cada uno mira el mundo que le rodea a través de sus propios “cristales” conceptuales. Por ejemplo, una persona que se encuentra frente a un plato de ostras puede mirarlas con mucho apetito, mientras que la otra persona que está a su lado puede reaccionar con horror por el panorama de tener que tomarse esa realidad (9). Yo pretendía tomarme todas las ostras.

Como profesionales tendemos a ver la realidad y la actividad profesional de diferente forma, yo me propuse cambiar actitudes pero “con fundamento”. Asumo la Supervisión de lo que era la Unidad Coronaria en febrero de 1977, en este año defino ya la estructura y funcionamiento, protocolos de actuación de enfermería, distribución del trabajo por turnos, etc.

El proceso de cambio se inicia en el año 1985. La Unidad constaba de 12 camas, 6 boxes y 6 camas de cuidados intermedios. El equipo de Enfermería en este año estaba compuesto de una Supervisora, 14 Enfermeras a turnos y 9 Auxiliares de Enfermería, poco después se reduce el equipo en 2 Enfermeras y una Auxiliar de Enfermería menos.

Se inicia el proceso con un periodo de sensibilización al equipo y un periodo de formación interna para conocer el Proceso de Enfermería. Este periodo duró varios meses. Tras el cual propuse un registro de enfermería cómodo en su utilización.

La historia de enfermería que se elabora constaba de dos partes, la 1ª un guión para obtener una información objetiva del paciente. La 2ª de observaciones, en el que quedaban reflejadas las impresiones de las enfermeras que han realizado la recogida de datos, sobre el estado anímico del enfermo en el momento de realizar la entrevista.

La hoja de problemas tenía tres apartados:

- Una parrilla para anotar el grado de dependencia del paciente en las siguientes necesidades: Higiene, movilización, alimentación y eliminación, con una clasificación de 1 a 3 (de mayor a menor dependencia).
- Un apartado de control de vías, catéteres, sondas, etc.
- Apartado de problemas y cuidados. (10)

Se determina que la recogida de datos sea en el turno de mañana y tarde al ingreso del paciente, siempre que la situación de éste lo permita. Y por la noche y cuando la situación del paciente no lo permita, se pondrán los datos de filiación, observaciones, etc. y se indicará en el cambio de turno. Este registro de enfermería se realiza a todos los pacientes.

La introducción de la historia de enfermería nos obligó a cambiar de un sistema de trabajo por tareas a un sistema centrado en el paciente.

Se establece un programa de reuniones diarias del equipo de enfermería para detectar problemas, planificar cuidados o realizar evaluación.

En esta etapa se detecta un cambio progresivo y positivo en las relaciones interpersonales del equipo de trabajo.

Los principios inherentes al cuidado invitaban a la enfermera a una gran colaboración con el personal enfermero, profesional y no profesional. La cuestión no es determinar quién realizará más o menos actividades relacionadas con los cuidados enfermeros, sino quién, por el momento, puede apoyar mejor a la persona en su proceso de salud, teniendo en cuenta los conocimientos de cada uno y el conjunto de las necesidades de cuidado. (11)

Las interacciones de las enfermeras con las auxiliares de enfermería tienen que estar marcadas por intercambios con el fin de buscar las formas óptimas de prodigar un cuidado. (12)

La enfermera no puede, pues, ser reemplazada. Sin embargo, durante el proceso de cuidar, solicita la ayuda de la auxiliar de enfermería teniendo en cuenta sus conocimientos y sus habilidades. (13)

Styles afirma que la motivación del personal enfermero y la calidad del cuidado logran su cima cuando existe un sentimiento de pertenecer al grupo. Esto significa que los miembros del equipo de cuidados tienen preocupaciones comunes, se comprometen y colaboran.

El desarrollo de este proceso de cambio en los cuidados se veía entorpecido, en los periodos vacacionales por una parte y en la dificultad de interpretación de la argumentación teórica conocida y su aplicación a nuestra práctica de día a día que podía originar que siendo los mismos cuidados que ya se prestaban con la única diferencia de su registro, esta nueva actividad podía de nuevo convertirse en rutina, sin favorecer la creatividad de la enfermera.

Este proceso de trabajo en nuestra unidad se refuerza a nivel institucional a partir de aprobarse por Real decreto (15 de abril del 1987) el reglamento sobre Estructura, Organización y Funcionamiento de los hospitales gestionados por el Insalud y con los objetivos Institucionales que se marcaban desde el Insalud Central. En dicho reglamento se otorga un peso específico a la práctica enfermera con la asignación del trabajo por pacientes y el desarrollo de los registros de enfermería.

En 1988 se adopta en la Unidad el modelo de Virginia Henderson, esto lleva consigo el cambio del registro de recogida de datos, adaptado a las 14 necesidades del cuidado. Este cambio originó la necesidad de formación de todo el equipo de enfermería, tanto en el conocimiento del modelo como del proceso de enfermería.

A partir de esta formación, se marca como objetivo de trabajo en la Unidad hacia los pacientes, el de mantener o restaurar su independencia para satisfacer las 14 necesidades fundamentales. A nivel de equipo el grupo de enfermería se esfuerza por conseguir reconocimiento como profesional por derecho propio. La interdependencia, tan valorada actualmente entre los trabajadores de salud, sólo puede establecerse si se ha conseguido un mínimo de independencia para cada uno de los grupos implicados. Esto sólo se consigue con "paciencia y experiencia".

Se pone en marcha en la Unidad un Modelo de Historia de enfermería con valoración y seguimiento de las 14 necesidades. Este registro se modifica al incorporar el Centro un modelo de recogida de datos adaptándose a la misma filosofía de Virginia Henderson simplificado y readaptado.

A partir de la incorporación de este registro se plantea la necesidad de introducir los planes de cuidados y la introducción de los Diagnósticos de Enfermería en los mismos.

Esto origina de nuevo en el equipo la necesidad de actualización de conocimientos y la formación específica.

Se realiza un listado de Diagnósticos de Enfermería según Nanda y adaptados a las necesidades del modelo Conceptual y a los procesos de los pacientes atendidos en la Unidad.

En el inicio era difícil establecer la diferencia entre los diagnósticos de Enfermería y los problemas interdependientes así como también adecuar los objetivos y las actividades hacia el paciente, en base a los problemas identificados. Por ejemplo: al detectar un “Déficit de conocimientos” e intentar resolverlos con el paciente a través de la orientación e información, éste nos indicaba que nos dirigiésemos a su mujer, hija, etc., a fin de ser ellas las responsables de su cuidado.

Esta argumentación habitual en los pacientes y la rutina de trabajo de la enfermería, que muchas veces resulta más fácil y rápido la realización de las actividades, que la educación del paciente para una máxima independencia, choca frontalmente con la filosofía y los objetivos tanto del modelo conceptual de Virginia Henderson como del propio proceso de enfermería, por lo que nos hemos preocupado especialmente de la responsabilidad que tenemos en la educación, además de la del cuidado.

A partir de las distintas dudas que surgieron en la utilización de los Diagnósticos nos planteamos la necesidad de definir un listado de problemas interdependientes que se presentaban en las distintas patologías atendidas en la Unidad.

Para favorecer la definición de los Diagnósticos y del Plan de cuidados se elabora un registro específico.

Aunque este proceso de desarrollo científico era para el equipo ilusionante por todo lo que suponía tanto para el desarrollo profesional como para el beneficio del paciente, a algunas compañeras les resultaba duro el nivel de exigencia en el cumplimiento de los objetivos de trabajo que nos marcamos con el proceso de enfermería en la Unidad, proyectado al 100% de los pacientes, cuando en el resto de las unidades del hospital dichos objetivos no llegaban al 25%, siendo el reconocimiento en cuanto a la gratificación igual. La justificación a tal presión interna en la consecución de los objetivos se basó en: ser un número suficiente de profesionales y en el deseo de definir en nuestra práctica las responsabilidades e independencia que se otorga a la disciplina enfermera.

El centro de interés de la disciplina enfermera indica aquello sobre lo que se orienta nuestra práctica, sobre lo que se dirige el juicio clínico y las decisiones profesionales.

Según éste planteamiento la práctica enfermera es mucho más que el cumplimiento de múltiples tareas. Requiere una agudeza intelectual considerable, que vista desde el exterior, parece indicar intuición, ya que se trata de “acertar” a escoger una acción pensada, reflexionada, que responda a las necesidades particulares de la persona. (14)

Varios autores afirman que el “cuidado” es la esencia de la práctica enfermera. El cuidado comprende aspectos afectivos o humanísticos relativos a la actitud y compromiso y aspectos instrumentales o técnicos y es importante no separar ambos aspectos.

A menudo, el cuidado es “invisible” (Collière, 1986). Cuidar o preocuparte de alguien, creer en alguien, reforzar sus capacidades, permitirle recobrar la esperanza, acompañarle en su camino, estando presentes, son acciones invisibles. (15)

Si bien, todos los argumentos eran valorados como fundamentales en nuestra práctica para cuidar, es decir, para conocer a la persona y su entorno y para ayudarle hacia el logro de los objetivos que ha escogido y hacia las posibilidades que provienen del interior, la enfermera necesita algo que es escaso, el tiempo (Masson, 1985).

Un tiempo demasiado corto significa un cuidado enfermero incompleto. (16)
Nosotras precisábamos de una experiencia para lograr un cuidado centrado en los recursos y el tiempo necesario para el cuidado que recurre a los valores, a los conocimientos y al saber específico que nos invitan ante todo a asumir responsabilidades que proceden del centro de interés de nuestra disciplina, que nosotras no la habíamos estudiado.

Para poder adaptar el proceso a la falta de tiempo, se realizaron Planes de Cuidados Estandarizados a todas las patologías que se trataban en la Unidad. Se realizaba la valoración con recogida de datos a todos los pacientes a fin de adaptar los planes de cuidados estandarizados considerando las características individuales de cada persona. Se realizaron Planes de Cuidados Estandarizados del: Angor, Infarto, Insuficiencia cardíaca, EAP y Marcapasos. Se incluyeron los Diagnósticos de Enfermería y problemas interdependientes, según Carpenito, como complicaciones potenciales o reales.

Se trabaja con este dossier hasta que por diferentes circunstancias el registro de valoración utilizado no se reimprime cuando se terminan sus existencias. Ante la falta de definición del registro a utilizar y conociendo una valoración existente basado en los patrones funcionales de salud de M. Gordon. (17), propuse su confección para la utilización en la Unidad a fin de mantener los procesos de desarrollo ya afianzados, aún a costa de tener que correr con los gastos de impresión de dicho registro.

En el año 1994 se crea una Supervisión de Área de Cuidados y Documentación de Enfermería que armoniza los registros de enfermería, soporte actual del desarrollo científico de los cuidados que se prestan en la actualidad. Dicha documentación consta de: Protocolo de valoración de Enfermería, fundamentado en patrones funcionales de salud, listado de Diagnósticos Nanda organizados igualmente por patrones funcionales de salud, hoja de Actividades de enfermería, hoja de Alta de enfermería. Dicha documentación general en nuestra Unidad se completa con los Planes de Cuidados Estandarizados y son conjuntamente el soporte actual de los cuidados enfermeros que se prestan en la Unidad de cardiología.

Situación actual en la aplicación del proceso y enunciados diagnósticos. Estrategias para un futuro inmediato.

Esta es nuestra experiencia y aportación específica en el desarrollo y utilización de los instrumentos puestos a análisis en este Simposium Internacional. Este proceso de adaptación a la práctica científica del cuidado en nuestra unidad de trabajo, con sus aciertos y errores, ha sido posible por la labor conjunta y la ilusión puesta por todo el equipo de enfermería, aspecto plausible si consideramos la media de edad, que supera los 50 años, y el esfuerzo que ha supuesto el tener que actualizar muchos de los conocimientos e incorporar otros nuevos no existentes en el curriculum formativo anterior a fin de desarrollar una práctica profesional independiente acorde a los avances científicos y a las actuales demandas de un cuidado individualizado e integral del paciente.

Durante todo este proceso nos hemos hecho frecuentemente las siguientes preguntas:

- ¿Estamos utilizando bien los instrumentos de trabajo?.
- ¿Tenemos problemas similares al resto de equipos de enfermería del Centro... y de otros centros de atención especializada?.
- ¿Estamos rezagadas en cuanto al desarrollo del proceso de Enfermería y enunciados de diagnósticos enfermeros?.

El hacer un análisis y retroalimentación de nuestra práctica actual a fin de corregir errores y adoptar líneas homogéneas de trabajo, así como, el reto que me ha supuesto el estar aquí hoy en esta mesa, me han llevado a intentar responder a estas preguntas analizando cual es la situación actual en la enfermería de atención especializada de nuestro país en cuanto al desarrollo e inclusión de los diagnósticos enfermeros como soporte de la práctica científica del cuidado.

Este análisis, sin estar sometido al rigor científico de un serio estudio de investigación, se apoya en diversos estudios e informes profesionales de estos últimos años cuyas conclusiones nos acercan a la realidad del momento, una realidad que sin ser nada optimista en cuanto a resultados nos puede ayudar a reflexionar sobre las estrategias a seguir ante los distintos problemas detectados.

En varios de estos informes y estudios se concluye que:

Son minoritarias y poco homogéneas las líneas de trabajo desarrolladas por los equipos de enfermería de atención especializada en cuanto a la utilización de los diagnósticos enfermeros como soporte de los planes de cuidados.

Si bien es cierto que en estos últimos años ha aumentado el número de profesionales que introducen líneas de trabajo acordes a los planteamientos de desarrollo científico de la enfermería y así lo demuestra el gran número de publicaciones existente sobre la práctica fundamentada en los diagnósticos enfermeros y sobre estandarización de planes de cuidados, estas son referencias aisladas de iniciativas individuales o de equipos reducidos de profesionales motivados, cuyo esfuerzo y trabajo tiene escasa repercusión en el resto de profesionales y, en ocasiones, escaso reconocimiento por parte de los mandos y líderes de enfermería.

Un estudio realizado por los profesores de Enfermería Fundamental de la E.U. de Enfermería de Palencia realizado en el año 1994 confirma esta afirmación. El objetivo de dicho estudio era conocer la situación de los centros de atención especializada y escuelas de enfermería en cuanto a la utilización de los diagnósticos enfermeros en la práctica profesional y en la formación, a fin de compartir conocimientos y experiencias sobre el tema en unas Jornadas abiertas a profesionales y estudiantes de enfermería, Jornadas que se desarrollaron durante los años 1993, 94 y 95.

A tal fin remiten un cuestionario a las direcciones de enfermería y departamentos de formación continuada de 330 centros, entre centros de atención especializada y E.U. de Enfermería.

De estos 330 centros referenciados como muestra dan contestación escrita solo 13 (12 centros de atención especializada y 1 E.U. de Enfermería). Confirman la utilización de los diagnósticos de Enfermería en el Proceso cuatro centros de atención especializada y una E.U. de enfermería Hospital de Mérida (desde el año 1990 en la unidad de hospitalización a domicilio).

Hospital de Calatayud. Trabajan desde el año 1991 con planes de cuidados y registros de Enfermería que incluyen Diagnósticos NANDA, aunque manifiestan tener dificultades en la utilización.

Clínica Puerta de Hierro de Madrid. Utilizan los Diagnósticos enfermeros de NANDA en la Unidad de Coronarias y transplantes. También en este centro manifiestan tener dificultades hasta adaptarse al nuevo lenguaje.

Hospital Santiago Apóstol de Miranda de Ebro. Desarrollan el Proceso con Diagnósticos enfermeros NANDA en la unidades de M.Interna, Tocoginecología, Pediatría y Reanimación.

La E.U. de Enfermería de Soria afirma haber incorporado en la los programas de varias asignaturas los diagnósticos de enfermería como el eje central de los planes de cuidados específicos.

El resto de centros reconocen en su respuesta no utilizar o desconocer la utilización de los diagnósticos de enfermería.

Tras posterior contacto telefónico con un elevado número de centros de los que no se había recibido respuesta escrita se confirma este escaso grado de implantación y el gran desconocimiento existente sobre dicho instrumento, ciñéndose la “práctica científica” de un gran número de equipos profesionales a la cumplimentación por “obligación”, que no por necesidad, de algún registro protocolizado (recogida de datos, hoja o informe de alta de enfermería, etc.).

Más del 90% de las direcciones de Enfermería y/o responsables del área de formación continuada de los centros incluidos en la muestra que aportan datos escritos o verbales (el 76% del total de la muestra) manifiesta no utilizar o desconocer la utilización de los diagnósticos enfermeros. (18)

Después de cuatro años de la realización de este estudio se puede asegurar de que la situación ha mejorado algo y que existe un mayor número de profesionales y equipos de enfermería de Atención Hospitalaria que han introducido como instrumento de su práctica los diagnósticos enfermeros integrados en el proceso de cuidados, aunque hay problemas que se destacan en prácticamente todos los estudios consultados para la implantación definitiva, homogénea y generalizada de este instrumento como son:

Escasa implicación de los mandos de enfermería y de las Instituciones en el proceso de adecuación científica de la práctica profesional.

En nuestra opinión, no se ha transmitido en la forma adecuada el mensaje de modificación y adecuación de la práctica enfermera a los criterios de desarrollo científico, ni se ha motivado al grupo profesional. Las propuestas de cambio realizadas desde las direcciones de Enfermería, en muchos casos se realizan sin ser consensuadas y sin haberse establecido el proceso de análisis y estudio de las mismas a fin de posibilitar el cambio efectivo. En muchas ocasiones dichas propuestas ni siquiera persiguen la mejora y adecuación de la práctica y la mejora de la calidad de los servicios que se prestan al paciente-cliente, sino el cubrir unos objetivos institucionales.

Escasa participación e implicación de los profesionales.

Esta situación se da bien por conformismo (profesionales que se sienten satisfechos con su práctica enfermera y no sienten la necesidad de cambiarla); Por miedo a lo desconocido (al desconocer justifican la escasa utilidad del proceso) o por desencanto (profesionales que habiendo comenzado a trabajar con los diagnósticos de Enfermería han cedido ante las dificultades encontradas).

Escasos recursos humanos y técnicos.

La conformación de las plantillas de la enfermería hospitalaria se fundamenta más en las acciones a realizar derivadas del diagnóstico y tratamientos médicos que en las que potencien el cuidado integral e individualizado del paciente.

Dificultades en la operativización de los instrumentos propuestos para la práctica científica.

Estamos inmersos aún en un proceso bastante teórico que requiere una actualización en los conocimientos y de debates y foros internos que hagan del diagnóstico enfermero un instrumento útil, a fin de resolver la actual divergencia entre la teoría y la práctica profesional.

Dado que nos encontramos en un Simposium sobre Diagnósticos de Enfermería y aún a riesgo de cometer errores de sintaxis, por lo que pido disculpas anticipadas, he querido resumir los problemas definidos y que afectan a un porcentaje importante de profesionales de enfermería con los siguientes enunciados diagnósticos adaptados de la taxonomía NANDA:

3.2.1 Alteración en el desempeño del rol (profesional)

Características definitorias

Falta de conocimientos para desempeñar el rol

Conflicto de roles

Divergencia teoría/práctica

Falta de tiempo para el desempeño del nuevo rol.

Afrontamiento defensivo

Características definitorias

Negación de problemas en su práctica profesional

Proyección de la culpa en los demás

Racionalización del fracaso

Falta de seguridad

Falta de cumplimiento de los objetivos del cuidado

Factores relacionados

Resistencia al cambio de rol profesional.

5.3.1.1. Conflicto en la toma de decisiones

Características definitorias

Incertidumbre y retraso en la toma de decisiones profesionales

Tensión

Intranquilidad

Factores relacionados

Modelos conceptuales profesionales (creencias/valores) poco claros

Falta de información relevante

Fuentes de información múltiples y divergentes.

Deficitarios sistemas de apoyo

6.1.1.2. Intolerancia a la actividad (profesional)

Características definitorias

Cansancio emocional

Retrasos en la realización de las actividades

Factores relacionados

Inmovilismo

Sedentarismo profesional

6.6. Alteración del crecimiento y desarrollo (profesional)

Características definitorias

Dificultad en el desarrollo de actividades del cuidado independiente

Indiferencia (ante los nuevos métodos e instrumentos de trabajo)

Factores relacionados

Indiferencia al proceso de cambio de la práctica enfermera

Dependencia crónica (de otros profesionales)

7.1.2.1. Baja autoestima crónica

Características definitorias

Pesimismo

Vacilación a la hora de afrontar situaciones nuevas

Dependiente de las opiniones de los demás

Pasividad

Indecisión

Conformismo

Factores relacionados

Actividad profesional dependiente

7.3.1. Desesperanza

Características definitorias

Pasividad (profesional)

Falta de iniciativas (para el desarrollo de la actividad del cuidado)

Disminución del interés (por la profesión)

Déficit de conocimientos

Características definitorias

Actuación profesional inadecuada

Utilización poco precisa de los instrumentos y metodología de trabajo

Fundamentación de la actividad en la rutina y práctica dependiente

Factores relacionados

Falta de interés por el aprendizaje

Ausencia de recursos de aprendizaje o formativos

Interpretación errónea de la información

Desconocimiento de las fuentes de información.

9.3.1. Ansiedad

Características definitorias

Tensión creciente

Incertidumbre en el desarrollo de la actividad

Confusión

Miedo en la actuación profesional

Sentimientos de inadecuación.
Factores relacionados
Conflicto sobre metas profesionales
Cambio en el desempeño del rol

Ante estos problemas identificados y definidos que afectan en mayor o menor medida a un importante número de profesionales y dificultan el desarrollo científico de la práctica del cuidado, es importante definir las estrategias que considerando dichos problemas ayuden a integrar los diagnósticos enfermeros en la actuación diaria de la enfermería de atención hospitalaria.

Entre estas estrategias destacamos como más importantes:

1º Seguir un proceso lógico

Se deben integrar los diagnósticos enfermeros en la práctica sin las prisas que nos hagan perder la orientación y confundir, pero sin pausas dando participación a todos los profesionales a fin de garantizar su asentamiento sólido y definitivo.

La justificación a esta necesidad estriba en que los Diagnósticos enfermeros nos permiten:

Utilizar un lenguaje común

Delimitar nuestro campo propio de actividad partiendo del desarrollo de un modelo enfermero

Ser reconocidos por la sociedad y el equipo

Aplicar el método de la ciencia

Definir los problemas de salud de las personas

Establecer protocolos /planes de cuidados estandarizados e individualizados

Definir sistemas de evaluación enfermera

Favorecer nuestra investigación y aumentar su calidad

Mejorar la atención integral del paciente

El diagnóstico enfermero debe ser entendido como un medio, no como un fin.

Por esto, se utilizará como una etapa dentro de un proceso, desligado del cual carece de sentido y utilidad.

El propio proceso de enfermería es un instrumento que nos permite operativizar el Modelo Conceptual elegido para nuestra práctica.

M. Teresa Luis afirma en este sentido: "Si el proceso y los diagnósticos enfermeros no se utilizan enmarcados en un Modelo Conceptual propio es posible que estemos siendo muy científicos pero poco enfermeros".

2º Definir salidas operativas para la utilización de los Diagnósticos de Enfermería

Esta operativización se puede favorecer:

Sistematizando los cuidados (definiendo planes estandarizados)

Utilizando la informatización como herramienta de trabajo

Definiendo protocolos de enunciados diagnósticos que ayuden a orientar la acción de forma coordinada y homogénea y mejorar la atención al paciente.

El utilizar éstas herramientas de operativización va a ser siempre positivo, al simplificar tiempos para el abordaje diagnóstico y al poderse utilizar por todos los profesionales independientemente de su nivel de conocimientos y destrezas. Pero hay que evitar la rutina en el empleo de estas herramientas y adaptarlas a las características individuales de cada paciente, lo que implica una actualización continua de los estándares y protocolos informatizados.

3º Potenciar el trabajo en equipo.

El desarrollo del trabajo a partir del Diagnóstico de enfermería obliga a todos los profesionales del equipo de enfermería a aunar esfuerzos y a compartir mucho más los planteamientos de actividad.

Compartir una responsabilidad con otros significa “intercambiar” a lo largo del proceso de decisión y trabajar juntos con objeto de ofrecer los cuidados de salud que respondan a las necesidades de una población. Los métodos y los distintos hábitos de trabajo originan visiones diferentes para unos y otros. Así, durante mucho tiempo, “salvar una vida” ha parecido más prestigioso que acompañar al enfermo o moribundo. Gillon (1986) dice que los objetivos morales de las enfermeras y los médicos son los mismos, pero los ángulos desde los cuales los consideran son diferentes. Para el médico, la experiencia está guiada por la importancia de lo que está en juego “la vida humana”, el impacto de su intervención y la amplitud de su responsabilidad. Para la enfermera, la experiencia está orientada hacia la persona y la integridad de su vida (Wolf, 1989). (21)

Trabajar juntos significa que la enfermera y los profesionales de otras disciplinas se comprometen a alcanzar los objetivos de cuidados de salud ejerciendo su autonomía profesional, y para ello, reconociendo su independencia.

4º Mayor implicación directiva en el proceso.

Los mandos de enfermería deben potenciar actividades que favorezcan la participación y el consenso de los profesionales en la adecuación del instrumento a la práctica lo que facilitará su implantación.

Deben además adecuar los recursos humanos a los objetivos de trabajo y reforzar positivamente buscando mecanismos compensadores a los profesionales que consiguen de forma satisfactoria los objetivos.

5º Desarrollo de estrategias de motivación, actividades formativas y de asesoramiento de los profesionales.

Para que a través del conocimiento y la resolución de los problemas puntuales se favorezca una implicación mayor, positiva y generalizada.

Quiero concluir diciendo que es indispensable que las enfermeras dispongamos de una terminología propia, unificada, aceptada internacionalmente y aplicable desde cualquier perspectiva conceptual.

El reto de este final de siglo e inicio del siglo venidero es construir y consensuar definitivamente una terminología diagnóstica que ayude a consolidar la disciplina enfermera.

Con esta argumentación y la acción conjunta de todos los profesionales conseguiremos que el Diagnóstico Enfermero como marca el objetivo de este Simposium se convierta realmente en el elemento impulsor de nuestro desarrollo competencial.

Y os digo que la vida es realmente oscuridad,
Salvo allí donde hay entusiasmo,
Y todo entusiasmo es ciego, salvo donde hay saber
Y todo saber es vano, salvo donde hay trabajo
Y todo trabajo está vacío, salvo donde hay amor.

¿Y qué es trabajar con amor?
Es poner, en todo lo que hagáis, un soplo
De vuestro espíritu
KHALIL GIBRAN

BIBLIOGRAFÍA

- Wesoriek, B. (1993). Estándares de calidad para cuidados de enfermería. Doyma, pag XVII
- “Enfermería una profesión sin nombre”. En El Norte de Castilla, diario de Valladolid. 23 de marzo 1998.
- Wesoriek, B. (1993). Estándares de calidad para cuidados de enfermería. Doyma, pag XVII
- Ibid, pag. 8
- Ibid, pag. 8
- Diagnósticos de enfermería. Taxonomía diagnóstica NANDA. AEED, pag. 11
- Ibid, pag. 11
- Ibid, pag. 11
- Adam, E. (1982). Hacia donde va la enfermería. Interamericana, pag. 5
- Puig de A., Roser Valls. “Historia de una historia de enfermería”. En Revista Rol de Enfermería, nº 89, diciembre 1984, pag. 41
- Keronac, S. (1996). El pensamiento enfermero. Masson, pag. 88
- Ibid, pag. 89
- Ibid, pag. 89
- Ibid, pag. 76
- Collière, M.F. (1993). Promover la vida. Interamericana McGraw-Hill
- Keronac, S. (1996). El pensamiento Enfermero. Masson, pag. 79
- Gordon, M. (1996). Diagnóstico enfermero. Proceso y aplicación. Mosby-Doyma
- Estudio sobre el abordaje de los D.E. en la práctica de la enfermería especializada. Profesores de Enfermería Fundamental. E.U. de Palencia, 1994
- Luis M.T. “Diagnóstico enfermero”. En Revista Rol de enfermería, nº 222, pag 27-31, febrero 1997
- Keronac, S. (1996). El pensamiento enfermero. Masson

“La investigación impulsa el avance”

Rosario Serrano Sastre.

AUTOR: M^a Rosario Serrano. Enfermera. Master en Nursing and Health Studies por la Universidad de Edinburgo. Investigación de Enfermería Clínica Universitaria y Escuela Universitaria de Enfermería de la Universidad de Navarra.

El **equipo investigador** ha estado formado por quien firma este trabajo y M.J. Narvaiza catedrática de EUE, I. Saracibar y M. T. Diaz Adjuntas de EUE, E. Carrascal y P. Tina Supervisoras de la Clínica Universitaria todas ellas en la Universidad de Navarra. Han colaborado constante y eficazmente las enfermeras de las unidades mencionadas.

Este trabajo intenta presentar de manera resumida los proyectos realizados en dos unidades de hospitalización de la Clínica Universitaria de la Universidad de Navarra, una de medicina interna y la otra de cirugía cardiovascular. Todos estos proyectos han sido financiados por el Departamento de Salud del Gobierno de Navarra y publicados posteriormente. 1, 2, 3, 4.

Primer Proyecto: ¿Donde Comienza la calidad científica de los cuidados? 1

La evolución que los servicios de salud han experimentado en la última década ha influido decisivamente en la práctica y la educación enfermera. La mirada atenta a muchos de los problemas surgidos, es lo que nos ha permitido investigar aspectos que deseábamos mejorar en la práctica enfermera. El Primer Proyecto tuvo como objetivos específicos los siguientes:

- 1 Conseguir los documentos de Enfermería, a través de datos fiables, que permitan enunciar los problemas de Enfermería y planificar los cuidados pertinentes.
- 2 Aplicar una sistematización de las acciones de Enfermería o sea la aplicación del PAE.
- 3 Aumentar el criterio científico de los profesionales en la práctica diaria.
- 4 Lograr una atención individualizada al paciente.

Material

Documentos estudiados - Se estudiaron cien documentos de cada clase siendo en total 300 el nº de documentos estudiados.
Se dividió el estudio en tres fases:

Fase Primera - Documentos utilizados hasta el momento:

- Hoja de Valoración por aparatos.
- Hoja de Planificación y Administración de cuidados.
- Hoja de Evolución del paciente.

Fase Segunda - Introducción de Documentos modificados.

- Hoja de valoración al ingreso. Constaba de los siguientes apartados :
apartado 1º) Datos de filiación.

 Diagnóstico médico.

 Motivos de Ingreso.

 Datos Generales.

apartado 2º) Utilización de las necesidades básicas según C. Roy.

apartado 3º) Diagnóstico de Enfermería y objetivos a lograr.

- Hoja de Cuidados: Con separación de cuidados propios y derivados. En cada cuidado se señalaba el motivo que lo justificaba. En los derivados no era necesaria la justificación; esta venía dada por el procedimiento o el tratamiento médico.

- Hoja de Evolución

Fase Tercera - Segunda Introducción de Documentos modificados.

- Hoja de Valoración: Se adoptó el sistema de valoración de los Patrones Funcionales de M.Gordon 6, por considerar que facilitan el enunciado de los diagnósticos de Enfermería. La valoración debía realizarse dentro de las primeras horas del ingreso, ya que es el primer paso necesario para establecer el plan de cuidados de cada paciente.

- Hoja de Cuidados: recoge separadamente los Cuidados derivados de órdenes médicas, exploraciones, etc. Y los establecidos a partir de los Diagnósticos de la Nanda.

- Hoja de Evolución: En la que se expresan por un lado, los cambios en el estado del paciente en cada turno; y en un lugar diferente, los asuntos que necesitan ser transmitidos a las otras enfermeras.

Métodos

- a) Análisis de Contenido de cada documento.
- b) Encuesta de opinión a las enfermeras de la Unidad.
- c) Sesiones de soporte educativo.

La hoja de valoración que se utilizó en la primera fase presentaba un desorden en su estructuración y seguía una sistemática médica, por aparatos, además, algunos datos se repetían innecesariamente.

La hoja de valoración que se utilizó en la segunda fase seguía un esquema similar al de C. Roy. Percibimos la escasa valoración en los aspectos psicosociales y además persistía la falta de sistematización de datos que entorpecía el enunciado de los diagnósticos.

La valoración que utilizamos en la tercera fase fue por patrones funcionales de salud de M. Gordon 6. Notamos un cambio y una mejoría notable el esquema implantado facilita notablemente el enunciado de los diagnósticos.

Tenemos que decir que no era el objetivo de la Investigación en si mismo llegar a la utilización de los diagnósticos pero llegamos a eso gracias a la búsqueda de una aplicación operativa del Proceso de Enfermería.

Resultados

Se hizo el cálculo del porcentaje en la **cumplimentación de la Valoración** del paciente a su ingreso con los siguientes resultados:

Fase I - 36% historias cumplimentadas.

Fase II - 62% historias cumplimentadas.

Fase III - 72% historias cumplimentadas.

Las áreas de mayor dificultad en esa valoración se muestran en la tabla 1

Tabla 1

Fase I	%	Fase II	%	Fase III	%
Oxigenación	43'75	Oxigenación	47	Act/Ejerc.	50
Eliminación	31'25	Nutrición	47	Autoperc.	20'8
Piel	18'75	Piel	46	Cogni/Perc.	10'4

Hoja de Cuidados

- Se cuantificó el número total de diagnósticos emitidos.
- Se diferenciaron los correctos de los incorrectos.
- Dentro de los correctos la frecuencia con que habían sido enunciados.
- Se cuantificó el número de cuidados planificados para cada paciente.
- Se deslindaron y cuantificaron los cuidados que derivaban de decisiones independientes y propias de Enfermería de los que derivaban de las órdenes médicas.

Hoja de Evolución

- Se identificaron y separaron las anotaciones que correspondían a evoluciones del paciente de otros aspectos a transmitir.

Encuesta de opinión en relación con los diagnósticos de Enfermería

- 90% tenían dificultad para expresarlos.
- 80% le resultaba difícil realizar un diagnóstico.
- 70% consideraba eficaz el diagnóstico de Enfermería.
- 65% consideraba que el diagnóstico ayuda a identificar los problemas del paciente.

Las dificultades para realizar el diagnóstico provenían de:

- No estar acostumbradas 90%.
- Falta de tiempo 80%.
- Carecer de los conocimientos previos en esta materia 70%.

El conocimiento previo del diagnóstico de Enfermería correspondía a:

- 36% lectura esporádica de libros.
- 28% los conocimientos eran escasos y sin una fuente concreta de referencia.
- 9% por lectura de artículos.

Número y adecuación de los diagnósticos enunciados.

Al determinar el número total de diagnósticos emitidos observamos un importante descenso entre la primera (224) y segunda fase (87'5). Creímos que esto obedeció a que en la primera fase el descubrimiento de los diagnósticos hizo que se enunciaran bastante arbitrariamente,

posteriormente, según se fue profundizando en el tema, se enunciaron menos al mismo tiempo que mejoraba el rigor en su enunciado. En la tercera fase se mantuvo la corrección de los diagnósticos al mismo tiempo que se elevaba su número (136).

Se estudió la **correlación (correctos /incorrectos) de los diagnósticos enunciados con los datos recogidos en la valoración.**

Los datos se muestran en la tabla 2:

Tabla 2

Diagnósticos Incorrectos	Fase I 44'5%	Fase II 45%	Fase III 40'45%
Diagnósticos Correctos	Fase I 55'5%	Fase II 55%	Fase III 59'55%

Se identificaron las **categorías diagnósticas que se emitían correctamente y que listamos en la tabla 3 por orden de frecuencia:**

Diagnósticos	%	Diagnósticos (cont.)	%
Alteración Eliminación	13'5	Incapacidad actividad	4'9
Alteración Nutrición	12'3	Trastornos comunicación verbal	3'7
Incapacidad Autocuidado	12'3	Alteración bienestar	3'7
Alteración Integridad Piel	9'8	Alteración volumen líquidos	3'7
Ansiedad	8'6	Afectación movilidad física	2'4
Alteración Mucosa Oral	6'1	Alteración patrón sueño	2'4
Vía aérea no permeable	6'1	Riesgo transmisión de infec.	2'4
Alteración Percepción /Sensorial	4'9	Temor	2'4

Discusión y Conclusiones

La introducción de los diagnósticos de Enfermería no fue un objetivo del proyecto sino una consecuencia de introducir el Proceso de Atención de Enfermería en todos sus aspectos. Se hizo necesario encontrar una taxonomía que expresara los problemas de los pacientes con un lenguaje común.

Logros:

1. La enfermera está más centrada en el paciente y las acciones de enfermería tienen una mayor sistematización.
2. Hemos diseñado registros de enfermería que sirven de base para apoyar una metodología enfermera más lógica y científica.
3. Se han ido realizando modificaciones oportunas en los registros con el fin de mejorar la valoración del paciente, la aplicación de los diagnósticos de enfermería, el establecimiento de los cuidados de enfermería y la evolución del paciente.

4. Se ha mejorado el nivel organizativo de las unidades.

Segundo Proyecto: Desde una Sistemática de Enfermería a la estandarización de los cuidados. 2

Al finalizar el primer proyecto, se tenía en las unidades citadas una sistemática de enfermería establecida (PAE) y una documentación que la sustentaba. Pudimos a partir de ahí abordar un nuevo estudio con los siguientes **objetivos**:

1 Identificar los Diagnósticos de Enfermería que las enfermeras habían emitido en la Unidad.

2 Identificar cuales eran las causas (factores relacionados) listadas por las enfermeras en cada uno de los Diagnósticos enunciados.

3 Identificar las acciones, o intervenciones (cuidados), que las enfermeras habían programado a partir de los diagnósticos de Enfermería emitidos para cada uno de los pacientes ingresados en los doce meses de estudio.

Soporte educativo Durante todo el proyecto se tuvieron cuarenta sesiones con las enfermeras de la unidad. Con una frecuencia semanal o quincenal distribuidas a lo largo de los meses de Octubre a Mayo. Estas sesiones fueron presentadas por las enfermera responsable de cada paciente y consistían en el estudio de los problemas y soluciones que ella aportaba en la atención a dicho paciente.

Población - El nº de pacientes estudiado fue 637 con una media de estancia de 6'1 días.

Material - El material de estudio fue la hoja de planificación y administración de cuidados empleada en cada paciente desde su ingreso hasta el alta. analizando exclusivamente los cuidados propios.

Método

El método utilizado fue el **análisis de contenido** valiéndonos de una recopilación informática de todas las hojas de cuidados. Para ello se creó una base de datos (File Maker Pro) y posteriormente se analizaron en número y porcentaje los datos almacenados en ese archivo.

El equipo investigador se dividió en subgrupos y cada uno de ellos estudió un aspecto concreto de cada una de las fichas que producía el programa informático con el fin de conseguir validez y fiabilidad en los resultados.

a) Se comprobó si los diagnósticos recogidos para el estudio estaban o no incluidos en el listado preseleccionado al inicio del proyecto. Se descartaron los que no estaban en la lista preseleccionada y los correctamente enunciados.

b) Se calculó el número y porcentaje de los diagnósticos válidos en relación a la agrupación realizada por Patrones Funcionales de Gordon 6

c) En relación a cada uno de los diagnósticos se analizaron sus factores etiológicos y los cuidados programados por las enfermeras para cada diagnóstico emitido.

- Los factores etiológicos se dividieron en: Procesos fisiopatológicos, tratamientos médicos, de situación, múltiples factores y enunciados incorrectos.

- Los Cuidados se agruparon con los criterios de Campbell 5 en: cuidados de valoración/observación, terapéuticos y de educación/salud.

Resultados:

De cada una de las fichas de la base de datos **se analizaron los diagnósticos de Enfermería correctamente enunciados** e incluidos en el listado previo y que fueron en total 1734.

Se halló el porcentaje en relación a los Patrones Funcionales de Salud siendo los más significativos:

- Nutricional-metabólico 50%.
- Actividad ejercicio 28'14%.
- Percepción-control de la salud 8'13%.

De los 1.734 diagnósticos válidos, que constituían el 75'32% de los problemas registrados se listaron aquellos que superaban en frecuencia el 5% respecto al número total y que fueron:

- Riesgo de infección 39'92%.
- Incapacidad para el autocuidado 14'53%.
- Falta de conocimientos 7'9%.
- Alteración de la perfusión tisular periférica 6'68.
- Afectación de la integridad de la piel 6'28%.
- Afectación de la movilidad física 5'76%.

En relación a cada uno de los diagnósticos se analizaron los factores etiológicos, así como los cuidados agrupados con los criterios anteriormente expuestos.

Véase la tabla 4 correspondiente a **los diagnósticos con sus factores etiológicos:**

Tabla 4

Diagnósticos	Factores etiológicos %				
	Fisiopat.	Tratam médico	De situac .	Múltipl. factores	Incorr.
Riesgo Infecc.	3'92	92'41	3'25	0	0
Incapac. Autoc.	6'5	60'56	28'86	1'62	2'43
Falta Conoc.	4'2	73'4	23'1	0	0

Alterac. Perf. Tisular. Perif.	15'87	34'12	52'38	0	0
Alterac.Int. Piel	13'6	49'2	30'5	3'38	2'54
Afecta. Movi. Fis.	30'6	22'2	27'8	20'8	0

Los resultados que se exponen en la **tabla 5** corresponden a los cuidados (%) establecidos en los diagnósticos más frecuentes:

Tabla 5

Diagnósticos más frecuentes	Cuidados % Observ/Valorac.	Cuidados% Terapéuticos	Cuidados% Educ./Salud
Riesg. Infec.	5'09	94'99	0
Incap. Autocui.	0	100	0
Falta Conoc.	0	2'8	34'25
Alterac. Perf. Tisular. Perif.	0'72	99'27	0
Alterac.Int. Piel	15'38	83'65	0'33
Afecta. Movi. Fis.	1'29	98'77	0

Discusión y Conclusiones

La valoración del paciente a partir de los Patrones Funcionales de Gordon 6 facilitó a las enfermeras el enunciado de los diagnósticos.

Una vez introducidos todos los diagnósticos, los factores relacionados, y los cuidados programados y realizados por las enfermeras en la base de datos, se hizo un análisis detallado de estos.

Con respecto a los Patrones Funcionales existen tres áreas que generaron mayor actividad enfermera: Patrón nutricional metabólico, Actividad/ejercicio y Percepción/control de la salud.

Siendo la primera vez que las enfermeras utilizaban las categorías diagnósticas de la NANDA el haber enunciado 1.734 diagnósticos válidos es en nuestra opinión positivo. El apoyo educativo y de seguimiento en la unidad es a juicio del equipo investigador un factor decisivo.

Las enfermeras tuvieron dificultades en atenerse a la definición de cada diagnóstico. Sin embargo relacionaron bien los factores etiológicos con los cuidados que programaron.

Los diagnósticos Riesgo de infección, Incapacidad para el autocuidado, Alteración de la perfusión tisular, Afectación de la Integridad de la piel y Afectación de la movilidad física se dieron frecuentemente en la fase aguda del período postquirúrgico.

En los períodos del año en que las sesiones tenían la periodicidad marcada aumentaba el número de cuidados y mejoraba su documentación.

El apoyo organizativo y personal que las enfermeras necesitaron para llevar a cabo el estudio pivotó sobre la supervisora de la unidad. El resto del equipo investigador se centró en dar la consistencia y continuidad al proyecto

de principio a fin y fue soporte tanto para la supervisoras como para las enfermeras mientras duró el proyecto.

En este proyecto se hicieron manifiestas dos dificultades:

Algunas expresiones de lenguaje de la taxonomía NANDA no son fácilmente comprendidas por las enfermeras y crearon un cierto factor de resistencia.

Las enfermeras en general no tienen hábito de establecer sistemáticamente el plan de cuidados.

Tercer Proyecto: Estandarizar los cuidados cuando lo hecho es válido. 3

Objetivos del proyecto:

- Lograr una guía estandarizada de Planes de cuidados a partir de los cuidados registrados en la documentación de enfermería y de los datos extraídos en la revisión bibliográfica.
- Conocer el número de cuidados programados y evaluar su adecuación a los diagnósticos de enfermería enunciados.
- Comparar los resultados antes y después de utilizar la Guía de planes de cuidados estandarizados.

Hipótesis: Los cuidados estandarizados facilitan la práctica enfermera mejorando el criterio con los que se establecen e incrementando el número de cuidados.

Sujetos de estudio: Todos los pacientes ingresados en 26 meses en dos unidades de hospitalización: medicina Interna y Cirugía cardiovascular de la Clínica Universitaria de Navarra.

Material

1 - Documentos "Hoja de Cuidados". Donde se enuncian los diagnósticos de enfermería seleccionados por el equipo investigador (37 de la totalidad de los diagnósticos definidos por la NANDA), y el plan de cuidados establecidos en cada paciente.

2 - Base de datos que comprende: los diagnósticos de enfermería emitidos por las enfermeras en cada paciente, factores etiológicos y cuidados establecidos. A partir de su introducción con el programa Filmaker Pro se ha procedido a su análisis y estandarización.

Método

Análisis de contenido a posteriori de las "Hojas de Cuidados" 1.827, en sus aspectos cualitativos y cuantitativos de los pacientes ingresados en 26 meses en las unidades de hospitalización mencionadas.

Etapas del Proyecto

El estudio se dividió en tres Fases.

Fase I Estudio cualitativo.

A - Se recogió al alta de cada paciente el documento Hoja de Cuidados 1255 en total

B - Se identificaron de la totalidad de los diagnósticos emitidos por las enfermeras, los 36 que previamente se habían seleccionado como objeto de

estudio

_ Se determinó la validez de los diagnósticos comprobando su adecuación a los factores etiológicos. A su vez los factores etiológicos identificados se agruparon en fisiopatológicos, de tratamiento, de situación, de maduración, multifactorial y no identificados.

_ Se identificaron los cuidados establecidos a partir de los juicios correctamente emitidos con criterio de frecuencia y agrupados con los criterios de Campbell. 5

C - Se consideraron como variables cualitativas con sus conceptos operativos:

_ Cuidados de observación/valoración. Corresponden a aquellas actividades que la enfermera ejecuta para estimar y examinar la importancia de los signos y síntomas que presenta el paciente.

_ Cuidados terapéuticos. Corresponden a aquellas actividades que la enfermera ejecuta para solucionar los problemas que ha identificado en el paciente y son de su competencia.

_ Cuidados de educación/salud. Corresponden a aquellas actividades que la enfermera ejecuta para desarrollar o perfeccionar conocimientos y actitudes en el paciente que le ayuden a comprender y/o mejorar su estado de salud.

_ Cuidados relacionados con otros diagnósticos. Corresponden a aquellas actividades que la enfermera ejecuta a partir del diagnóstico que enuncia y que al mismo tiempo se corresponden con otro/as categorías diagnósticas.

Estudio de los aspectos cuantitativos de la Fase I

Se estudiaron en 509 pacientes ingresados en cuatro meses las variables cuantitativas siguientes:

_ número de diagnósticos totales enunciados en cada paciente,

_ número de diagnósticos incorrectos enunciados en cada paciente,

_ número de diagnósticos correctos enunciados en cada paciente,

_ número de cuidados (derivados de cada diagnóstico correcto) planificados para cada paciente.

Fase II

A - Se estandarizaron los cuidados correspondientes a cada uno de los diagnósticos de enfermería a partir de los datos obtenidos y de la revisión bibliográfica.

B- Se estableció un soporte educativo para todas las enfermeras de las dos unidades que consistió en sesiones de discusión y clarificación de los aspectos más destacados de la valoración hecha al paciente, los diagnósticos que la enfermera había enunciado, los factores etiológicos de esos diagnósticos y los cuidados establecidos.

Fase III

Una vez incorporados a la práctica los cuidados estandarizados se realizó un estudio, igual al realizado en la Fase I, con 572 "Hojas de Cuidados".

Posteriormente se realizó una comparación de los resultados entre las fases I y III. Para contrastar los resultados de ambas fases se llevaron a cabo los siguientes estudios:

A - Estudio cualitativo. Las variables cualitativas se estudiaron mediante tests de contingencia (X^2) Para las tablas 2x2 que tenían un tamaño de muestra pequeño se usó la *prueba exacta de Fisher*. Se consideró significativo un valor de “p” bilateral igual o inferior a 0’05. Todos los análisis estadísticos se realizaron con programa SPSS para Windows v. 5.0.

B - Estudio cuantitativo. La normalidad de las variables cuantitativas se verificó con el *test Shapiro-Wilks*. Como fue significativo en todos los casos (las variables no eran normales), la diferencia entre la primera fase y la tercera se estudió mediante el test no paramétrico de *U de Mann-Witney*. Los resultados se presentan como media \pm error típico.

Resultados en la Fase I

A - Estudio Cualitativo. Se estudió el documento “Hoja de cuidados” de 1.255 pacientes. Se identificaron de la totalidad de los diagnósticos emitidos los que correspondían al grupo preseleccionado que fueron 2.407.

De estos se determinó su validez, resultando un total de 2.094. En cada uno de los 2.094 diagnósticos válidos, se agruparon los factores etiológicos y los cuidados correspondientes.

B. Estudio cuantitativo. En esta fase los resultados se obtuvieron en un período de cuatro meses, abarcando una población de 509 pacientes. El número de diagnóstico por paciente fue de 1’83 con un error de \pm 0’10.

De estos eran incorrectos 0’27 con un error de \pm 0’03 y correctos 1’56 con un error de \pm 0’09. El número de cuidados por paciente ascendió a 3’03 con un error de \pm 0’18.

Resultados Fase II

Se estandarizaron los cuidados correspondientes a cada uno de los diagnósticos de enfermería. Y se elaboró una **Guía de Planes de Cuidados Estandarizados**, que se dio a cada una de las enfermeras para su utilización. Se impartió un **Programa educativo de 15 sesiones para facilitar el uso de la Guía**.

Resultados Fase III

A. Estudio cualitativo. Se estudió el documento “Hoja de Cuidados” de 572 pacientes. De la totalidad de diagnósticos emitidos se identificaron los que correspondían al grupo de los preseleccionados (1.439) y de éstos se determinó su validez, resultando un total de 1.407.

En cada uno de los 1.47 diagnósticos válidos, se agruparon los factores etiológicos y los cuidados correspondientes.

B Estudio cuantitativo. En esta fase los resultados se obtuvieron en un período de cuatro meses, abarcando una población de 572 pacientes. El número de diagnósticos por paciente fue de 2’84 con un error de \pm 0’11. De estos eran incorrectos 0’06 con un error de \pm 0’01 y correctos 2’78 con un

error de $\pm 0'11$. El número de cuidados por paciente fue de 9'09 con un error de $\pm 0'39$.

En la tabla 6 se ve la **Comparación de los resultados de los Diagnósticos entre la Fase I y la Fase III.**

Tabla 6

Estudio Cuantitativo	Número de Pacientes	Diagnósticos Totales	Diagnósticos Incorrectos	Diagnósticos Correctos
Fase I	509	930	134	794
Fase III	572	1.624	32	1.589

En la tabla 7 se ve la **Comparación de los resultados de los Cuidados entre la Fase I y la Fase III.**

Tabla 7

Estudio Cuantitativo	Diagnósticos correctos	Cuidados Derivados
Fase I	794	1.545
Fase III	1.589	5.152

Observamos se produjo un incremento notable en el número total de cuidados programados. De forma correlativa la media estadística de cuidados por paciente ha variado de 3'03 a 9'09.

Así mismo, que los diagnósticos aumentaron en número pasando de 930 en la Fase I a 1624 en la Fase III encontrando una elevación del número de diagnósticos correctamente enunciados, con una media estadística que ascendía de 1'56 a 2'78 por paciente.

La estandarización facilita a las enfermeras la programación de cuidados. La ventaja de obtener una **guía de cuidados estandarizados, extraídos de las categorías diagnósticas utilizadas por las enfermeras en su práctica diaria facilitó notablemente el incremento del número de cuidados.** El hecho de que la guía incluyera la definición de cada diagnóstico y los factores etiológicos permitió que las enfermeras adecuaron y refinaron los conceptos y definición de las categorías diagnósticas y aumentaran su correcta aplicación. Cada enfermera contó con un ejemplar de la guía

El aumento de los cuidados se hizo a expensas de los cuidados de valoración/observación en cada diagnóstico enunciado. Esto significó que las enfermeras habían mejorado notablemente la observación continuada del paciente a lo largo de su estancia, facilitando la detección precoz de problemas y la evaluación de la eficacia de los cuidados dispensados.

Respecto a los **cuidados terapéuticos** - aunque el número total aumentó ligeramente, las diferencias entre las dos fases no variaron apenas.

Llama la atención el **escaso número de cuidados de**

educación/salud en ambas fases. Nos parece que cuando el diagnóstico médico está claramente establecido, la enfermera asume la educación de salud en los aspectos relacionados con el tratamiento médico y los hábitos de vida que el paciente debe modificar de acuerdo a su patología. Pero es obvio que las enfermeras no tienen incorporada la educación de la salud dentro de los cuidados que corresponden a los diagnósticos que con criterios propios establecen.

Proyecto IV “Estudio de la correspondencia entre los problemas de salud del paciente hospitalizado y los cuidados de enfermería” 4

Pretende este estudio comprobar el rigor que las enfermeras muestran al programar los cuidados a partir de los datos obtenidos por al ingreso del paciente haciéndose esa valoración y obtención de datos por Patrones Funcionales de Gordon. Para ello utilizan el listado de diagnósticos seleccionado

En el momento de este congreso el presente proyecto está en la fase de recogida y análisis de datos. No obstante se muestran las líneas principales del mismo. Esperando los autores publicarlo en un futuro inmediato.

Hipótesis ¿Se corresponden los cuidados registrados por las enfermeras, con los problemas reales de salud (diagnóstico de Enfermería), que el paciente presentaba en el momento de su ingreso?

Objetivo principal del estudio: Averiguar si los cuidados registrados en cada paciente, se corresponden con los problemas de salud que presenta a su ingreso, estableciendo los criterios para su evaluación.

Objetivos parciales:

- 1 Conocer si los Diagnósticos de Enfermería tienen identificados los signos y síntomas correspondientes.
- 2 Determinar si los cuidados plasmados se corresponden con los diagnósticos de enfermería enunciados.

Fases del Proyecto

Fase I - Recoger y ordenar 800 historias de pacientes.

Comprobar si los cuidados plasmados se corresponden con los juicios de enfermería enunciados y correspondientes a cada Patrón Funcional de Gordon 6.

- Establecer los criterios para el análisis de su contenido.

Fase II - Elaborar una base de datos que permita estudiar la correspondencia de cada diagnóstico establecido con los signos y sintamos registrados en la valoración del paciente.

Fase III - Análisis de datos a través de la estadística descriptiva y comparación de datos entre las dos unidades hospitalarias donde se desarrolla el estudio.

Elaboración de la memoria final del proyecto.

Sumario

Con estos proyectos de Investigación se ha pretendido aplicar un método sistemático en la práctica clínica de Enfermería. Alcanzar un modo válido, que no se preste a confusión, de enunciar los problemas de Enfermería que el paciente presenta.

Todo ello necesita de una documentación que lo soporte y sirva como base de datos comprobables para un programa informatizado de los registros de Enfermería.

Todo ello necesita de un apoyo educativo del personal enfermero. Nosotros hemos pretendido con una Investigación evaluadora conseguirlo.

Bibliografía

1. Serrano R., Saracibar I., Diaz M. T., Tina P., Narvaiza M. J., 1994. ¿Donde comienza la calidad científica de los documentos de Enfermería? El reto de la documentación. ROL, N° 191-192, 33-40.
2. Serrano Sastre R, Saracibar Razquin I, Carrascal E., Sanz M., Narvaiza M: J:, 1995, Desde una Sistemática de Enfermería a la Estandarización de Cuidados. Revista ROL, N° 198, 29-36.
3. Serrano R., Saracibar I., Carrascal E., Tina P., Narvaiza M.J., Sanz M., Diaz T., 1997. Estandarizar los Cuidados: Cuando lo hecho es válido. Revista ROL, Nos. 227-228. 23-31.
4. Narvaiza Solis M. J., Serrano Sastre R., Saracibar Razquin I., Diaz Navarlaz M. T., Tina Majuelo P. 1998. En el momento de esta publicación se está redactando la memoria final del proyecto.
5. Campbell C., Nursing Diagnosis and Intervention in Nursing Practice. 1984. New York. Jhon Wiley & Sons.
6. Gordon M., 1987. Nursing Diagnosis. Process and Application. Second ed. New York. MacGrow Hill.

“Diagnósticos de enfermería Experiencia en el Consorci Sanitari de Mataró”

Lidia Marbá Más

1.- INTRODUCCION:

El Consorci Sanitari de Mataró, es un hospital comarcal de 290 camas, situado como indica su nombre en la ciudad de Mataró, provincia de Barcelona. Su área de influencia es de 200.144 hab. de los que 102.138 corresponden a Mataró, y representa la única oferta pública para los habitantes de esta zona.

Actualmente trabajamos en dos edificios separados entre sí por un kilómetro, y estamos a la espera de la inauguración de un nuevo hospital, prevista para finales del año en curso.

El número de enfermeras del Centro es de 196 con una media de edad de 36 años. Hacemos referencia a este dato, puesto que la mayoría de los profesionales provienen de los antiguos estudios de A.T.S. que algunos de ellos han convalidado, por tanto el conocimiento teórico de los Diagnósticos de enfermería en el momento de iniciar nuestra andadura era bajo.

Estos dos centros anteriormente citados eran dos hospitales que había en la ciudad, de características similares en cuanto a número de camas y nivel y con duplicidad de Servicios. En el año 1991 se fusionaron estos dos hospitales, pero continuando sus actividades por separado y manteniendo dicha duplicidad.

No es hasta el año 1994 cuando después de un plan de viabilidad y con el fin de optimizar recursos, se hace efectiva dicha fusión unificando Servicios. Es a partir de este punto, cuando debido a la mezcla de profesionales, urge la necesidad de unificar criterios y utilizar una metodología común.

Se inicia un proceso de cambio acompañado de una política de calidad y es dentro de este marco cuando desde la Dirección del Centro se propone una metodología asistencial propia, encaminada a disminuir la variabilidad de los procesos. Para ello se encarga a los diferentes profesionales que intervienen en los mismos, la protocolización de sus actividades, para pasar posteriormente a una etapa de consenso y elaborar trayectorias clínicas.

La división de enfermería no queda al margen de este proceso, y debe también por lo tanto protocolizar sus actividades. Después de un análisis de la situación en la que nos encontramos con:

- Registros con poco contenido enfermero.
- Ausencia de lenguaje científico.

“II Simposium Internacional de Diagnósticos de Enfermería”
y “III Congreso Regional de Castilla y León”
AENTDE

- Protocolos de como realizar técnicas y/o como ejecutar protocolos médicos, pero con poco contenido enfermero.
- Profesionales de diferente procedencia, distinta formación y distinta experiencia.
- Gran presión asistencial que dificulta aun más el mejorar los puntos anteriores.

2.- OBJETIVO:

El objetivo planteado en este primer momento era obtener una metodología de trabajo para enfermería, con rigor científico y que a la vez fuese motivadora y atractiva, para asegurar la participación y la implementación por parte de todos los profesionales, y que nos sirviera de base para el posterior consenso.

3.- PROCESO INICIAL:

Teniendo en cuenta los conceptos recientes que forman el metaparadigma¹ de nuestra profesión, buscamos un enfoque enfermero unificado para la práctica. Esta unificación nos lo proporciona los PATRONES FUNCIONALES DE SALUD definidos por Marjory Gordon.²

Como herramienta de trabajo seguiremos un sistema parecido a los Care Maps((mapas de cuidados americanos)³ y enumeraremos los diferentes problemas de salud con DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA, taxonomía NANDA.

A esta metodología la denominamos PLANES ESTANDARIZADOS Y SECUENCIADOS DE CUIDADOS DE ENFERMERIA.

3.1 ¿QUE ES UN PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO Y SECUENCIADO?

Puesto que enfermería tenemos la responsabilidad de proporcionar al paciente los cuidados necesarios para una atención integral, sea cual sea su patología, recogemos día a día todo aquello que hacemos al enfermo, las acciones propias de enfermería, el hecho de CUIDAR, teniendo en cuenta sus necesidades y la calidad de cuidados que queremos dar, permitiendo establecer previamente dicha calidad, evitar dispersiones y duplicidades, personalizar los cuidados y evaluarlos, y por último cuantificar su coste en cuanto a recursos y tiempo.

Todas las actividades nos las planteamos en base a unos objetivos que esperamos conseguir en un tiempo determinado.

Elaboramos un Plan de Cuidados para cada uno de los diferentes Diagnósticos médicos (motivo por el cual ingresan los enfermos en nuestros hospitales).

3.2 UN PLAN DE ESTANDARIZADO Y SECUENCIADO, consta de:

3.2.1 Definición del enfermo tipo para poder estandarizar los cuidados de un enfermo hipotético sobre el que vamos a actuar, o lo que es lo mismo, definición de los criterios de inclusión. Este enfermo tipo es el que se asemeja más a la mayoría de enfermos que atendemos con el mismo diagnóstico médico

3.2.2 A continuación hacemos una relación de los diferentes problemas de salud, reales y /o potenciales que aparecen en cada grupo de estos enfermos (igual diagnóstico médico). Esta relación la hacemos mediante los DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERIA taxonomía NANDA siguiendo el orden de los PATRONES DE SALUD FUNCIONAL de M. Gordon.

Hacemos constar la definición de cada diagnóstico de enfermería y su relación con la patología determinada.

3.2.3 La hoja de trabajo se compone de una plantilla donde se recogen todas las actividades planteadas día a día, con los diferentes objetivos a conseguir en el tiempo esperado. En la hoja de trabajo tenemos diferentes días a la vista para poder seguir la evolución, y nos sirve también de registro para dichas actividades. Se plantea con la secuencia de los días previstos para la duración de su ingreso.

3.2.4 Existe una hoja denominada de variaciones para poder registrar cualquier actividad que se aparte del estándar, sea cual sea el motivo. Se registran estas variaciones teniendo en cuenta los diferentes patrones de salud, y diferenciando si es un diagnóstico de enfermería o un problema interdependiente. Esta hoja es autocopiable para facilitar posteriormente su seguimiento y evaluación.

4.- METODOLOGIA:

Si queremos cambiar la forma de trabajo e introducir un lenguaje común (diagnósticos de enfermería), debemos adaptar y /o mejorar los conocimientos de los profesionales encargados de ejecutarlo.

Por este motivo, inicialmente se plantea un PROGRAMA DE FORMACION escalonado, para todas las enfermeras /os del Centro. Este programa se elabora en forma de taller, con 20 h. de duración y en grupos de 15/20 enfermeras. Lo imparten docentes de un Escuela Universitaria de enfermería de Barcelona.

Una vez efectuados estos primeros talleres, se forman dos grupos de trabajo, uno por centro, compuestos por dos o tres enfermeras de forma fija y dos o tres que se incorporaran a cada grupo, según el plan de cuidados que se va a elaborar. Estos grupos están dirigidos por dos Supervisores (uno por grupo) y a su vez coordinados por la Dirección de enfermería.

Al empezar nuestro trabajo tropezamos con la primera dificultad, avanzábamos muy lentamente ya que nos costaba llegar al consenso de los diagnósticos de enfermería que aparecían. Debido a ello, hicimos algunas reuniones conjuntas (los dos grupos), para revisar y adaptar a las necesidades de nuestro Centro, los diferentes diagnósticos de enfermería agrupados por patrones de salud funcional.

Elaboramos un documento que los recoge, en la que hacemos constar:

- Definición de Patrón de Salud Funcional
- Definición de Diagnóstico de Enfermería
- Índice con los diferentes diagnósticos de enfermería, agrupados por Patrones de Salud Funcional.
- Definición de cada uno de los diagnósticos, etiología y factores relacionados.

Este documento está introducido en la red informática, pudiendo consultarse desde cualquier unidad de enfermería. Se elaboran también unas tarjetas de bolsillo con el índice de dicho documento.

Una vez concluido este paso, volvemos a reemprender la elaboración de diferentes planes de cuidados. Elegimos aquellos diagnósticos médicos de mayor frecuencia, según GRD y /o aquellos que comportan más variabilidad. Este trabajo se lleva a cabo durante todo el año 1996.

Durante todo este tiempo, y paralelamente, se han actualizado los protocolos generales (técnicas y circuitos), y se ha elaborado diferente documentación de soporte (hoja de anamnesis, alta, ...).

Contamos también con un buen soporte informático.

Se ha potenciado la formación externa de los miembros de las dos comisiones asistiendo a seminarios, cursos, congresos,...; dentro del campo de los diagnósticos de enfermería, planificación de cuidados y evaluación de resultados.

A principios del año 1997 nos planteamos la implementación progresiva de los Planes de Cuidados elaborados y para ello se escoge la unidad de Traumatología. Se efectúa un taller para las enfermeras de dicha unidad, con el fin de recordar la metodología, trabajar con diagnósticos de enfermería, y conocer la documentación a implementar. Estos talleres tienen una duración de 8 h. lectivas y los imparten miembros de la comisión de trabajo.

Después de esta implementación inicial y una vez validado el Plan de Cuidados como instrumento de trabajo, nos planteamos la posibilidad de iniciar Trayectorias Clínicas en unidades donde la mayoría de procesos son de corta duración y están muy bien definidos.

Consensuamos entre todos los profesionales las actividades, plasmando en la hoja de trabajo que y cuando hay que realizar cada actividad, que objetivos nos hemos planteado y cuando debemos alcanzarlos.

Antes de implementar esta nueva metodología en una unidad de enfermería, se hace siempre el taller de reciclaje, con el fin de aclarar conceptos y familiarizar al personal de dicha unidad con la documentación y el lenguaje a utilizar, y se informa también al resto de profesionales .

5.- RESULTADOS:

- Hasta la fecha, hemos implementado Planes de cuidados / Trayectorias clínicas, en distintas unidades, teniendo previsto terminar su implementación a finales de 1998.
- Vamos incorporando nuevos Planes de cuidados en las unidades que ya trabajan con este método.
- Se ha pasado a Trayectoria clínica alguno de los Planes de cuidados implementados en 1997.
- Tenemos implementados 10 Planes de cuidados y 32 Trayectorias clínicas, y evaluados a 28 de febrero 1280 en total.
- Nos hemos planteado como objetivo, que a finales del año 1998, el 65 % de los enfermos atendidos en nuestras unidades, sea mediante esta metodología de trabajo.
- Participantes en los diferentes talleres de reciclaje:
71 enfermeras (39 Diplomados de enfermería, 13 por convalidación y 19 ATS).
Pendiente de realizar nuevos talleres en abril en el que participaran unas 50 enfermeras.
- Se celebran sesiones informativas para todo el personal (médicos, auxiliares, ...), para dar a conocer la metodología y los resultados obtenidos.

6.- CONCLUSIONES:

- Después de este periodo y analizando los resultados podemos decir:
- Que esta metodología introduce en la práctica los DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA de manera guiada, favoreciendo su utilización.
 - Que las diferentes sesiones de trabajo de las comisiones, en las que se discute la inclusión o no de diferentes diagnósticos de enfermería, son muy enriquecedoras y ayudan a aumentar el nivel profesional de las enfermeras participantes.
 - Permite evaluar y corregir desviaciones en su utilización, al analizar los registros (hoja de trabajo y hoja de variaciones).
 - Enfermería está utilizando un lenguaje científico y común en su trabajo diario, pudiendo demostrar, investigar y comparar los cuidados.
 - Al utilizar en la práctica diaria los DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA estamos mejorando nuestra profesión y dándole contenido enfermero.
 - Al plasmar sobre papel todas las acciones propias que realizamos, nos hemos visto obligados a unificar criterios y definir parámetros para poder "medir" dichas acciones.

POR ÚLTIMO NOS RESTA DECIR QUE TODAVIA NOS QUEDA MUCHO CAMINO POR RECORRER, PERO NOS ATREVEMOS A ASEGURAR QUE CAMINAMOS HACIA EL 2000 CON PROYECTO DE FUTURO Y CON RIGUROSIDAD, ESTO ES CON MÉTODO.

7.- BIBLIOGRAFIA:

7.1 REFERENCIAS:

- 1 M. Gordon: DIAGNÓSTICO ENFERMEERO: Proceso y aplicación. de.3ª Mosby/Doyma 1996. cap IV pag 73.
- 2 M. Gordon: DIAGNOSTICO ENFERMEERO: Proceso y aplicación. de.3ª Mosby/Doyma 1996. cap V.
3. Karen Zander: Curso GESTION DE CASOS Instrumento eficaz de enfermería.
Master de Gestión en Servicios de Enfermería. Universidad de Barcelona. 15-16 enero 1996.

7.2 CONSULTADA:

Lynda Juall Carpenito: PLANES DE CUIDADOS Y DOCUMENTACIÓN EN ENFERMERIA. Diagnósticos de enfermería y problemas asociados. 1ª ed. 1994 INTERAMERICANA-McGRAW-HILL.

Marjory Gordon: DIAGNÓSTICO ENFERMEERO: Proceso y aplicación. ed.3ª Mosby/Doyma 1996

Diagnósticos de Enfermería de la NANDA: DEFINICIONES Y CLASIFICACION 992-1993. Mosby/Doyma Libros.

Ann Marriner: MODELOS Y TEORIAS DE ENFERMERIA. Ediciones ROL,S.A., 1989.

Marzo, 1998

“Diagnóstico enfermero como instrumento de trabajo en Atención Comunitaria”

Antonio Rodríguez.

Palabras Clave: Diagnósticos de Enfermería, Implantación, Estrategias, Provincia.

Resumen

El objetivo de esta comunicación es plantear a partir de las experiencias realizadas hasta el momento sobre diagnósticos de enfermería (DE) en el ámbito de la Atención Primaria (AP) en la provincia de Gerona y las posibles estrategias para la implantación de los DE en el ámbito asistencial.

A nuestro entender sería correcto describir 3 etapas en una estrategia a medio plazo de entre 3 i 5 años. Estrategia que informalmente se viene haciendo en nuestra provincia incentivada a través de nuestro colegio profesional:

- 1ª Etapa de Concienciación – Formación.
- 2ª Fase de Implantación.
- 3ª Etapa de Consolidación.

La implantación de los diagnósticos no ha de venir únicamente del esfuerzo individual o puntual dado por un grupo de enfermeras, exige la atención de todos los que tienen alguna grado de responsabilidad (asociaciones, colegios, sindicatos, docentes u asistenciales) para evitar diluirnos en iniciativas puntuales.

Introducción

El objetivo de esta comunicación es plantear a partir de las experiencias realizadas hasta el momento sobre diagnósticos de enfermería (DE) en el ámbito de la Atención Primaria (AP) en la provincia de Gerona, posibles estrategias para la implantación de los DE en el ámbito asistencial.

Como es conocido por todas nosotros, estamos en un proceso de transformación de nuestro Rol Propio (el proceso de atención de enfermería (PAE) y los DE son los instrumentos necesarios para desarrollarlo. Las dificultades para este desarrollo de la practica son de todas conocidas:

- De los profesionales: Desconocimiento, desinterés por el rol propio, Resistencia al cambio, disponibilidad de tiempo en la aplicación, falta de formación, etc.
- De los propios diagnósticos: Novedad, falta de consenso, dificultades de aplicación en la práctica, elaborados en otro contexto cultural, etc.
- De Situación profesional: Resistencia Institucional, no aceptación por otras profesiones afines, situación general de la profesión, carrera profesional, especialidades, licenciatura, etc.
- Geográficas: En el caso de la Atención primaria la dispersión de los profesionales es una dificultad añadida y más en el ámbito provincial. Gerona tiene 220 municipios y unas 25 áreas básicas previstas .

Todo ello nos lleva a plantear la necesidad de elaborar estrategias que permitan i/o favorezcan la implantación de los diagnósticos en la práctica. Estas han de estar elaboradas con la participación de todas las partes interesadas con el fin de aglutinar recursos, siempre escasos en nuestra profesión: Asociaciones, Responsables de enfermería de centros (Adjuntas de enfermería), enfermeras con motivación previa, Escuelas de enfermería, Colegio Profesional, etc.

Propuestas

A nuestro entender sería correcto describir 3 etapas en una estrategia a medio plazo de entre 3 y 5 años. Estrategia que informalmente se viene haciendo en nuestra provincia incentivada a través de nuestro colegio profesional i que han incluido un buen número de las actuaciones que proponemos a continuación:

1ª) Etapa de Concienciación – Formación. La mayoría de enfermeros desconoce i solo una minoría ha oído comentar...

Promover charlas, debates (1), recogida de documentación, sobre DE a través de AENTDE y /u otros, en centros, escuelas y colegios profesionales.

La Escuela Universitaria a través de la acreditación de centros y tutores ha de pedir experiencia en DE e incluir en los periodos de prácticas aplicaciones de estos. En los programas de postgrado en atención comunitaria han de incluir formación en DE.

Los responsables de enfermería de los diferentes centros coordinadamente han de insistir i conseguir cursos de formación en DE.

El colegio profesional dentro de su programa docente ha de incluir formación en DE.

2ª) Fase de Implantación. Hay un interés creciente por el tema i algunos profesionales los comienzan a utilizar en su actividad diaria, Se forma algún grupo de trabajo no estable. Pero la mayoría plantean dificultades para pasar de la formación teórica a la práctica...

Los responsables de enfermería deben de fomentar la participación de enfermeras en la elaboración de protocolos entre centros e incluir en ellos elementos diagnósticos tanto en protocolos de patologías prevalentes (HTA, DM, etc.) como en aquellos con más responsabilidad de enfermería (en Atención Domiciliaria: protocolos de úlceras, protocolos de incontinencia, atención al duelo, etc.)

En los Objetivos y Auditorias de Centros se ha de incluir la necesidad de introducir registros de enfermería, primero de valoración y posteriormente DE y Actividades Estandarizadas.

Concretamente en Gerona se están introduciendo DE en el Sistema Informático de Atención Primaria (SIAP) en el marco del programa de Atención Domiciliaria como experiencia piloto .

El Colegio ha venido elaborando una estrategia de soporte a través de:
Un premio de investigación anual, Becas para trabajos de investigación y la formación a través de un taller de diagnósticos donde con un coordinador-docente se realizan reuniones periódicas (mensuales) para trabajar, consensuar y compartir casos prácticos valoraciones, actividades entre enfermeras de diferentes centros.(2)

Así mismo se ha de favorecer la formación en 3 áreas concretas:
Cursos sobre metodología en investigación de enfermería (métodos, estadística y programas de estadística (Spss u otros))
Idiomas c) e Informática e Internet necesarios para favorecer la búsqueda y el intercambio de información. Mediante convenios con empresas y /o universidades.

El uso del correo electrónico y las listad de correo y noticias son instrumentos rápidos, ágiles y casi imprescindibles para el intercambio entre centros y enfermeros. Es necesario llegar lo antes posible a su generalización.

3ª Etapa de Consolidación. Un número importante de enfermeras utilizan en mayor o medida los DE y se ha normalizado su uso en algunos centros. Existen consensos publicados sobre su utilización y existen grupos de trabajo estables.

Es necesario evaluar el grado de implantación y la calidad de la actividad diagnóstica en los diferentes centros a través de estudios o Auditorias y estrategias de control de calidad. Identificación de problemas, elaboración de criterios, grupos de estudio, periodo de observación y análisis y feed Back del resultado a los profesionales. (3,4,5)

Informatización y estandarización de los planes de cuidados (6.)

Validación de diagnósticos y /o Investigación clínica.(7,8,9)

Conclusiones

En Atención primaria por el efecto de dispersión que representa los centros de salud, son interesantes las estrategias en un ámbito provincial o de unidades geográficas que permitan un numero suficiente de enfermeras para elaborar proyectos en común, pero no excesivo, donde el consenso no sea posible i las iniciativas no sean sentidas como propias por un numero amplio de profesionales

En este momento en nuestra provincia nos podríamos situar en una segunda etapa, existen centros donde se realizan sesiones con cierta regularidad, el interés sobre los diagnósticos es creciente i existen iniciativas para la búsqueda de consensos en especial en temas de atención domiciliaria,

independientemente de las aportaciones realizadas por nuestros compañeros de Barcelona (, 3,4) que por proximidad y número son en principio mas productivos.

En definitiva la implantación de los diagnósticos no ha de venir únicamente del esfuerzo individual o puntual dado por un grupo de enfermeras, exige la atención de todos los que tienen alguna grado de responsabilidad (asociaciones, colegios, sindicatos, docentes u asistenciales) para evitar diluirnos en iniciativas puntuales y sacar adelante esta profesión.

Y No olvidar la implantación es necesaria pero que el sentido de los DE es aplicar una metodología sistematizada que nos ayude

a realizar unas valoraciones mas precisas y a planificar mejor los cuidados de nuestros pacientes, la realización de estudios basados en la practica continua (investigación clínica)es nuestra asignatura pendiente. Ya que es lo que realmente tiene repercusión sobre la calidad de los nuestros cuidados (13).

Bibliografía

Martínez M, Custey M^a A y otras. Cartas al Director. Razones para la Utilización de los Diagnósticos Enfermeros. Revista Enfermería Clínica, 1996, Vol. 6, núm. 4 p.179-180.

Zurdo M^aJ, Sánchez A, y otras. Cartas al Director. ¿Existen Razones para Cuestionar la Utilización de los Diagnósticos Enfermeros?. Revista Enfermería Clínica, 1996 Vol.6,núm.4,p.181-182.

D Alvarez I, Ohara R, Casado E y otros. Diagnósticos aplicados a la población incapacitada. Revista Rol de Enfermería. 1997.nº 226. p. 25-28.

Garantía de Calidad en Atención Primaria de Salud. Monografías núm.13. Marquet R i Palomer.1993.Ed. Doyma.

Peya M. La enfermería clínica en la mejora de la calidad. Revista Enfermería Clínica. 1996 Vol.6, núm.1 p.42-46.

Flores E. Diagnósticos Enfermeros en atención primaria en la población anciana mayor de 65 años. Revista Enfermería Clínica. 1996. Vol. 6, núm.6, p.242-248

Serra R, Saracíbar M^a I, Carrascal E. Estandarización de los cuidados, cuando lo hecho es valido Revista Rol de enfermería,1997,nº 227,p. 23-31

Martínez M, Custey M^a Angeles y otros. Validación de una clasificación de diagnósticos de enfermería en atención primaria. Revista Enfermería Clínica. 1996 .Vol.6, Núm.1, p.1-10.

González P, Rivas A, Toral I y otros. Validación de las categorías diagnosticas de la Nanda en cuatro áreas asistenciales. Revista Enfermería Clínica.1997. Vol.7, núm.1,p.1-8.

Giménez A, Fernández I, Blanca M y otros. Metodología para la validación del contenido diagnóstico de la Respuesta Ventilatória Disfuncional del destete (RVDD). Revista Enfermería Clínica.1977.Vol.7, núm.6, p.256-252.

Registres d'infermeria basats en el model de Virginia Henderson. Subdivissió d'Atenció Primària Barcelona Ciutat. Institut Calalà de la Salut.1996

11. Aula d'Atenció Primària. 3.L'Atenció d'infermeria a l' atenció primària. Institut Català de la Salut. Octubre 1997

12. Atenció Domiciliària d'infermeria. De la Iglesia R, Masque M, Ollero M^a A, Solé CI, EAP El Carmel, Divisió d'Atenció Primària, Institut Català de la Salut. febrer 1998.

13. Enfermería basada en la evidencia. Editorial Revista Nursing. Febrero 1998.

“Estrategias de Implantación de la Metodología Enfermera en un Área de Madrid”

Elena Martín Robledo.

El tema central de mi intervención, consiste en la exposición de la estrategia de implantación de la metodología enfermera en el Área 10 de A.P de Madrid.

La consideración de que la actividad enfermera es un producto intermedio de servicios ofertados por otros profesionales, genera un alto nivel de insatisfacción entre los profesionales enfermeros, manifestado en distintos foros de opinión.

Asimismo, la constatación de que la actividad enfermera se lleva a cabo fundamentalmente, mediante la aplicación de programas de protocolos basados en patologías, con una ausencia casi total de actividades enfermeras independientes, priva a la población del beneficio de otra clase de servicios, basados en el desarrollo de la promoción del autocuidado. Con estas premisas y con el objetivo de proporcionar un mayor nivel de satisfacción, tanto a la población como a los profesionales, y de contar con los elementos básicos por definir los servicios de enfermería, empezamos a desarrollar el proceso que describo a continuación y que tiene la siguiente

ESTRUCTURA

1. DESCRIPCIÓN DEL ÁREA 10.
2. OBJETIVOS DEL PROYECTO
3. FASES DEL PROYECTO
 - 3.1. Fase de elaboración
 - 3.2. Fase de implantación -resultados
 - 3.3. Fase de desarrollo
4. CONCLUSIONES

1. DESCRIPCIÓN DEL ÁREA 10

* Tres zonas urbanas:	Getafe, Parla, Pinto
* Una zona rural:	Griñón
* Habitantes:	249.000
* 148 enfermeras de EAP:	13% interinos
	87% propietarios
	Edad media: 38 años
	Título ATS: 7,9%
	Título convalidación: 31,6%
	Título DUE: 59,6%

2. OBJETIVO GENERAL

Establecer una oferta de servicios enfermeros a la población, según sus déficits de auto cuidado.

2.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 2.1.1. Implantar una metodología enfermera para desarrollar sus servicios propios.
- 2.1.2. Delimitar el campo de acción profesional enfermero en A.P.
- 2.1.3. Unificar el lenguaje y la acción enfermera en el área.
- 2.1.4. Construir elementos que faciliten la implantación de la metodología enfermera.

3. FASES DEL PROYECTO

3.1. FASE DE ELABORACIÓN

Se inicia a comienzos del año 97. Inicialmente, y por parte de la Dirección de Enfermería, se elabora un documento llamado “Fundamentos de para el desarrollo de la Metodología de Enfermera”, en el que se establece el marco conceptual de actuación, que va a servir de referencia a todas las acciones enfermeras, que se llevan a cabo desde ese momento, recogiendo conceptos de auto cuidado.

En este momento se establece como modelo enfermero de referencia, para los enfermeros del Área, el modelo de auto cuidados de D. Orem

En este documento se definen siete áreas de auto cuidado, a partir de los cuales se pretende definir los servicios enfermeros que se ofertarán a la población.

Estas áreas son:

- Respiración
- Nutrición-Hidratación
- Actividad-Reposo
- Seguridad-Bienestar
- Comunicación-Relación Social
- Auto concepto

Por cada una de estas áreas de cuidados, se establece un grupo de trabajo, para elaborar la identificación, valoración y tratamiento de problemas de auto cuidado. Los grupos de trabajo están formado por el 80% de los enfermeros del Área. Cada uno de estos grupos o subcomisiones, está coordinado por un responsable, el cual, junto a los miembros de la Dirección de Enfermería, han constituido la Comisión de Implantación de Metodología de Enfermería (C.I.M.E.). Esta Comisión se reúne periódicamente, teniendo como función

principal, la discusión y aprobación de cada una de las etiquetas diagnósticas que ha elaborado cada subcomisión.

El resultado de este proceso ha sido la publicación, en Enero de 1998 del Catálogo de Diagnósticos de Enfermería y Manual de Planes de Cuidados, en el cual se han recogido 31 etiquetas diagnósticas, para cuya formulación se ha utilizado la bibliografía clásica, pero consensuando un enunciado que fuera compartido por la mayoría de profesionales, para posibilitar la implantación homogénea y masiva entre los enfermeros del Área.

Este catálogo es un instrumento dinámico, sujeto a modificaciones. Es por ello que los grupos de trabajo de cada una de las áreas de cuidados, siguen trabajando en la definición de nuevas etiquetas, que como ya se ha mencionado antes, son evaluadas y aprobadas por el C.I.M.E.

Asimismo, el documento publicado, consta de un manual de planes de cuidados, en el cual quedan recogidos: definición del problema, valoración focalizada, objetivos y sugerencias de actividades debidamente justificadas, en un primer intento de sistematización. Con la publicación del documento, termina la fase de ELABORACIÓN.

Da comienzo la fase de IMPLANTACIÓN.

3.2. FASE DE IMPLANTACIÓN

Se inicia en Febrero del 98 y consta de distintas acciones:

- 3.2.1. ORGANIZATIVAS
- 3.2.2. FORMATIVAS
- 3.3.3. DE DIFUSIÓN

3.2.1. ORGANIZATIVAS

PACTO DE OBJETIVOS: Los EAP realizan anualmente un compromiso cuanti y cualitativo sobre las actividades que van a realizar. Este compromiso se plasma en el Contrato de Gestión. Desde este año 98, se ha incluido en este pacto, la actividad enfermera definida en el proyecto, como uno más de los objetivos específicos de cada EAP. Así, por tanto, se ha definido como pacto para todos los EAP, la elaboración de dos diagnósticos, por enfermera y mes, evidentemente establecidos mediante una valoración enfermera, y con la realización de objetivos, acciones y evaluación, necesarios para lo que se considera un plan de cuidados.

MONITORIZACIÓN: Se lleva a cabo mensualmente. Cada diagnóstico está codificado, mediante un código que identifica el área de cuidados a la que pertenece, la etiqueta diagnóstica y las relaciones causales. Con ello se ha elaborado una base de datos, en la que además consta: la identificación del paciente, y de la enfermera que realiza el diagnóstico.

3.2.2. FORMATIVAS

El plan formativo se inició en el año 97, y se ha dirigido a proporcionar a los profesionales, instrumentos para la valoración y tratamiento de problemas de auto cuidado, mediante la realización de cursos y talleres y el desarrollo de la formación continuada en servicio.

Sesiones semanales de los EAP, se llevan a cabo mediante discusión de casos.

3.2.3. DE DIFUSIÓN

Difusión del Catálogo de Diagnóstico. Se ha hecho llegar a las Direcciones de Enfermería, tanto de A.P. como de A.E en al Comunidad de Madrid, así como a las Escuelas de Enfermería y otro tipo de instituciones docentes o de gestión, como es, por ejemplo, la Subdirección General de A.P. (S.G.A.P.).

Página WEB, se está diseñando una hoja WEB en INTERNET para facilitar la difusión de este proyecto a todos los profesionales que quieran conocerlo y por qué no aplicarlo. En dicha hoja se reflejarán todos los aspectos importantes del proyecto entre ellos: el modelo conceptual adoptado, las áreas de diagnósticas de intervención de enfermería definidas, el catálogo de diagnósticos y manual de planes de cuidados elaborado, y el proceso de implantación seguido en el Área.

3.2.4. RESULTADOS

Los resultados que van a ofrecer, corresponden a los meses de Febrero, Marzo y Abril, periodo realmente corto, pero quizá significativo de cómo se va desarrollando la implantación.

El número total de diagnósticos comunicados entre Febrero, Marzo y Abril es de 565.

Los 17 EAP del Área han comunicado algún diagnóstico.

La media de DdE es de 3,8 del total de 148 enfermeros de EAP.

El número de enfermeros que han informado algún diagnóstico es de 121, lo que representa un 82,3%.

La media de DdE de las enfermeras informante es de 4,66%.

La distribución por áreas de cuidados señala que el área con mayor número de DdE es el de Nutrición-Hidratación, y con menor es el de Comunicación y Relación Social.

3.3. FASE DE DESARROLLO

En esta fase el propósito es extender y consolidar la metodología enfermera, como parte asistencial del trabajo de los enfermeros en A.P.

Para llevar a cabo distintas acciones:

“II Simposium Internacional de Diagnósticos de Enfermería”
y “III Congreso Regional de Castilla y León”
AENTDE

3.3.1. Actualización del catálogo de Diagnósticos y Manual de Planes de Cuidados, que se publicara en Enero de 1999, como resultado del trabajo que se está llevando a cabo durante este año, por los grupos de trabajo y la C.I.M.E., para incluir nuevas etiquetas diagnósticas, o eliminar aquellas que no se hayan utilizado en este año.

3.3.2. Implantación de la consulta a demanda de enfermería. Inicialmente este proyecto, se está aplicando sobre usuarios incluidos en programas de salud, y su fuente de captación, es la derivación a través de las consultas médicas. Pretendemos a final de año, hacer una oferta de servicios enfermeros a la población que recoja la posibilidad de que los usuarios, que presente déficit de auto cuidado, puedan acceder directamente a la consulta de enfermería. Para ello habrá que poner en marcha acciones de difusión, mediante las cuales el usuario conozca qué servicios puede ofertarle el profesional enfermero.

3.3.3. Acciones informativas: Continuar con el plan formativo iniciado en el año 97, de manera que los enfermeros aumenten sus conocimientos en detección y tratamiento de problemas de auto cuidado.

3.3.4. Evaluación cualitativa: se llevará a cabo en el año 99, a través del establecimiento de una serie de criterios de calidad, que permitan conocer no sólo la implantación cuantitativa, sino con qué niveles de calidad se están ofreciendo los servicios.

3.3.5. Por último conocer la prevalencia de los déficits de auto cuidado de la población. Nos llevará a hacer una oferta de cartera de servicios enfermeros adecuados a las necesidades de la población y una planificación de recursos según estas necesidades.

4. CONCLUSIONES

Las conclusiones que se pueden extraer de todo lo hasta aquí expuesto podrán ser:

- Trabajar con metodología enfermera, permite diferenciar la actuación enfermera de la de otros profesionales de Atención Primaria.
- La diferenciación profesional ayuda a concretar la oferta de servicios enfermeros a la población.
- La implicación directiva, así como la participación y el consenso de los profesionales, facilitan la implantación de la metodología enfermera.
- La sistematización de los cuidados y el diseño de estrategias de formación de los profesionales enfermeros, se constituyen en elementos claves para la resolución de problemas de auto cuidado de la población.
- La alta participación de los profesionales enfermeros, en todas las fases del proyecto, demuestra al altísimo interés de los mismos en el desarrollo profesional.

“Vientos de cambio”

Juan Luis Badallo León.

INTRODUCCION

Desde que en 1.953 V. Fry empleó el término “diagnóstico de enfermería”, muchas han sido las evoluciones que han surgido, para intentar ajustar los diagnósticos a la realidad de quienes los manejan.

Si bien es cierto que parte de este esfuerzo se ha cumplido, no deja de sorprender a teóricos y docentes, la poca aceptación que tienen los diagnósticos entre los profesionales de enfermería. Esta afirmación no es gratuita. Se le puede acusar de poco científica, por no estar apoyada en datos cuantificables, pero es una realidad palpable con que tan solo nos desplazemos por la geografía española preguntando a nuestros compañeros sobre el uso que hacen del PAE en general y del diagnóstico en particular.

Y no es que hayan faltado esfuerzos para hacer más comprensible la teoría de los mismos: Véanse la multitud de cursos realizados, manuales explicativos, ediciones cada día más gruesas de Carpenito o de Campbell, o los intentos de muchas Direcciones de Enfermería en Primaria y Hospitalaria por conseguir criterios de calidad en las historias que la enfermera desarrolla. Y sin embargo el esfuerzo y las inversiones no están en consonancia con los resultados obtenidos. Hay un desfase muy grande, demasiado grande para culpar tan solo a los profesionales de base de no querer asumir las nuevas tendencias científicas.

Desde mi punto de vista, varios son los motivos que han hecho que los diagnósticos no tengan un lugar predominante en la actuación diaria de la enfermera:

El poco uso del P.A.E.

La utilización intuitiva de los cuidados de enfermería.

Las cargas de trabajo del medio hospitalario.

El menguado desarrollo de la Investigación entre las enfermeras.

El poder desarrollar la gran mayoría de los cuidados básicos sin la intervención del diagnóstico.

La complejidad en la construcción de los diagnósticos NANDA.

EL MODELO DIAGNOSTICO DE AUTOCUIDADOS COTIDIANOS

LA RESISTENCIA ANTES DE LA ACEPTACION .-

En 1.991 tuve la oportunidad de acudir a un Seminario que organizado por la entonces Directora de Enfermería de Atención Primaria de Valladolid, Dña. María Luisa del Valle, pretendía ponernos al día en la utilización del

P.A.E.. Confieso que acudí engañado, ya que por aquel entonces yo llevaba siete años trabajando con las teorías de L.J.Carpenito y D.Orem aplicándolas a la Atención Primaria de Salud. Esperaba encontrarme con un curso de reciclaje y lo que realmente ocurrió fue que Dña. Concha Germán Bes, docente de aquel seminario, comenzó a exponernos unos nuevos diagnósticos que rompían los esquemas de los que yo, hasta ese momento, consideraba un axioma : La NANDA.

La simplicidad, pero sobre todo la escasez de etiquetas diagnósticas, era lo que hacía que el modelo entrara por los ojos. Parecía imposible (aún hoy me lo parece) que tal y como afirmaban las autoras "...hemos desarrollado un modelo con una corta relación de etiquetas con las que se pueden reflejar TODOS los problemas que atiende la enfermería " 1 .

El segundo aforismo consistía en hacer desaparecer los diagnósticos Potencial y Posible, con lo cual si el modelo era sencillo, con esto aún se simplificaba más.

La última de las sorpresas era la introducción de la etiqueta "Lesión en" , ya que consideraban "...que en la práctica diaria existen numerosas situaciones en las que la enfermera interviene en lesiones...(sic)" 2 .

Si a esto añadimos que era un modelo escrito en español, o sea, adaptado al lenguaje habitual, que no exigía la traducción del inglés (con el problema que ello conlleva), nos encontrábamos frente una situación idílica que resistía una y otra vez los ataques que continuamente le lanzábamos los compañeros que nos encontrábamos en aquel curso.

EL MODELO .-

Creado por Concha Germán Bes, Ana María Romero Aranda y Esperanza Ruiz, tiene su nacimiento en un Curso Provincial de Atención a Crónicos que se desarrolló en Sevilla en Septiembre de 1.985 3, pero su presentación oficial se demora hasta Noviembre de ese año en Valencia durante las II Jornadas de la A.E.S.M. 4.

Ese año es fundamental para la enfermería española, pero sobretodo para la andaluza, ya que como bien afirman Rafael del Pino, Pedro Palomino y cols. "... el modelo nace coincidiendo con el inicio de la reforma de la Atención Primaria en Andalucía... (sic)" 5. Y así es; recordemos que el año 1.984, es el del Real Decreto de Estructuras Básicas de Salud, el que lanza la Atención Primaria en toda España y que en 1.986 la RASSA (actual S.A.S.) publica la famosa Circular 18/86 de 17 de Abril, en la que se ponen las bases para la organización y funcionamiento de las consultas de enfermería.

El modelo, que yo clasificaría como Sociológico, tiene claras influencias de tres autoras: Peplau, Orem y Jhonson. De la primera se recoge el proceso de relación interpersonal para con el paciente. De Orem, la propia terminología de "Auto cuidados", los niveles de soporte educativo y la valoración psicosocial. Por último, Jhonson deja en él, los recursos adaptativos y las dimensiones de la adaptación.

El apellido de "Cotidianos" lo explica Concha Germán cuando lo refiere a "... la actual tendencia histórica y filosófica de lo cotidiano [Tuñón de Lara, Heler] ... en la que el núcleo de actuación son las necesidades humanas básicas, es decir lo cotidiano de los sujetos...".6

Independientemente de los conceptos filosóficos, de clasificación o de dimensión en los que se mueve el modelo y a los que aquellos que deseen profundizar en él pueden beberlos directamente de su fuente, señalaré a continuación, la que es su faceta más importante de cara a animar a aquellas enfermeras que aún no se han decidido a usar diagnósticos.

Decía al principio, que una de las causas por las que la enfermera base no se detiene en realizar diagnósticos, era la complejidad de construcción de la NANDA (real, alto riesgo, síndrome, bienestar) y sus problemas de interpretación idiomática tras las, en ocasiones, pésimas traducciones. En el modelo de Auto cuidados Cotidianos la simpleza de la construcción y la cortedad del número de etiquetas, allanan de forma significativa los días de entrenamiento para que una enfermera novel, empiece a realizar diagnósticos de forma cómoda.

¿CÓMO SE CONSTRUYE EL DIAGNOSTICO? .-

Tal y como se afirma en el Proceso de Atención de Enfermería, el contacto con el paciente se realiza a través de la Valoración. Esta es la encargada de, tras el interrogatorio correspondiente, descubrir cuales son los problemas que padece un paciente determinado.

Existen distintas fórmulas de realizar esta entrevista dependiendo del modelo a utilizar, en este caso se ha optado por preguntas relacionadas con las necesidades humanas básicas.

EL Grupo de Trabajo sobre el Diagnóstico de Valladolid, ha desarrollado un guión, una plantilla⁷, con la que la enfermera desarrolla la entrevista, seleccionando de entre los ítems aquellos que le puedan ayudar a descubrir la problemática que presenta el paciente frente al que se encuentra.

No tenemos ningún tipo de hoja pautada, en la que existan espacios que rellenar. Se puede trabajar con un simple folio en blanco a partir del cual y con la plantilla delante, recogemos datos sobre el paciente. Esta plantilla o "chuleta" en su anverso tiene los siguientes campos:

SINTOMAS: Dolor, molestias, pruritos...

NUTRICION: Tipo de ingesta: Cantidad y ritmo. Restricciones de la dieta. Dificultades en la ingesta. Hidratación.

ELIMINACION: Urinaria e Intestinal: Patrón habitual: ritmo y características. Problemas asociados: Fisuras, hemorroides, incontinencia, ayudas...

ACTIVIDAD FISICA: Habitual: Trabajo, Ocio y tiempo libre, ejercicio, limitaciones. Sueño /descanso: Patrón habitual, problemas.

HIGIENE: Aseo personal. Hábitos nocivos: Dependencias, consumos.

RELACIONES CON EL ENTORNO: Problemas sociales, familiares, personales, económicos... Sexualidad.

ACTITUD ANTE EL PROBLEMA: Conocimiento de su problema. Aceptación /rechazo. Tratamiento y cumplimentación del mismo.

EXPLORACION FISICA: Aspecto general, somatometría, órganos de los sentidos, piel y mucosas, respiratorio, cardiovascular, músculo-esquelético, sistema nervioso.

Finalizada la entrevista, habremos descubierto en el paciente una serie de Problemas (conductas-problema), que obedecen a una Causa y que se encuentran relacionados por la Necesidad alterada. Si unimos Necesidad alterada (Etiqueta) con el Problema, he indicamos cual es su supuesta Causa, tendremos el Diagnóstico de Enfermería. Como vemos la formulación del diagnóstico es el resultado de asociar la conducta problema y la necesidad básica alterada y su causa.

Pongamos un ejemplo muy simple : Imaginemos a un paciente que acude a consulta porque no sabe ponerse la inyección de insulina. Tras el interrogatorio y posterior exploración descubrimos que el paciente es ciego. En este caso el diagnóstico quedaría de la siguiente forma:

Etiqueta : Dificultad para
Problema: Inyección de insulina
Causa : Ceguera

Diagnóstico de Enfermería: Dificultad para inyectarse la insulina R/C ceguera.

ETIQUETAS DIAGNOSTICAS .-

El número de Etiquetas diagnósticas quedan reducidas a 8, clasificadas en tres Grupos Diagnósticos, que aparecen en el reverso de la plantilla que mencionaba anteriormente. No existen nomenclaturas ni de Posible, ni de Potencial. Tampoco de Real (todos son reales), ni de Alto riesgo, Bienestar o Síndrome 9.

Grupos diagnósticos	Etiquetas
Indican Déficit de Auto cuidados	Falta de conocimientos sobre ... Dificultad para ... Incapacidad para ... Rechazo al tratamiento /cuidados prescritos
Indican Déficit de Bienestar	Molestias por ...
Indican Déficit de Seguridad	Indicios positivos de ... Inestabilidad física o emocional
...	Lesión en ...

Esta clasificación ha sufrido un cambio importante, ya que anteriormente la etiqueta “Rechazo al tratamiento...”, no se encontraba incluida en “Auto cuidados”, sino que formaba por si sola un cuarto Grupo Diagnóstico. Pero en 1.995 la Revista Rol publica un artículo de Rafael Pino Casado y otros 8 en el que cambia de lugar a esta etiqueta y la introduce en “Auto cuidados”.

Desde hacía tiempo esta etiqueta nos daba problemas, ya que se trataba de una “etiqueta legal” con la que el enfermero se protege de la dejadez del cuidado por parte del paciente. Debido a esto y por si sola, no generaba ningún Plan de Cuidados, ya que era una etiqueta a la que se recurría cuando ya no quedaba nada que hacer para poder cambiar la forma de pensar del paciente. Pero, ¿si no generaba Plan de Cuidados, se podía considerar un diagnóstico?.

Al introducirla en el Grupo de Auto cuidados, si genera un Plan, el último, y si este plan falla entonces se convierte en una etiqueta legal.

Para saber cuando debemos de utilizar una etiqueta u otra, recurrimos a su “definición” y a la “valoración objetiva /subjetiva”, que perfila a cada una de ellas.

FALTA DE CONOCIMIENTOS .-

Definición:

Información insuficiente. La persona (o la familia, o el cuidador principal), no es eficaz en la realización de la tarea específica. Es la única etiqueta que no contiene nexo de unión, ya que causa y problema son lo mismo.

DIFICULTAD PARA .-

Definición:

La persona (o la familia, o el cuidador principal), solo consigue algo parcialmente o no puede conseguirlo.

INCAPACIDAD PARA .-

Definición:

La persona (o la familia, o el cuidador principal), es incapaz de realizar las tareas de la vida diaria y requiere total ayuda en tales actividades.

RECHAZO AL TRATAMIENTO /CUIDADOS PRESCRITOS .-

Definición:

La persona (o la familia, o el cuidador principal), se desvían de los consejos y recomendaciones de los profesionales sanitarios, no queriendo intentar el auto cuidado, existiendo fracaso terapéutico y /o deterioro del proceso de relación, haciéndose necesario un cambio de estrategia.

MOLESTIAS POR .-

Definición:

La persona muestra experiencias desagradables de sensaciones físicas (calor, frío, sequedad, sonidos) o psíquicas (ansiedad, frustración) desagradables, pero sin presentar déficit de cuidados.

INDICIOS DE DETECCION .-

Definición:

La persona muestra por primera vez signos clínicos significativos de una alteración de la salud.

INESTABILIDAD FISICA O PSIQUICA .-

Definición:

La persona ante un proceso ya diagnosticado muestra signos clínicos inestables, que indican un desequilibrio fisiológico o psicoemocional que amenazan a la integridad del sistema corporal.

LESION EN ...POR .-

Definición:

La persona presenta heridas que precisan atención sanitaria.

Para terminar de comprender el uso de estas etiquetas, veamos otro corto ejemplo:

En el transcurso de una visita domiciliaria, nos encontramos con un paciente anciano, que al ser sometido al proceso de valoración con la plantilla mencionada, concluimos con el siguiente informe:

“Paciente de 81 años que presenta una herida inciso-contusa, no dolorosa, sobre epiteloma espinocelular, situado en zona parietal derecha de 5 cm. de diámetro. La herida se produjo hace 48 h. al tropezar el paciente con el borde de una ventana: Si bien sangró abundantemente, la familia no acudió a ningún sanitario y tan solo aplicó algodón sobre la misma hasta que cesó el sangrado. La herida presenta restos de una costra antigua y filamentos de algodón. Así mismo aparece un exudado sanguinolento poco abundante. No olor, no presencia de infección.”

Con estos datos podemos imaginar que usaremos una etiqueta de LESION para resumir los datos de la herida, y otra de FALTA DE CONOCIMIENTOS, para poder preparar un Plan de Cuidados que incluya una educación a la familia y paciente sobre la lesión.

No parece que exista (o al menos no se recoge en la entrevista), causa para una Inestabilidad o Rechazo al tratamiento. La etiqueta de Indicios no se utiliza aquí por que a pesar de que es la primera vez que tiene este trauma, es más precisa para describir el cuadro la de Lesión. A pesar de que podamos sospechar que la herida es dolorosa, el paciente no lo muestra así, por lo tanto no hay causa para la etiqueta de Molestias.

Por último, tal vez se pueda pensar que resulta más ajustado utilizar la etiqueta de Dificultad en vez de la de Falta de Conocimientos. Para estos casos recuérdese la regla de que si necesitamos transmitir conocimientos o habilidades utilizaremos siempre la segunda; mientras que la de Dificultad /Incapacidad se reserva para métodos fallidos, capacidades deficientes o comportamientos erróneos.

Por tanto, los diagnósticos que resumen el estado del paciente y/o familia, podrían quedar de la siguiente manera:

Falta de conocimientos sobre el cuidado de la herida.
Lesión en zona parietal por traumatismo sobre antiguo epiteloma.

A partir de aquí generaríamos el Plan de Cuidados, que evidentemente iría orientado a solventar estos dos diagnósticos.

INCIDENCIA Y USO DEL DIAGNOSTICO

Preocupado por la incidencia que los diagnósticos, bajo este Modelo, podían estar teniendo en las consultas de enfermería del Área de Salud Valladolid-Este, propuse a los componentes del Grupo de Diagnósticos del Adulto (bajo la dependencia de la Dirección de Enfermería), una investigación voluntaria y al margen de lo oficial, que nos indicase a que grupos de población se dirigían nuestras actividades y cual era la incidencia-prevalencia de los diagnósticos sobre ellos. Tras varias reuniones se formó un Grupo de Investigación que comenzó a enviar sus etiquetas en la hoja de volcado [G.12] que se había diseñado a tal fin.

Los datos que a continuación se exponen forman parte de este programa de investigación, que en estos momentos aún se está llevando a cabo. El trabajo pretende abarcar el periodo de un año, desde Junio de 1.997 a Junio de 1.998. Presentamos los resultados parciales de un periodo de 10 meses que va desde Junio de 1.997 a Marzo de 1.998.

En la investigación intervienen 3 Centros de Salud (2 urbanos y 1 rural): San Pablo, Magdalena, Tórtola y Serrada. Que abarcan a una población de 54.176 habitantes, con un total de 28 enfermeras.

Centro de Salud

Tipo

Nº de Enfermeras

Enfermeras que intervienen

Habitantes

San Pablo

Urbano

8

2

14.251

Tórtola

Urbano

10

3

17.652

Magdalena

Urbano

10

4

17.023

“II Simposium Internacional de Diagnósticos de Enfermería”
y “III Congreso Regional de Castilla y León”

AENTDE

Serrada
Rural
5
4
5.330

A lo largo del periodo mencionado, se han atendido a un total de 495 pacientes (60 % mujeres), sobre los que se han realizado 649 diagnósticos, lo que arroja una media de 1,3 diag./pacte.[G.1]

De los 649 diagnósticos realizados, el 40,7 % se realizaron sobre hombres y el 59,3 % sobre mujeres. [G.2]

La etiqueta más utilizada en los hombres es la de Lesión (24.6 %), seguida de Indicios (15.9 %) y Molestias (12.5 %). [G.3]

En el caso de las mujeres la mayor incidencia corresponde igualmente a la de Lesión (18.7 %), seguida de Dificultad (15 %) y la de Molestias (14 %). [G.4]

Los grupos de edad [G.5 y G.6] arrojan cifras significativas, en los que respecta al tipo de pacientes que ve la enfermera generalista en nuestras consultas, ya que entre los pacientes atendidos predominan el grupo de Adultos con edades entre 19 y 64 años (47,6 %) y los Ancianos de más 65 años (44.2 %), seguidos muy de lejos de los Adolescentes con edades entre 15 y 18 años (3.3 %), Escolares entre 6 a 14 años (2,8 %) y Lactantes-Preescolares de 0 a 5 años de edad(2.1 %).

En cuanto a la incidencia diagnóstica por grupo de edad, vemos que existe una clara relación entre las características del grupo y la necesidad alterada, ya que tanto en adultos [G.7] como en ancianos [G.8], el diagnóstico predominante es el de Lesión (19 % y 23 %, respectivamente). En el caso de los adolescentes [G.9] predomina la Falta de conocimientos (33 %). En los escolares [G.10] es la Dificultad (43 %). Y para los lactantes y preescolares [G.11] las Molestias con un 40 %.

Si bien de momento no podemos ofrecer datos más jugosos, ya que pecaríamos de poca prudencia científica, creemos que se pueden ver en los primeros esbozos del estudio conclusiones significativas respecto al uso de este Modelo Diagnóstico y las posibilidades que tiene de cara a un validación del mismo.

CONCLUSIONES

El Modelo se circunscribe dentro de una orientación sociológica siguiendo, entre otras, las teorías D. Orem, de tanta vigencia en España dentro de la Atención Primaria.

Su formulación es sencilla al contar tan solo con ocho etiquetas diagnósticas, con las que se pueden reflejar todos los problemas del paciente.

La asociación de conducta problema y la necesidad básica alterada y su causa, forma el texto del diagnóstico enfermero.
Los estudios parciales hasta ahora realizados muestran tendencias acordes con los grupos analizados.

AUTORES:

Juan L. Badallo (*). Angeles Bahillo (*). Mayte Baticon (**). Rafael Calvo (*).
Teresa J. Díez(***). Pilar Ercilla (*). M^a Angeles Rodríguez (**).

(*). C.S. Serrada. (**). C.S. San Pablo. (***) C.S. Magdalena. [Valladolid, Spain].

COLABORADORES:

Enfermeras C.S. Tórtola: Cristina San José, María del C. Gallego, Belén Gonzalez.

Enfermeras C.S. Magdalena : Mariola de Arriba, Monserrat Garzón, Jose M. Zaratain.

AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer al Colegio de Enfermería de Valladolid los medios técnicos e informáticos puestos a nuestra disposición a través del Aula de Investigación. A la Gerencia de Atención Primaria de Salud de Valladolid-Este, en la persona de su Directora de Enfermería Dña. Virtudes Niño, las facilidades y medios para la transmisión de datos.

BIBLIOGRAFIA

- (1) A. Romero, C.Germán, E. Ruíz y cols. INDEX comentado de Enfermería. Seminario diagnósticos de enfermería Jaen-88. Nº 2 de Mayo de 1.989; 43.
- (2) A. Romero, C.Germán, E. Ruíz y cols. INDEX comentado de Enfermería. Seminario diagnósticos de enfermería Jaen-88. Nº 2 de Mayo de 1.989; 43-44.
- (3) C.Germán. INDEX comentado de Enfermería. Seminario diagnósticos de enfermería Jaen-88. Nº 2 de Mayo de 1.989; 38.
- (4) C.Germán. INDEX comentado de Enfermería. Seminario diagnósticos de enfermería Jaen-88. Nº 2 de Mayo de 1.989; 38.
- (5) R.de Pino, A.Frías, P. Palomino, D. Cantón. Modelos en Enfermería Comunitaria. Revista Rol de Enfermería, nº 207, Noviembre 1.995; 59.
- (6) C.Germán. INDEX comentado de Enfermería. Seminario diagnósticos de enfermería Jaen-88. Nº 2 de Mayo de 1.989; 39.
- (7) M. del Valle, V. Niño, JL Badallo y cols. Proceso de Atención de Enfermería. Edt.: Insalud, Atención Primaria. Valladolid, 1.992. 16, Anexo.
- (8) R.de Pino, A.Frías, P. Palomino, D. Cantón. Modelos en Enfermería Comunitaria. Revista Rol de Enfermería, nº 207, Noviembre 1.995; 60.
- (9) L.J. Carpenito. Manual de Diagnósticos de Enfermería, 5ª edición. Mcgraw-Hill Interamericana. Madrid-1997 (2ª). XXIX.
Los diagnósticos de enfermería desde la perspectiva de la docencia-asistencia”

Comunicaciones Simultáneas

- “Los Diagnósticos de Enfermería desde la perspectiva de la Docencia Asistencial”
- “Los Diagnósticos de Enfermería desde la Atención Primaria y Antecedentes Históricos”
- “Los Diagnósticos de Enfermería desde la Atención Primaria y Hospitalaria”
- “Los Diagnósticos de Enfermería desde la Atención Hospitalaria”

Los Diagnósticos de Enfermería desde la perspectiva de la docencia

- [“Los Diagnósticos de Enfermería: Valoración y percepción de los estudiantes de Enfermería”](#). Serrano, I. / García, A. / Navarro, M^a. / Irigoyen, I. Escuela Universitaria de Enfermería. Universidad de Navarra.
- [“Un nuevo enfoque en la alteración de la protección”](#). Ruiz, M^a L. / Bilbao, C. / Rodríguez, C. / Rizo, P. / Sáez, A. / Porras, A. Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud de Málaga.
- [“El diagnostico enfermero. Un nexo entre la docencia y la asistencia”](#). Rodríguez Ponce, C. / Bilbao Guerrero, C. / Ruiz García M^a L. / Calvo Charro E. / Domínguez Losada C. / Toronjo Gómez A. Escuela Universitaria Ciencias de la Salud. Universidad de Málaga.
- [“Evolución de la aplicación del P.A.E en los estudiantes de enfermería en su práctica clínica”](#). Zaragoza Salcedo, A. / Narvaiza Solís, M^a J. / Udobro San Gregorio, R. / Senosiain García J.M^a. Escuela Universitaria de Enfermería Universidad de Navarra Pamplona (Navarra).
- [“Estrategias de intervención para el desarrollo profesional”](#). Acebedo Urdiales, S. / Roderó Sánchez, V. / Vives Relats, C. Departamento de Enfermería E.U.E. Universidad Rovira i Virgili. Tarragona.
- [“Método para la estandarización de planes de cuidados enfermeros con base a diagnósticos de enfermería, en el Hospital Municipal de Badalona”](#). Pérez Robles, P. / y Colaboradores: 20 enfermeras del Hospital Municipal de Badalona y tres profesores de la E.U.I Sant Joan de Déu. Proyecto conjunto EUI Sant Joan de Déu y Hospital Municipal de Badalona.

TÍTULO: “Los Diagnósticos de Enfermería: Valoración y percepción de los estudiantes de Enfermería”:

AUTORES: Serrano, I. / García, A. / Navarro, M^a. / Irigoyen, I.

CENTRO: Escuela Universitaria de Enfermería. Universidad de Navarra.

INTRODUCCIÓN

Desde que comenzó en nuestro país la introducción de los diagnósticos de enfermería, podemos encontrar abundante documentación acerca de las distintas aplicaciones de los mismos en diversas situaciones, sobre todo en el área asistencial (1,2,3) y muchas veces, como herramienta investigadora (4). Ahora bien, en el campo docente, el margen bibliográfico se estrecha un poco más, encontrando citas que tratan principalmente de cómo estudiantes de enfermería incorporan los diagnósticos en su práctica diaria (5,6,7,8,). Sin embargo a la hora de desarrollar el trabajo centro de esta comunicación, un grupo de profesores de la E.U. Enfermería de la Universidad de Navarra, queríamos conocer qué pensaban, cómo percibían, que valoración les merecía a nuestros alumnos, los diagnósticos de enfermería.

Esta preocupación del profesorado, no ha sido fruto de la casualidad, ni de la participación en este II Simposium, si no es fruto del trabajo de todos los profesores que participamos en la docencia de Enfermería de la Escuela a la que pertenecemos y que queda reflejada a través de distintas participaciones en congresos anteriores y que van más allá de principios de esta década.

Así al sugerirnos estos interrogantes, nos propusimos estudiar estas percepciones fijando los siguientes objetivos:

OBJETIVOS

1. Identificar cómo definen los alumnos el diagnóstico de enfermería.
2. Evaluar la aceptación de los diagnósticos entre los estudiantes de enfermería.
3. Determinar las áreas de mayor dificultad para el aprendizaje de los diagnósticos.
4. Explorar la importancia de los diagnósticos de enfermería en la población a estudio.

MATERIAL Y MÉTODO

El presente trabajo se ha realizado en la E.U. de Enfermería de la Universidad de Navarra, entre los alumnos pertenecientes a segundo y tercer curso. Para lograr la consecución de los objetivos enumerados, se diseñó un cuestionario semiestructurado de preguntas abiertas y cerradas que fueron posteriormente cumplimentadas por los estudiantes mencionados, que asistían a una clase teórica, sin previo aviso de la realización del mismo.

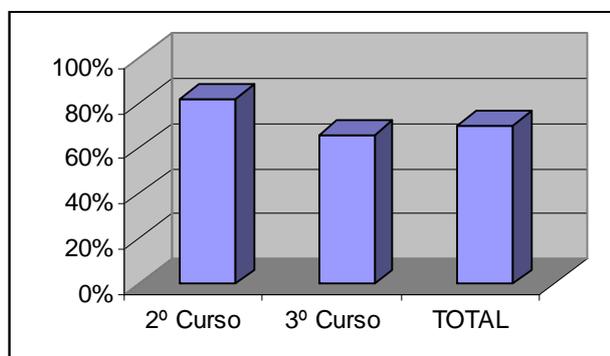
Previa a la confección del mencionado cuestionario se realizó una amplia revisión bibliográfica, en la base de datos CINHALL, MEDLINE, e INDEX de ENFERMERÍA, para conocer la existencia de trabajos similares y poder determinar el alcance de nuestro estudio.

El análisis de los datos obtenidos se efectuó mediante el programa informático SPSS, realizándose el tratamiento estadístico descriptivo y un estudio comparativo entre los dos cursos, mediante la aplicación del Test de independencia P^2 , en varios de los ítems.

RESULTADOS OBTENIDOS

El número total de alumnos que respondieron al cuestionario fue de 295, lo que supone un 70,4% de la totalidad de alumnos matriculados en los dos cursos. De estos, 131 (66,1%) pertenecen a tercer curso, y 164 (82%) a segundo.

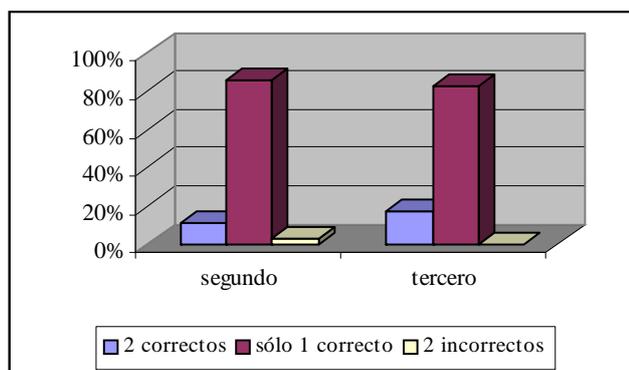
2º Curso	164 (82%)
3er Curso	131 (66,1%)
TOTAL	295 (70%)



El total de preguntas realizadas, se puede dividir en tres grandes bloques: aquellas que se refieren a aspectos conceptuales, otras que versan sobre la opinión personal, y por último las que se dirigen a aspectos didácticos o de enseñanza de los diagnósticos, por lo que en cierta manera, también ha resultado ser una evaluación par todos los que estamos implicados en la enseñanza de los diagnósticos.

A la pregunta ¿qué es para ti un diagnóstico de enfermería? se les daba a escoger entre 5 ítems de los cuales debían señalar dos correctos. Uno que hacía referencia al diagnóstico como función intelectual, y otro como parte de un proceso de atención de enfermería. Los resultados fueron los siguientes:

	Segundo	Tercero
2 correctas	11%	17%
Sólo 1 correcto	86%	83%
2 incorrectos	3%	0%



El ítem identificado mayoritariamente como correcto fue aquel que distinguía el diagnóstico como parte integrante del proceso de enfermería. Sin embargo sólo un pequeño porcentaje (17% de tercero y 11% de segundo) lo identificaron como una función intelectual.

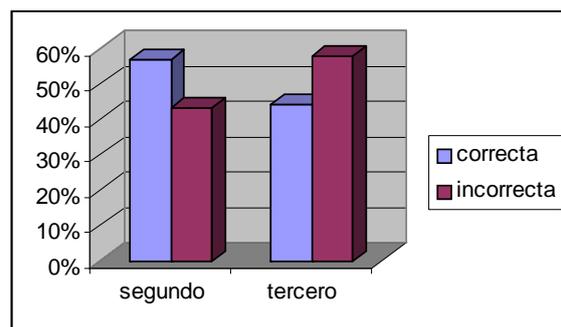
Al comparar los resultados entre uno y otro curso, como puede apreciarse a simple vista no se han observado diferencias significativas ($p=0,548$).

Otra pregunta muy similar a la anterior perseguía que las alumnas identificaran entre cinco respuestas, una verdadera. Estas respuestas señalaban el diagnóstico enfermero como:

- un juicio de enfermería
- una recogida de datos sobre el estado de salud del paciente
- una intervención de enfermería dependiente
- una intervención de enfermería interdisciplinar
- n.s. / n.c.

Los resultados fueron los siguientes

	Segundo	Tercero
Correcta	57%	44%
Incorrecta	43%	58%



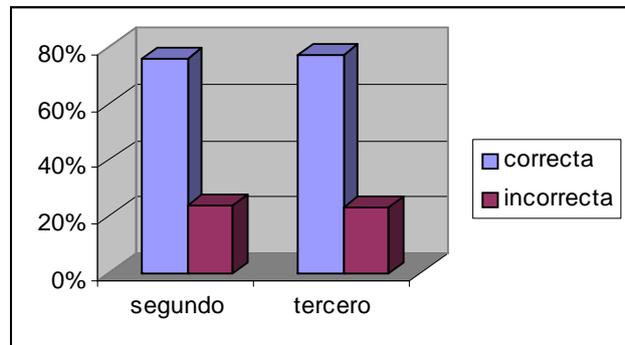
En esta ocasión si que se observaron diferencias significativas al comparar ambos cursos, obteniéndose una $p=0,0309^*$. Como se puede apreciar, en esta ocasión fueron las alumnas de segundo quienes obtuvieron mayor número de respuestas correctas.

Con la siguiente pregunta perseguíamos que el alumno, señalara aquella definición sobre el diagnóstico de enfermería, con la que se sintiera más identificado, sin mencionar de dónde procedían cada una de ellas (9,10).

De las cuatro definiciones elegidas, la mayoría de alumnos, tanto de segundo (104=63,4%) como de tercero (107=81,6%), escogieron la que aporta la NANDA, aunque en esta ocasión parece que, son los alumnos de tercero, bien por conocimientos, bien por otras causas, quienes eligieron la mencionada definición.

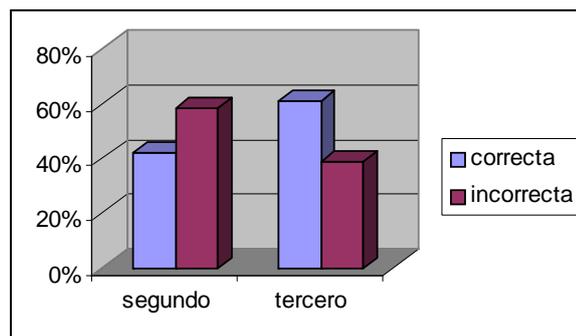
A continuación se preguntaba sobre el significado de las siglas NANDA, a lo que contestaron mayoritariamente de forma correcta. Al comparar ambos cursos se observaron diferencias significativas, con una $p=0,8498$. Por lo que independientemente del curso que realicen identifican correctamente esta asociación.

	Segundo	Tercero
Correcta	76%	77%
Incorrecta	24%	23%



Para cerrar este primer bloque "conceptual" realizamos una pregunta con la que pretendíamos conocer de qué manera identificaban los alumnos los diagnósticos como guía de su quehacer profesional. Para ello de los cinco ítems que se les daba a escoger, uno de ellos era incorrecto.

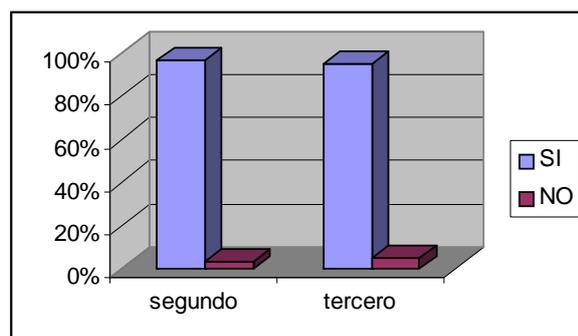
	Segundo	Tercero
Correcta	42%	61%
Incorrecta	58%	39%



En esta ocasión al comparar ambos grupos se observaron diferencias altamente significativas, con una $p=0,0014^{**}$. Siguiendo el grupo de tercer curso quien supo identificar más ítems correctos que sus compañeros de segundo.

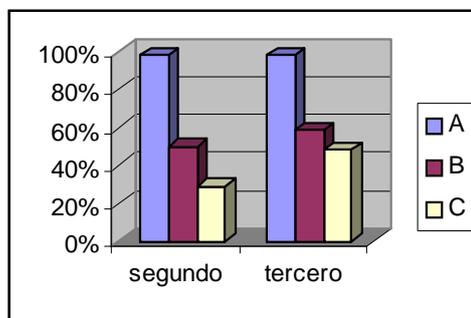
A partir de este momento, el cuestionario toma un cariz distinto y empieza a interesarse más por la apreciación personal de los diagnósticos, que por su aprendizaje. Así a la pregunta de si les resulta importante los diagnósticos para la profesión de enfermería, obtuvimos los siguientes resultados.

	Segundo	Tercero
SI	97%	95%
NO	3%	5%



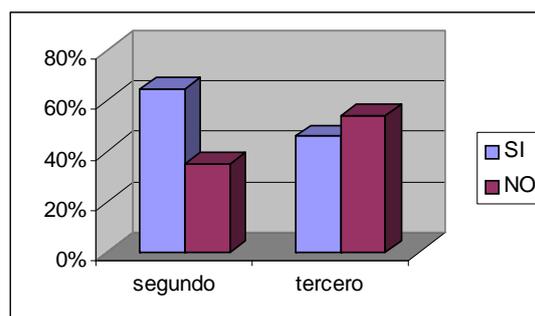
De entre las respuestas negativas el ítem más señalado es el referido a la dificultad en el lenguaje empleado y en su aprendizaje. De entre las respuestas afirmativas los motivos que dieron, en orden decreciente fueron:

AFIRMATIVAS	segundo	tercero
Ayudan a planificar los cuidados (A)	98%	98%
Se utiliza un mismo lenguaje (B)	50%	59%
Ayuda a determinar tiempos y costes (C)	29%	48%



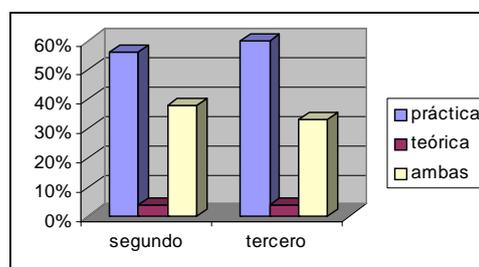
Otra de las cuestiones hacía referencia a si les parecía suficiente la formación en diagnósticos que se imparte en la carrera, a lo que los alumnos respondieron:

	Segundo	Tercero
SI	65%	46%
NO	35%	54%



Al comparar ambos cursos se observan diferencias significativas, con un $p=0,00137$, por lo que la respuesta afirmativa o negativa si que se ve condicionada por el curso en el que se encuentren matriculados. Siguiendo en esta misma pregunta queríamos averiguar en qué área, práctica o teórica era necesaria un mayor aprendizaje a lo que obtuvimos los siguientes datos:

↑ aprendizaje	segundo	tercero
Práctica	56%	60%
Teórica	4%	4%
Ambas	38%	33%

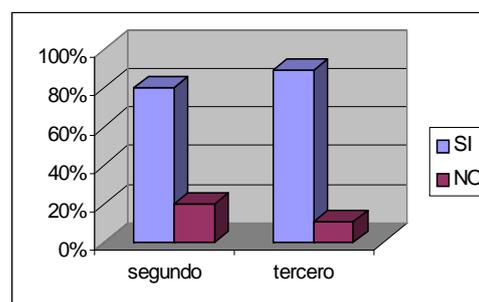


El orden de mayor o menor formación sería en primer lugar en el área práctica, le seguiría casi en la mitad de los casos en ambas áreas y en un porcentaje muy pequeño, sólo en el área teórica.

Para finalizar esta pregunta queríamos averiguar cuales eran las asignaturas que más apoyo necesitaban en esta formación a lo que contestó de forma muy dispersa.

En la siguiente pregunta nos interesaba conocer si, de haber realizado sus prácticas en un servicio en donde se manejaran los diagnósticos de enfermería, encontraban alguna ventaja con respecto a otras formas de trabajo, y en qué consistían esta/s ventaja/s.

ventajas	segundo	tercero
SI	80%	89%
NO	20%	11%



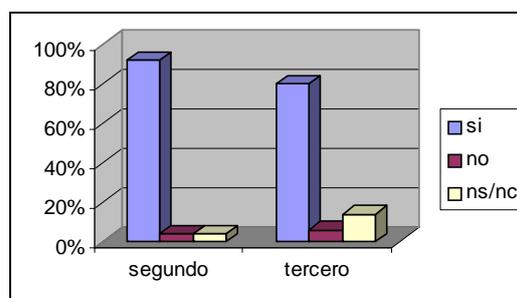
En este caso si se observan diferencias significativas, aunque en el límite, con una $p=0,04315$.

Cuando se les solicita que especifiquen cuales son en su opinión esas ventajas, nos encontramos con respuestas que merecen ser mencionadas, por su acierto:

- Mejoran la atención del paciente
- Dan independencia al quehacer de enfermería
- Se trabaja de forma ordenada
- Ayuda a trabajar en equipo

La última pregunta hacía referencia a si consideraban importantes los diagnósticos como vía de desarrollo de la enfermería a lo que contestaron:

desarrollo	segundo	tercero
Si	92%	80%
No	4%	6%
ns/nc	4%	14%



Nuevamente nos encontramos con diferencias significativas al comparar los dos cursos con una $p=0,01132$.

Al preguntar la razón por la cual consideran la respuesta anterior también nos encontramos con respuestas que trasladamos a continuación:

- Proporcionan una base científica
- Medio para incrementar la competencia profesional
- Ahorro de tiempo
- Aumentan la motivación profesional

DISCUSIÓN

Según los resultados obtenidos podemos decir:

Desde el punto de vista conceptual:

- La mayoría de los alumnos (84,5%) tienen asumido el diagnóstico como parte del proceso de atención de enfermería. Pero son los de segundo, quienes lo identifican correctamente (apreciándose diferencias significativas) como un juicio de enfermería. Este dato, lejos de ser negativo, nos parece que tiene el siguiente razonamiento:
 - 1.- La cercanía en el tiempo de los alumnos de segundo a los temas de Fundamentos de primero, en donde se explica el proceso de atención de enfermería.
 - 2.- El esfuerzo de los profesores de segundo curso quienes han realizado una intervención específica para mejorar la comprensión y aplicación del proceso.
- Sin embargo esta “ventaja” conceptual no se evidencia como tal a la hora de su aplicación práctica, posiblemente debido a la mayor facilidad que tendrían los alumnos de tercero, al contar con mayor número de experiencias prácticas, observación que se confirma más adelante, al preguntarles si han realizado prácticas en servicios en los que se manejaran diagnósticos de enfermería.

En lo referente a la apreciación personal de los diagnósticos podemos decir:

- Para un elevado porcentaje de alumnos (96%) los diagnósticos son importantes para la profesión, y entre las razones que señalan únicamente difieren, obviamente en aspectos de gestión. Pensamos que un alumno de segundo posiblemente no valore suficientemente, por desconocimiento ese apartado.
- Algo similar ocurre cuando opinan sobre la importancia de los diagnósticos, aunque si se observa la gráfica se puede apreciar que hay mayor número de alumnos de segundo que contestan afirmativamente, mientras que los de tercero están un poco más dubitativos

- En cuanto al nivel de formación también se encontraron diferencias significativas, habiendo mayor número de alumnos de segundo que consideran esta formación suficiente. Cuestión que podríamos explicar con una de las razones especificadas al comienzo de este apartado, en cuanto a la mayor intervención por parte del profesorado. Aún siendo esto así, no quiero dejar de expresar, que los alumnos de tercero dieron un significado distinto a esta pregunta y por lo tanto al significado de sus respuestas. Muchos de ellos señalan que toda formación sobre los diagnósticos les parece insuficiente, dando a entender su afán por seguir aprendiendo.

CONCLUSIONES

Al igual que recogen distintas publicaciones y tras la realización de este trabajo podemos llegar a las siguientes conclusiones.

1. Pensamos que tanto la enseñanza teórica como la práctica, son igualmente importantes en la adquisición de las habilidades necesarias para el aprendizaje de los diagnósticos de enfermería (11,12).
2. Que los docentes de enfermería tenemos una gran responsabilidad para enseñar, dar a conocer, e integrar los diagnósticos (11,12,13).
3. El plan de estudios puede ser un buen instrumento para lograr este aprendizaje, aunque necesitamos seguir revisando los currículos para ir incorporando más y mejor los diagnósticos de enfermería, así como las distintas metodologías didácticas (12)
4. Los diagnósticos son una vía de desarrollo profesional (14)
5. La valoración por parte de los alumnos ha sido muy positiva y estimulante para seguir trabajando y profundizando en la enseñanza de los diagnósticos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Quero A. El diagnóstico de enfermería. Una aproximación a la realidad española. *Index de Enfermería* 1995; IV; 12-13: 24-8.
2. Margulles G. Conocimiento y manejo de los diagnósticos de enfermería. Experiencia en dos unidades de hospitalización. *Todo Hospital* 1995; 113: 49-54.
3. Serrano R. Desde una sistemática de Enfermería a la estandarización de cuidados. *Revista Rol de Enfermería* 1995; 198: 28-36.
4. Mason G. The relationship between research and the nursing process in clinical practice. *Journal of Advanced Nursing* 1997; 26: 1045-9.
5. García C: Utilización de los diagnósticos de enfermería en la enseñanza. *Notas de Enfermería* 1991; 1(6): 313-9.
6. Sales R. Diagnóstico de enfermería: de la teoría a la práctica. *Notas de Enfermería* 1991; 1(8): 463-9.
7. López J. Aplicación del proceso de enfermería en las prácticas clínicas del estudiante. *Enfermería Clínica* 1994; 4(6); 245-59.
8. Domínguez C. Juicio diagnóstico del estudiante de enfermería ante el paciente crítico. *Enfermería Científica* 1998; 109-191: 11-5.
9. Alfaro R. Aplicación del proceso de enfermería. Barcelona, Mosby Doyma, 1998.
10. Iyer P. Proceso de atención de enfermería. Madrid, McGraw-Hill Interamericana, 1997.
11. Titler M. Implementation of nursing Diagnoses in Nursing Education. *Nursing Clinics of North America* 1987; 22(4): 987-99.
12. Weber J. Where are we going? Nursing Diagnosis in education. *Nursing Diagnosis* 1995; 6(4): 167-70.
13. LaFortune Sh. Can the theory improve diagnosis? An examination of the relationship between didactic content and the ability to diagnose in clinical practice. CV Mosby, 1987.
14. Hernández M. Reflexión acerca de los elementos de desarrollo profesional. *Enfermería Clínica* 1992; 2(1): 1-2.

TÍTULO: “Un nuevo enfoque en la alteración de la protección”:

AUTORES: Ruiz, M^a L. / Bilbao, C. / Rodríguez, C. / Rizo, P. / Sáez, A. / Porras, A.

CENTRO: Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud de Málaga.

INTRODUCCIÓN

" La función propia de la enfermería consiste en asistir al individuo sano o enfermo en la ejecución de aquellas actividades que contribuyen a su salud o a su restablecimiento (o evitarle padecimientos en la hora de su muerte), actividades que él realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios".

Virginia Henderson 1955.

La protección es a la vez un derecho y una responsabilidad que posee la humanidad desde sus orígenes para asegurar la continuidad de la vida del grupo y de la especie. Para ello se generan, en las personas, una serie de respuestas individuales encaminadas a cubrir sus necesidades en función del propio instinto y de los factores culturales y socioeconómicos, principalmente.

Proteger a los individuos centrados en sus capacidades para actuar (fuerza), decidir (conocimiento) y desear (voluntad), desde los niveles de promoción, prevención y recuperación es, en definitiva, lo que caracteriza el cuidado enfermero, y por ello sería necesario reflexionar sobre la utilización que las enfermeras podemos estar dando a una categoría diagnóstica tipificada por la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) desde 1990 denominada "alteración de la protección".

Siguiendo el análisis de la utilización que se viene dando a los diagnósticos enfermeros, donde suele ser habitual confundirlos con problemas interdependientes, donde la intervención enfermera es de colaboración y no independiente, así como de los casos clínicos que se tratan con los alumnos de tercer curso en la Diplomatura de Enfermería de la Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud de Málaga, se ha considerado interesante revisar la definición y el uso de dicho diagnóstico ya que, este ejercicio, podría aportar indicios a la solución del conflicto que suele plantear la síntesis y organización de los datos de valoración, pudiendo confundirse las manifestaciones de un problema real y ser enjuiciadas como problemas independientes, de donde se justificaría el número elevado de diagnósticos que, en algunos trabajos, vienen apareciendo obviando incluso, si las fuentes de dificultad pertenecen al ámbito de la fuerza, del conocimiento o de la voluntad de los individuos implicados.

OBJETIVO

Valorar la aplicabilidad del propio diagnóstico de "alteración de la protección" reflexionando sobre las limitaciones que se pueden encontrar derivadas de un enfoque totalmente físico, desprovisto del ámbito psicológico y social de la persona.

MATERIAL Y MÉTODO

El trabajo que presentamos ha sido elaborado en cuatro fases claramente diferenciadas y que han ido desencadenándose en la medida que se desarrollaba el proceso de reflexión sobre la aplicabilidad del diagnóstico.

Fase 1. Identificación del diagnóstico

Entre las asignaturas de Salud Mental (SM) y Enfermería Médico-Quirúrgica (MQ), durante el presente curso académico, se ha elaborado un programa de 4 sesiones clínicas semanales (2 en SM y 2 en MQ) de dos horas de duración cada una, es decir, a lo largo de 10 semanas (de lunes a jueves) cada grupo de alumnos (en número variable en función de las unidades de prácticas destinadas) analizaba dos casos reales, uno enfocado a las respuestas de una persona ante un trastorno esquizofrénico y otro ante la sedación a la que están sometidas las personas en situación crítica o de riesgo vital en las unidades de Cuidados Críticos.

Al identificar la repercusión que el proceso de salud tiene en las personas implicadas en cada caso, se planteó la posibilidad de que pudieran existir similitudes entre los datos que condujeran a elaborar el diagnóstico de alteración de la protección, obviando la definición puramente física atribuida a este, así como su orientación hacia la respuesta disminuida, presente en los pacientes críticos, pero distorsionada (por exceso o por defecto) y ficticia en los trastornos esquizofrénicos, lo cual planteó la necesidad de consultar toda la bibliografía que pudiera orientar hacia trabajos que refrendaran tal posibilidad ya que nos arriesgábamos a cuestionar el trabajo de otros compañeros, a lo cual teníamos cierto reparo.

Fase 2. Rastreo bibliográfico

Tras la revisión de las publicaciones presentadas en las revistas ROL DE ENFERMERÍA, ENFERMERÍA CLÍNICA, ENFERMERÍA INTENSIVA Y NURSING, además del rastreo efectuado a nivel de la base de datos MEDLINE, los resultados obtenidos no aportaron más que dudas a las ya planteadas debido a que en ninguno de los trabajos publicados por enfermeras, este diagnóstico posee una clara utilización debido a que no ha aparecido en ningún artículo desde que, en 1990, la NANDA lo incluyera entre sus categorías, aunque sí se han encontrado otros que las expertas aconsejan que sean diferenciados de este primero como es el caso de: riesgo de infección, deterioro de la integridad tisular, alteración de la mucosa oral y deterioro de la integridad cutánea, todos ellos muy relacionados con la propia alteración de la protección.

Fase 3. Desdoblamiento del diagnóstico

Ante las dudas planteadas se intuye la posibilidad de desdoblar el diagnóstico según atiende a:

a) *Problemas por exceso* (presentes en los trastornos esquizofrénicos):

Según las fuentes consultadas cabe la posibilidad de haber errado en la identificación de los diagnósticos de dicho trastorno ya que los que principalmente se le atribuyen son "Alteración de los procesos de pensamiento" o lo que es igual nombrar como diagnóstico la definición en sí que los psiquiatras dan del trastorno, además de no estar aún desarrollados los factores relacionados, o bien identificar el trastorno como un "Síndrome de deterioro en la interpretación del entorno" donde en la definición se hace referencia a la necesidad de crear un entorno protector, aunque entre los factores relacionados no se mencione el trastorno esquizofrénico a pesar de que sí aparezcan otras patologías contempladas por los responsables de la salud mental.

Debido al gran desglose de problemas que se produjo, en el caso que nos ocupa, como fueron los de nutrición, sueño, autocuidado y relaciones, camuflados con términos enfermeros pero de orientación interdependiente, se concluyó que o no existen diagnósticos enfermeros en este trastorno, puesto que no existen niveles de dependencia, aunque sí de falta de autonomía, o bien se desarrollan los ámbitos psicológico y social de los que carece la "Alteración de la protección". Ante esta última alternativa parece existir una responsabilidad independiente por parte de la enfermera debido a que en el plan de intervención se pueden alcanzar objetivos centrados en la persona.

b) *Problemas por defecto* (presente en los casos bajo sedación en situación crítica):

En este apartado coinciden tanto definición como enfoque físico, siendo necesario incluir solamente el deterioro cognitivo como factor relacional del problema. En este caso la justificación se centra en entender que la persona no ha perdido capacidades sino que estas han sido bloqueadas con miras hacia objetivos prioritarios pero que la enfermera no debe olvidar que este paréntesis puede conducir a riesgos innecesarios si no se sabe proteger a la persona.

Fase 4. Definición del desdoblamiento.

ALTERACIÓN DE LA PROTECCIÓN POR EXCESO

DEFINICIÓN. Estado en que la persona experimenta una respuesta distorsionada para cuidar de sí misma frente a peligros, daños o incomodidades, ya sean reales o ficticios.

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS. Alucinaciones, delirios, verbalización errónea o irreal de la realidad, intranquilidad, disminución en el rendimiento personal, pérdida de apetito, insomnio, pérdida de relaciones, modificación del rol, descuido de la imagen, pérdida de atención o concentración.

FACTORES RELACIONADOS. Dificultad para identificar la realidad, sentimientos y vivencias de inseguridad (miedos, temores).

ALTERACIÓN DE LA PROTECCIÓN POR DEFECTO

DEFINICIÓN. Estado en que la persona experimenta una respuesta disminuida en su capacidad para cuidar de sí misma frente a peligros, daños o incomodidades, ya sean de origen interno como externo.

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS. Inmunidad deficiente, deterioro de la cicatrización, alteración de la coagulación, alteraciones neurosensoriales, escalofríos, sudoración, dificultad respiratoria, tos, prurito, fatiga, debilidad, pérdida de apetito, inmovilidad, desorientación, úlceras por presión.

FACTORES RELACIONADOS. Edad extrema, nutrición inadecuada, abuso de alcohol, perfiles sanguíneos anormales (leuco y trombopenia, anemia, coagulación), terapia farmacológica (antineoplásicos, corticoides, anticoagulantes, trombolíticos), tratamiento (cirugía, radiación), enfermedades como el cáncer y los trastornos inmunitarios, deterioro cognitivo.

Fase 5. Consolidación y aplicabilidad independiente

Una vez desarrollado todo el proceso de razonamiento intelectual se procede a la aplicación metodológica, analizando el proceso desde el Marco de referencia idóneo que justifica nuestra intervención independiente y que se centra en el modelo de necesidades de V. Henderson, por tanto las interrogantes a las que hemos sometido el trabajo son:

1.- ¿El problema identificado hace referencia a una conducta inapropiada de la persona?. Aquí debemos especificar que la interrogante expresa lo inapropiado debido a la definición del diagnóstico que se centra en una alteración y no es un diagnóstico de salud.

En el caso del trastorno esquizofrénico (caso 1) **SÍ**, se produce una respuesta inapropiada.

En el caso del paciente crítico sedado (caso 2) **NO**, la capacidad de respuesta está bloqueada, aunque sea de forma transitoria.

2.- ¿Se pueden obtener modificaciones en la conducta de manera independiente por parte de la enfermera?

En el caso 1 **SÍ**, se pueden orientar las intervenciones en aquellos aspectos concretos que interese alcanzar.

En el caso 2 **NO**, mientras persista el condicionante de la decisión médica.

3.- ¿Se puede plantear el objetivo a alcanzar?

En el caso 1 **SÍ**, el planteamiento se puede hacer en términos de conductas observables y con una orientación centrada en la persona donde el trabajo enfermero sea conducido como complemento y no

como suplencia.

En el caso 2 **NO**, la orientación será dirigida hacia la enfermera dado su papel de resolución y ejecución plena.

4.- ¿Se pueden desarrollar actividades que evidencien la adquisición de independencia?

En el caso 1 **SÍ**, se pueden identificar las fuentes de dificultad y permitir que la persona participe en la toma de decisiones.

En el caso 2 **NO**, la persona carece de autonomía y por tanto de capacidad para intervenir.

5.- ¿Se puede validar el producto obtenido con el trabajo enfermero?

En el caso 1 **SÍ**, se puede realizar un seguimiento continuo de los datos obtenidos y los resultados alcanzados de forma independiente.

En el caso 2 **NO**, aunque se obtiene también un seguimiento continuo, se desconoce el alcance del logro independiente.

DISCUSIÓN

A la hora de validar cualquier diagnóstico, en su aplicación, se ha de orientar en función al modelo que justifica e impregna el método empleado.

Con este trabajo desarrollado por el equipo de alumnos y profesores de nuestra escuela se ha podido comparar la utilidad del modelo de Necesidades de V. Henderson para discriminar los datos de valoración y definir las intervenciones enfermeras en función a que atiende a problemas centrados en niveles de dependencia, orientando su colaboración en la decisión e integración de las personas que los padecen, o bien a problemas de autonomía, orientando su intervención en suplencia o sustitución de la persona implicada.

Los diagnósticos en sí son instrumentos facilitadores de la intervención y nunca deben condicionar el proceso de elaboración. Anteponer el juicio a la reflexión organizada de los datos induce al error, frecuente, de aglutinar y enmascarar de forma desordenada las manifestaciones, fuente básica para la priorización de la intervención enfermera.

Las enfermeras precisamos de una mayor integración entre los postulados teóricos y su aplicación práctica.

CONCLUSIONES

Tras el proceso seguido podemos concluir con una propuesta a considerar por el Comité para la Revisión de los Diagnósticos (CRDx) de incluir modificaciones en la definición de la etiqueta "alteración de la protección", así como en sus características

definitorias y sus factores relacionados.

Debería plantearse, por parte de dicho comité, retirar como factores relacionados los perfiles hematológicos anormales, la farmacoterapia, los tratamientos como la cirugía y la radioterapia y los trastornos inmunitarios por considerarlos factores que inciden en problemas interdependientes que poseen entidad propia para ser definidos sin modificaciones y que condicionan el trabajo enfermero a la decisión de otros profesionales, además de afianzar un enfoque únicamente físico al problema.

PROPUESTA

Categoría diagnóstica ALTERACIÓN DE LA PROTECCIÓN

Definición

Estado en que la persona experimenta una respuesta distorsionada para cuidar de sí misma frente a peligros, daños o incomodidades, ya sean reales o ficticios.

Características definitorias

Alucinaciones, delirios, alteraciones neurosensoriales, verbalización errónea o irreal de la realidad, intranquilidad, disminución en el rendimiento personal, pérdida de apetito, insomnio, pérdida de relaciones, modificación del rol, descuido de la imagen, pérdida de atención o concentración, escalofríos, sudoración, dificultad respiratoria, inmovilidad, desorientación.

Factores relacionados

Dificultad para identificar la realidad, sentimientos y vivencias de inseguridad (miedo, temor), edad extrema, abuso de alcohol y enfermedades personal o socialmente alarmantes (cáncer, sida, etc).

Agradecimientos

Es nuestra intención reconocer en este trabajo la valiosa aportación que han hecho las profesoras Dña. Carmen Fernández Ferrín y Dña. M^a Teresa Luis, a través de sus reflexiones, en cuanto a la aplicación de un instrumento orientado al modelo de Virginia Henderson.

BIBLIOGRAFÍA

Cook, Fontaine. Enfermería Psiquiátrica. Madrid: Interamericana McGraw-Hill, 1993.

Fernández Ferrín C, Novel Martí G. El Proceso de Atención de Enfermería: Estudio de casos. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas SA, 1993.

Luis MT. Diagnósticos enfermeros. Un instrumento para la práctica asistencial. 3ª Ed. Barcelona: Harcourt Brace. 1997.

Pelletier. Enfermería Psiquiátrica: Estudio de casos, diagnósticos y planes de cuidados. Madrid: Doyma, 1987.

Rigol, Ugalde. Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica. Barcelona: Salvat Editores, 1991.

Stinson Kidd P, Dorman Wagner K. Enfermería clínica avanzada. Atención a pacientes agudos. Madrid: Ed. Síntesis, 1997.

Stuart, Sundeen. Enfermería Psiquiátrica. Madrid: Interamericana McGraw-Hill, 1992.

TÍTULO: “El diagnóstico enfermero. Un nexo entre la docencia y la asistencia”.
AUTORES: Rodríguez Ponce, C. / Bilbao Guerrero, C. / Ruiz García M^a L. / Calvo Charro E. / Domínguez Losada C. / Toronjo Gómez A.
CENTRO: Escuela Universitaria Ciencias de la Salud. Universidad de Málaga.

INTRODUCCIÓN

El divorcio entre las enfermeras docentes y las asistenciales ha sido una realidad que afortunadamente tiende a desaparecer, dejando constancia de ello los cada vez más frecuentes trabajos que de forma conjunta se realizan y ven la luz en diferentes foros y publicaciones.

Nuestra experiencia, como podrán comprobar, es una prueba más de este acertado acercamiento.

El origen del trabajo que hoy exponemos se remonta al segundo semestre del año 1997, fecha en la cual se pone en contacto con nosotras la jefatura del bloque de Formación Continuada del Hospital Regional de Málaga, y nos piden colaboración para el diseño de “Planes de cuidados estandarizados” para algunas unidades del mencionado hospital, en las que de alguna manera ya estaban trabajando con ellos, aunque de forma aislada y no coordinada.

Desde el principio entendimos que la posibilidad de realizar un trabajo conjunto era una ocasión única que se nos presentaba para coordinar la docencia con la asistencia o la teoría con la práctica, aunque entendíamos que la petición que se nos realizaba no era la que nosotras deseábamos; porque ¿para que serviría diseñar e imponer posteriormente el uso de unos planes de cuidados *perfectos*, pero de nuevo teóricos, que podían encontrarse en numerosos textos enfermeros, pero que no responderían a una auténtica necesidad percibida y demandada por las profesionales de base?.

Tras algunas reuniones de deliberación para clarificaciones conceptuales, llegamos al acuerdo de diseñar un proyecto integral de formación que tendría una doble finalidad y que favorecería a ambos colectivos, ya que:

Contribuiría a conseguir uno de los objetivos prioritarios que tiene marcado la actual dirección de enfermería del mencionado Complejo Hospitalario, y que no es otro que la aceptación e implantación de la metodología enfermera en el mismo.

1. Acercaría la formación metodológica enfermera, que impartimos en las Escuelas a los alumnos, a la enfermera asistencial; tratando con ello que estas se vieran cada vez más involucradas en el proceso de aprendizaje de los mismos durante sus prácticas en las estancias clínicas.

OBJETIVO

- Mostrar una experiencia, que conjuntamente estamos llevando a cabo enfermeras docentes y asistenciales, para conseguir de forma metodológica y atraumática la implantación del diagnóstico enfermero como instrumento útil en la práctica asistencial

MATERIAL Y MÉTODO

El proyecto lo elaboramos en tres fases:

I) Formación metodológica básica.

A base de cursos teóricos muy participativos de 30 hrs de duración en los que partiendo de la cotidianidad de los cuidados enfermeros habituales, iríamos profundizando en la filosofía enfermera y en el uso de la metodología sistemática de trabajo.

II) Creación de núcleos de trabajo, en unidades asistenciales que servirían de lugar de pilotaje y que mediante la reflexión filosófica y el trabajo grupal de sus componentes, elaborarían la estrategia que condujera a la aceptación e implantación de la metodología enfermera.

III) Extensión paulatina de la experiencia a la totalidad de las unidades asistenciales del complejo hospitalario.

Y lo pusimos en marcha en octubre de 1997

Fase I. Formación Metodológica Básica

Impartimos dos ediciones del curso teórico, ya que la demanda fue grande, asistiendo en cada ocasión 35 asistenciales entre supervisoras y enfermeras básicas. Finalizado el mismo, las asistenciales tomaron distintos posicionamientos, que básicamente y de forma coloquial resumiremos en tres:

- *Gracias y adiós. Esto está muy bien pero en mi unidad es inviable y/o no tengo tiempo. ¡ya me gustaría, pero imposible!*
- *Esto está muy bien para comenzar pero necesito seguir aprendiendo y profundizando.*
- *¿ Y ahora qué, cómo llevo yo esto a la practica de verdad ?*

Estos distintos posicionamientos no obligaron a realizar algunas modificaciones en el proyecto inicial, que básicamente consistió en implantar la fase II en dos etapas sucesivas.

Para las enfermeras que se posicionaron en la segunda situación se creó un seminario permanente de metodología enfermera que se reuniría en las dependencias de la Escuela.

Con las enfermeras que solicitaron asesoramiento para llevar el proyecto a la práctica, se siguió con la metodología planificada, aunque previamente hubo una época común en que ambos colectivos pasaron por el seminario permanente.

Fase II.

Etapas 1ª.- Creación de un Seminario Permanente

Se elaboró un programa de reuniones periódicas, de dos horas de duración que comenzaron siendo mensuales y finalizaron siendo quincenales, para profundizar, discutir y consensuar acerca de conceptualizaciones enfermeras que considerábamos previas y muy importantes para poder continuar con el proyecto diseñado.

A él asistían una media de unas 18 enfermeras base, de las que un 75% eran mujeres, dos supervisoras de planta, la responsable de formación continuada del hospital, y dos profesoras de la escuela. y tras cada sesión se elaboraba un pequeño documento donde se hacía constar: las personas asistentes, el tema sobre el que se había debatido y las decisiones que se habían acordado.

Se constituyó como un grupo permanente y abierto, al que podría incorporarse en todo momento cualquier otro miembro, con el único requisito de aceptar como válidas las decisiones que se habían ido acordando.

Tras las cuatro primeras sesiones de trabajo se decidió aceptar como premisas posteriores de actuación las siguientes:

- Adoptar como modelo de cuidados enfermeros el modelo de Virginia Henderson.
- Utilizar el Proceso de Enfermería como única sistemática válida para brindar cuidados enfermeros eficientes.
- En caso de identificar un problema que las enfermeras podamos resolver de forma independiente, utilizaríamos para su formulación la taxonomía diagnóstica propuesta por la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA).

A partir de este momento el grupo se dividió en dos subgrupos, que además eran afines por unidades de hospitalización.

El primer subgrupo pertenecía al área de oncología pediátrica, estaba constituido por 5 enfermeras más su supervisora y eran los que desde un principio habían demandado asesoramiento para empezar a trabajar con diagnósticos de enfermería y con planes de cuidados.

El segundo subgrupo estaba constituido por el resto, unas 8 - 10 enfermeras más dos supervisoras, que pertenecían fundamentalmente a las áreas de traumatología y oncología de adultos.

Con el grupo uno pasamos a la 2º etapa de la fase II que expondremos posteriormente, y con el grupo dos continuamos un tiempo en esta etapa, aunque cambiamos la metodología de trabajo que pasó a ser, básicamente, la de estudio de casos, que ellos mismo aportaban de su trabajo cotidiano. Actualmente este subgrupo ha avanzado en el cumplimiento del proyecto y también se encuentra en esa 2ª etapa de la fase II.

Fase II.

Etapa 2ª.- Creación de una unidad de pilotaje.

Con el subgrupo que pusimos en marcha esta 2ª etapa seguimos la metodología que habíamos diseñado para el proyecto inicial:

Las reuniones conjuntas pasaron a ser semanales y de 1,5 horas de duración; pero además ambos colectivos nos reuníamos, de forma separada, una vez más a la semana para el trabajo propio de cada uno de ellos.

El lugar de trabajo del grupo pasó a ser la propia unidad de hospitalización.

El lugar de reunión conjunta continuó siendo la escuela, aunque también hemos celebrado reuniones en la propia unidad, para el abordaje y resolución de cuestiones puntuales.

El grupo se marcó como primer objetivo el elaborar una lista de problemas, para posteriormente delimitar aquellos que podrían ser identificados como diagnósticos enfermeros y aquellos otros que podíamos considerar problemas interdependientes o de colaboración.

Para alcanzar este objetivo la metodología de trabajo fue variada.

Las docentes realizamos una búsqueda bibliográfica en publicaciones científicas y en la base de datos MEDLINE, encaminada a delimitar aquellos diagnósticos de enfermería que con mayor incidencia se presentaban en este tipo de patología: oncología pediátrica.

Con las asistenciales se efectuó una revisión de las hojas de valoración inicial y de las hojas de seguimiento de enfermería, en 50 casos; además se les animó a que realizaran una reflexión, individual, que posteriormente pusimos en común en una reunión colectiva, para definir todas aquellas situaciones / problemas que se les presentaban en su trabajo cotidiano, que ellas habían observado, pero de las que no quedaba constancia por escrito en ningún registro.

De los instrumentos utilizados para la valoración enfermera obtuvimos, fundamentalmente, datos físicos que podrían orientar fácilmente a la identificación de los problemas de colaboración, pero difícilmente a la formulación de los correspondientes diagnósticos enfermeros.

Con las reflexiones individuales y grupales, obtuvimos datos que podrían orientarnos a la formulación de los diagnósticos de enfermería, datos que también eran avalados por el rastreo bibliográfico que habíamos realizado las docentes, el único inconveniente es que no existían registros que avalaran realmente nuestros hallazgos.

Con todo el material de que disponíamos, elaboramos una primera identificación de problemas, diferenciándolos en tres apartados: físicos, emocionales y familiares y que consensuamos que eran los que podrían estar presentes tanto en los niños afectos como en su núcleo familiar.

Lógicamente tuvimos dificultades para ello, hubo que discutir y consensuar mucho, ya que debido a la dimensión biosicosocial del enfermo, nos encontramos con una gran amalgama de datos mezclados; los derivados del / os procesos patológicos que nos ocupaban, a los que se añadían los problemas propios y típicos de las diferentes etapas evolutivas del desarrollo del niño, ya que en esta unidad conviven niños que tienen desde meses hasta los 14 años. No obstante decidimos que había que continuar y que si nos equivocábamos iríamos corrigiendo.

Los primeros resultados fueron las tres listas de problemas que a continuación les exponemos, son listas inconclusas, pues pensamos que podían ir apareciendo nuevos problemas que tendríamos que ir incorporando:

LISTADO DE PROBLEMAS FÍSICOS

- Anorexia / inapetencia
- Disminución del olfato y del gusto
- Nauseas y/o vómitos.
- Obesidad /edematización
- Estreñimiento
- Diarrea
- Debilidad
- Movilidad reducida / inmovilidad
- Alopecia
- Dolor
- Hemorragias
- Extravasación
- Fiebre tumoral y/o por infección
- Ulcera bucales /mucositis
-

Se observan que éstos son efectos yatrogenicos debidos a la propia enfermedad, a las pruebas diagnósticas, al tratamiento, a la hospitalización, a la dieta,...

LISTADO DE PROBLEMAS EMOCIONALES

- Miedo
- Falta de confianza
- Rebeldía
- Desobediencia
- Vergüenza
- Desconfianza
- Mutismo
- Pasividad
- Tristeza
- Preocupación por su aspecto
- Falta de intimidad
- ...

LISTADO DE PROBLEMAS FAMILIARES

- Impacto emocional
- Tristeza
- Temor
- Discusiones entre el matrimonio
- Discrepancias de opinión
- Olvidos
- Permanencia casi constante en la unidad
- Abandono de actividades sociales
- Rechazo inicial hacia el personal
- Roces con otros padres,

Como se podía esperar, se corresponden con los efectos socioemocionales que causan en una persona y en su núcleo familiar la instauración de una patología crónica tan importante como es una patología oncológica.

La siguiente etapa del proyecto consistió en responder, siguiendo la metodología usual, primero de forma individual para posteriormente consensuar de forma grupal, a la siguiente pregunta: ¿ ante este problema puedo yo actuar para intentar solucionarlo de forma independiente o preciso de la colaboración de otro profesional ?.y fuimos recorriéndolos todos de uno en uno.

Para los problemas físicos, que eran los que mayoritariamente habíamos extraído de su hoja de valoración, se concluyó que la actuación generalmente era interdependiente precisando, para su resolución de la colaboración de otro/s profesional/es, y se determinó que el modo correcto de actuar sería diseñar protocolos adecuados, de los que carecían, que orientaran hacia la búsqueda del problema y permitieran actuar correctamente una vez detectado este. Se elaboró una propuesta de diseño de protocolo en cuatro apartados: actividades de valoración, actividades de intervención, actividades de información/formación y actividades de evaluación y control de efectos secundarios, y se están

confeccionando.

Para aquellos problemas en los que determinaron que podían actuar de forma independiente, es más que generalmente lo hacían, aunque no quedara constancia de ello, y que concluimos que básicamente eran los que habíamos encuadrado dentro de los apartados de problemas emocionales y familiares, las docentes las asesoramos, en base a que correspondían a las características definitorias de algunos diagnósticos, en la elección de estos, que lógicamente coincidieron en gran medida con los hallazgos encontrados en el rastreo bibliográfico.

Llegamos a la conclusión de que los diagnósticos de enfermería posibles eran:

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS “POSIBLES” EN EL NIÑO ONCOLÓGICO

- 6.1.1.2 Intolerancia a la actividad
 - 6.1.1.2.1 Fatiga
- 7.1.1 Trastorno de la imagen corporal
 - 7.1.2.1 Baja autoestima crónica
- 1.6.2 Alteración de la protección

¡ DUDAS !

- 1.6.2.1.1 Alteración de la mucosa oral
- 1.2.1.1 Riesgo de infección

Mantuvimos estos dos como dudas, ya que la actuación independiente o no estaba muy supeditada al estado físico del niño.

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS “POSIBLES” EN LA FAMILIA DEL NIÑO ONCOLÓGICO

- 3.2.2. Alteración de los procesos familiares
 - 3.2.2.1 Cansancio en el desempeño de rol de cuidador
 - 3.2.2.2 Riesgo de cansancio en el desempeño de rol de cuidador
 - 3.2.3.1 Conflicto del rol parental
- 5.2.2 Manejo inefectivo del régimen terapéutico familiar
- 9.2.1.1 Duelo disfuncional
- 9.2.1.2 Duelo anticipado

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS “POSIBLES” EN AMBOS

- 4.1.1 Sufrimiento espiritual
- 7.3.1 Desesperanza
- 7.3.2 Impotencia
- 8.1.1 Déficit de conocimiento
- 9.3.2 Temor

A la vista de los diagnósticos predeterminados como posibles, el siguiente paso consistió en hacer un estudio pormenorizado de ellos, se desmenuzaron uno a uno, familiarizándolas con las características definitorias de éstos.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Lógicamente enseguida se dieron cuenta que con los instrumentos de valoración que venían utilizando no iban a poder nunca constatar fehacientemente la existencia de ninguno de los diagnósticos seleccionados, concluyendo que era preciso pues, diseñar un nuevo sistema de valoración, que enmarcado en el modelo de cuidados enfermeros adoptado, permitiera, mediante la valoración focalizada y orientada al /los posibles diagnósticos, dejar constancia del hallado en cada caso. De ahí al plan de cuidados sólo quedaba un paso y así lo expresaron.

En este momento estamos, ambos colectivos, trabajando en el diseño de nuevos registros de valoración; aunque sería justo decir que ya no son tan necesarios como al inicio del proyecto, pues tanto en la hoja de valoración inicial como en la hoja de evolución de enfermería, que continúan siendo las mismas, actualmente se registran datos que hasta ahora pasaban sin serlo. Han comprendido que lo importante es darse cuenta de la naturaleza del problema que se está valorando, saben lo que deben buscar con su valoración enfermera, dirigen su investigación hacia esa búsqueda, y dejan constancia de sus hallazgos.

Las reuniones semanales continúan. Todas las dudas son discutidas en el grupo. Todas las decisiones se toman por consenso. Se están familiarizando con el uso del diagnóstico enfermero. Y hacen ejercicios muy serios de formulación diagnóstica.

Consideramos por tanto que la metodología de adiestrar a las enfermeras asistenciales en el uso del diagnóstico de enfermería, partiendo de su cotidianeidad laboral real, puede ser un sistema pedagógico válido de acercamiento, consiguiendo que este se implante de forma paulatina y atraumática.

BIBLIOGRAFIA

Alfaro-LeFevre, C. Aplicación del Proceso de Enfermería. Guía Práctica. 3ª Ed. Mosby/Doyma. Madrid. 1996

Cook, Fontaine. Enfermería Psiquiátrica. Madrid. Interamericana McGraw-Hill. 1993

Dickanson EJ., Silverman D.L. y Schult M.O. Enfermería Materno-infantil. Madrid. Mosby/Doyma. 1995.

Fernández Ferrin C., Novel Martín G. El Proceso de Atención de Enfermería: Estudio de casos. Barcelona. Ed. Científicas y técnicas S.A., 1993

Luis M.T. Diagnósticos enfermeros. Un instrumento para la práctica asistencial. 3ª Ed. Barcelona. Harcourt Brace. 1997.

Ugalde Apalategui M., Rigol y Cuadra A. Diagnósticos de Enfermería. Taxonomía NANDA. Traducción, revisión y comentarios. Barcelona. Masson. 1995.

TÍTULO: “Evolución de la aplicación del P.A.E en los estudiantes de enfermería en su práctica clínica”.

AUTORES: Zaragoza Salcedo, A. / Narvaiza Solís, M^a J. / Udobro San Gregorio, R. / Senosiain García J. M^a.

CENTRO: Escuela Universitaria de Enfermería Universidad de Navarra Pamplona (Navarra).

1. INTRODUCCIÓN

La enseñanza-aprendizaje del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) no puede verse reducida a la transmisión de unos conceptos sobre su significado y las etapas que lo componen; Su utilización requiere de unas habilidades intelectuales y personales que deben desarrollarse en los alumnos conjuntamente con los conocimientos teóricos.

Se necesita por tanto, que la metodología didáctica empleada favorezca la capacidad crítica del estudiante (Flatt, 1994), le enseñe a resolver problemas (Holloway et Person, 1987) y a aplicar en la práctica los conocimientos adquiridos (Polanski-Al et alter, 1988); podríamos afirmar con Graves (1987) que es muy distinto dar una información o unos conocimientos acerca de algo, sin más, que impartir *unos conocimientos con sentido y con las capacidades* para aplicarlo en el trabajo práctico de enfermería. Todo esto nos lleva a considerar que la enseñanza del Proceso debe estar muy bien integrada en el plan de estudios para lo cual según Burrell (1988) lo debe estar en cada una de las asignaturas.

En nuestra Escuela todas las asignaturas específicas de enfermería están estructuradas en base al PAE. Además tanto para la asignatura de Fundamentos de Enfermería como para la de Médico-Quirúrgica se exige a los alumnos la presentación por escrito de una Historia de Enfermería (H^a de enf.) que consiste en la atención a un paciente siguiendo el PAE. Esta actividad facilita que los estudiantes pongan en práctica todas las fases del proceso (valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación) siendo supervisadas por la responsable de prácticas del servicio donde lo llevan a cabo y evaluadas posteriormente por el profesor de teoría. Nos parece que este ejercicio mejora la comprensión del Proceso y ofrece oportunidades para desarrollar en los estudiantes la capacidad de observación y de relación, la toma de decisiones, etc.

Nos proponemos con este estudio comprobar si efectivamente lo anteriormente dicho sirve para incrementar en los alumnos la comprensión del PAE y por tanto la mejora de su utilización de un curso para otro.

Para ello hemos decidido estudiar las H^a de enf. realizadas por un grupo de alumnos en el primer año y ver la evolución que se ha producido con respecto a las realizadas durante el segundo año. Además para poder conocer sus propias percepciones sobre la comprensión del Proceso se les ha pasado un cuestionario tras la realización de cada H^a de enf.

2. OBJETIVOS

Con este trabajo nos hemos propuesto los siguientes objetivos:

1. Conocer si los alumnos de 2º curso, con mayores conocimientos y experiencia en la aplicación del PAE, mejoran en la comprensión y utilización del mismo.
2. Averiguar la evolución que los estudiantes presentan en su percepción sobre la aplicación del PAE.
3. Determinar los aspectos que requieren un mayor refuerzo en la docencia en relación con la enseñanza-aprendizaje del Proceso.

3. MATERIAL Y MÉTODOS :

Muestra:

1. Se escogieron 44 estudiantes al azar de 2º curso de enfermería entre aquellos alumnos cuyas Hª de primero contenían errores. El número total de alumnos de ese curso son 200 y los alumnos con fallos en sus Hª fueron 136. Se han estudiado las Hª de enf. que llevaron a cabo esos 44 alumnos en el 2º curso para la asignatura de Médico-Quirúrgica y se han comparado con las que realizaron en 1º para la asignatura de Fundamentos de Enfermería.
2. Del total de alumnos del curso (200) se han elegido al azar los cuestionarios de 40 alumnos, cuestionarios que los alumnos rellenaron de forma anónima tras realizar cada una de las Hª, la de primero y la de segundo.

Material:

- a) **Hª de enfermería:** Elaboradas por las alumnas en 1º y en 2º (en total 88 Hª de enf.)
- b) **Cuestionarios:** realizado después de elaborar las Hª de enf de 1º y 2º (en total 80 cuestionarios). Las preguntas fueron las siguientes:
 - ¿Qué le ha aportado el llevar acabo la aplicación del Proceso de Enfermería a un paciente?
 - ¿Qué dificultades ha encontrado?

Método: Análisis a posteriori del material utilizado:

- a) Estudio comparativo de la aplicación correcta de las etapas del PAE realizadas en las Hª de 1º y 2º: Se utilizaron los mismos criterios para considerar correcta cada una de las etapas:

- Criterio para la fase de Valoración: valoración completa ó incompleta (según patrones funcionales de salud de M. Gordon).
- Criterios para la fase del Diagnóstico: Enunciado correcto según NANDA ó incorrecto y Factores relacionados presentes o no en la valoración.
- Criterio para la planificación de los cuidados: cuidados planificados personalizados según paciente real o estandarizados únicamente.

- Criterios para la evaluación son: si refleja el Proceso como algo dinámico, es decir, contempla la evolución de los diagnósticos establecidos y los cuidados pautados ó considera el Proceso como lineal; y si diferencia las intervenciones que derivan de los diagnósticos de otras.

Los datos obtenidos se expresaron en tantos % respecto a: si los alumnos mejoraron, siguieron igual o empeoraron en la aplicación del PAE y en concreto en la fase de Diagnóstico ya que ha sido ésta una etapa donde había habido errores en todas las Hª de enf. del 1º curso.

b) Estudio del cuestionario: Se identificaron los aspectos positivos y las dificultades vivenciadas por los alumnos al aplicar el PAE. Posteriormente se aplicó el test de contingencia Chi cuadrado de Pearson según el programa informático SPSS.

4. RESULTADOS:

b) De las Historias de Enfermería realizadas por los alumnos

Teniendo como referencia los diagnósticos de enfermería hemos observado lo siguiente:

- El 56´8 % del total de las alumnas enuncia adecuadamente los diagnósticos en sus historias de 2º. De estos:
 - Más de la mitad (64%) mejoran además en todas las restantes etapas del PAE con una aplicación buena/muy buena del mismo.
 - El otro 36% aunque mejora en los diagnósticos, sigue manteniendo deficiencias de tipo formal (llamamos deficiencias de tipo formal a aquellas que no incluyen errores conceptuales: ej. valoraciones en las que faltan los patrones psicosociales; planificaciones de cuidados generales o estandarizados..)
- En el 34´1% de los alumnos persisten errores en los diagnósticos. De estos:
 - Un tercio (34,1%) mejora en algunas fases del PAE, pero mantiene deficiencias conceptuales en los diagnósticos (llamamos deficiencias conceptuales a aquellas que incluyen errores substanciales: ej. enunciar procedimientos de enfermería como diagnósticos, enunciar diagnósticos que no se correlacionan con los datos de la valoración, inventarse el lenguaje del enunciado..).
 - Los otros dos tercios (66,7%) mantiene los errores e incluso los aumenta en algún aspecto.
- Un 9,1% del total de estudiantes empeoran en todas las etapas del PAE.

b) Del cuestionario

Del análisis de contenido de los cuestionarios surgieron una serie de temas comunes en ambos cursos en relación con ventajas que descubrieron e inconvenientes con los que se encontraron en la realización de estas historias (Anexo 1).

Teniendo en cuenta únicamente los datos que se han podido estudiar estadísticamente se observa que:

En la evolución de 1º a 2º curso, el mismo nº de alumnas (80%) considera que la aplicación del PAE ayuda a conocer y por tanto también valorar de forma integral a los pacientes. Existe una diferencia muy significativa ($p= 0,0004$) en otros aspectos: flexibilidad en el uso del PAE y mejora en la relación con el paciente.

Donde no se encuentran diferencias significativas ($p= 0,85$) es en relación a las siguientes dificultades con las que se enfrentan: abordaje de áreas psicosociales, enunciado correcto de diagnósticos, planificación adecuada de cuidados. Es decir, estos son problemas con los que se sigue encontrando una buena parte de la muestra.

En relación con las restantes dificultades no ha podido llevarse a cabo un estudio estadístico por faltar datos suficientes; sin embargo, comparando los porcentajes tal y como muestra el anexo 1, llama la atención que en 1º el 37'5% encuentra dificultades para plasmar los datos recogidos en la historia mientras que esta dificultad solo aparece en un 0,25% en 2º curso. Otro aspecto que llama la atención es que una mayor proporción de alumnas de 2º en relación con las de 1º encuentra dificultades en el seguimiento de la evolución del paciente (un 22,5 % frente a un 5%).

5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

1. Las respuestas de los pacientes y las historias examinadas indican una mayor comprensión y dominio en la utilización del PAE en 2º curso. Un 36,3 % de la muestra ha utilizado el proceso correctamente en su historia de 2º, lo que indica una mejoría con respecto a la de 1º. Además como muestran los cuestionarios, la realización de una Hª de enf. ha resultado positiva para el aprendizaje del PAE ya que les ayuda a comprender el verdadero significado y finalidad del mismo: servir de cauce para una atención individualizada, organizada e integral del paciente. Sin embargo el cuestionario refleja también que los alumnos en mayor o menor proporción manifiestan dificultades para realizar correctamente cada una de las etapas del proceso:
2. Llama la atención las dificultades que perciben las alumnas para la valoración de las áreas psicosociales de la persona, dato que ratifica el análisis de las Hª. Nos parece a este respecto que es necesaria una mayor coordinación de las áreas de Fundamentos de Enfermería y Médico-Quirúrgica con la enfermería psicosocial.
3. A pesar de que un 56,8% de la muestra ha mejorado en el enunciado de los diagnósticos, una gran proporción de alumnos (47,5%) siguen percibiendo en 2º curso dificultades para llevar a cabo adecuadamente esta etapa del Proceso. Un

factor que pensamos influye decisivamente aquí es el hecho de que en 2º los diagnósticos que se manejan son muchos más que en 1º con lo que su dificultad para enunciarlos correctamente aumenta;

4. Otra dificultad que perciben aproximadamente la mitad de los estudiantes de la muestra tras su Hª de 2º curso, es la de planificar adecuadamente los cuidados. El estudio de las Hª muestra que efectivamente en un pequeño grupo de alumnos se da el error formal de aplicar cuidados estandarizados o generales en vez de individualizarlos a las necesidades de la persona concreta.
5. En relación a la fase de evaluación llama la atención que muy pocos alumnos tras la Hª en 1º curso encuentran dificultades en esta etapa (5%) y sin embargo en 2º curso la proporción aumenta a un 22,5%. Vemos que esto puede ser debido a que en 1º curso están más preocupados por las etapas iniciales del proceso, mientras que en 2º, con un poco más de experiencia se perciben otros aspectos para los cuales ven que necesitan más ayuda: evaluar correctamente el plan trazado, modificar apropiadamente los cuidados y los diagnósticos...La revisión de las Hª muestra además que un buen grupo de alumnas ha fallado en la evaluación; Nos parece que en general, todo esto es debido a un error de concepto que lleva a considerar el PAE como un proceso lineal en vez de asumirlo como lo que es: un Proceso dinámico.

Todos estos datos nos han hecho considerar que deben de realizarse mayores esfuerzos desde la docencia para mejorar y facilitar en los alumnos el aprendizaje y aplicación del Proceso sobre todo en los aspectos mencionados anteriormente: valoración áreas psicosociales, enunciado de diagnósticos, individualización de los cuidados y comprensión del PAE como un proceso dinámico.

El estudio del cuestionario ha sido muy interesante para mostrarnos como los alumnos van madurando el significado del Proceso. En primero les parece que el PAE les va a ayudar a saber que hacer cuando se colocan frente a un paciente: qué valorar, cómo relacionarse con él, cómo elaborar unos cuidados; Sin embargo en 2º lo perciben cada vez más como el instrumento que les ayuda a atender de forma individual, organizada y responsable al paciente. Un ejemplo de esto lo muestra la preocupación de un 37'5% de los alumnos tras la Hª de 1º de cómo plasmar los datos recogidos en la Hª, frente a sólo un 0,25% que presentó esta dificultad en la elaboración de la Hª de 2º.

Este cambio de conceptualización surge como un proceso de madurez intelectual que pensamos ha sido favorecida tanto desde la teoría (por la integración del PAE en cada asignatura) pero también desde la práctica, favoreciendo que los alumnos pongan en acción este método y haciéndoles reflexionar a posteriori sobre ello.

RESULTADO DEL CUESTIONARIO: 1º CURSO

<u>POSITIVO</u>	<u>DIFICULTADES</u>
<ul style="list-style-type: none">■ Ayuda a valorar/conocer de forma integral al paciente (32=80%)■ Ayuda a saber qué valorar (18=45%)■ Ayuda a relacionar teoría y práctica (13=32,5%)■ Mejora la relación con el paciente (se dedica más tiempo, se le conoce, se aprende a tratarlo,..) (9=20%)■ Ayuda a enunciar los diagnósticos de enfermería (5=12,5%)■ Ayuda a apreciar mejor la evolución del paciente (4=10%)■ Ayuda a organizar los cuidados, saber qué realizar, ser más responsable en la atención al paciente (2=5%)	<ul style="list-style-type: none">● Enunciar los D.E. y planificar cuidados (17=42,5%)● Saber qué incluir en la Hª/redactar/presentación (15=37,5%)● Abordaje de patrones psicosociales : rol-relaciones, valores y creencias, sexualidad. Se hace superficialmente o no se hace (9=20%)● Falta de conocimientos de enfermedades (8=20%)● Realizar la entrevista (7=17,5%)● Falta de tiempo: propio o de la enfermera para acompañar en la valoración (2=5%)● Más trabajo si en la planta no se sigue este método (2=5%)● Seguir la evolución del paciente (2=5%) <p>Otras: implicación emocional, inseguridad, relación con el paciente, desorientación, etc.</p>

RESULTADO DEL CUESTIONARIO: 2 CURSO

<u>POSITIVO</u>	<u>DIFICULTADES</u>
<ul style="list-style-type: none">• Ayuda a valorar/conocer de forma integral al paciente (32=80%)• Mejora la relación con el paciente (se dedica más tiempo, se le conoce, se aprende a tratarlo,..) (20=50%)• Ayuda a organizar los cuidados, saber qué realizar, ser más responsable en la atención al paciente (15=37,5%)• Ayuda a relacionar la teoría y la práctica: (11=27,5%)• Ayuda a saber qué valorar (8=20%)• Ayuda a apreciar mejor la evolución del paciente (5=12,5%)• Ayuda a enunciar los D.E. (3=7,5%)• Ayuda a razonar: plantear dudas y buscar soluciones (3=7,5%)	<ul style="list-style-type: none">• Enunciar los D.E. y planificar cuidados (19=47,5%)• Abordaje de patrones psicosociales: rol relaciones, valores y creencias, sexualidad. No se hace o se hace superficialmente. (12=30%)• Falta de tiempo: propio o de la enfermera para acompañar en la valoración (10=25%)• Seguir la evolución del paciente (9=22,5%)• Más trabajo si en el servicio de prácticas no se sigue este método (8=20%)• Realizar la entrevista (5=12,5%)• Saber qué incluir en la Hª/redactar/presentación (4=10%)• Otras: encontrar pacientes adecuados, que el paciente colabore, revisar bibliografía para enunciar diagnósticos....

TÍTULO: “Estrategias de intervención para el desarrollo profesional”.
AUTORES: Acebedo Urdiales, S. / Rodero Sánchez, V. / Vives Relats, C.
CENTRO: Departamento de Enfermería E.U.E. Universidad Rovira i Virgili.
Tarragona.

Introducción

Esta comunicación es el resultado de una investigación previa sobre el momento actual del ejercicio profesional, la cual nos ha permitido analizar la situación y poner en marcha junto con diferentes instituciones, estrategias de intervención que permitan un trabajo en común que posibilite el desarrollo profesional.

En principio este trabajo se inició con una observación participante en las áreas básicas de salud y centros hospitalarios de Tarragona y comarcas.

En esta observación vimos que el papel que realiza la enfermera es facilitador del trabajo administrativo, control de medicación así como de registro de parámetros biológicos de los problemas médicos, descongestionando la consulta del médico y disminuyendo el gasto farmacológico. Por lo que la actividad enfermera es complementaria a la actividad médica, derivada de su demanda y centrada en la patología. Sería la que realizaría una paraprofesión.

Se observa un cambio en relación a la actividad enfermera realizada en anteriores observaciones, en cuanto que desempeñan su trabajo en un espacio propio, y hay también una ampliación del papel de colaboradora del médico en relación a las actividades técnicas. Por parte del cliente conocen a la enfermera, se dirigen a ella por su nombre, muestran afecto y confianza. Esta confianza parece estar basada en el conocimiento por parte de la enfermera de su enfermedad y tratamiento médico, del control de medidas preventivas como vacunas, electros etc así como por su seguridad en la técnica y que no le va a poner dificultades para las recetas.

La consulta se programa generalmente por actividades y tareas, y puntualmente por personas. Sea de una manera o de otra, lo que registran son parámetros biológicos, y sí se da información en algún aspecto concreto: dietas, ejercicio... Por lo tanto la asistencia es intervencionista, sin que haya un análisis de la situación. Ante las dificultades que puedan plantear los clientes de carácter emocional y/o social, la enfermera tiene una actitud amable y de cariño. Sin embargo no se registra el planteamiento de la situación, no hay un hilo conductor, no hay toma de decisiones, ni resolución, cada vez que viene el cliente es como un comenzar de nuevo.

Esta falta de acción genera por parte del cliente una dependencia en cuanto al control de su enfermedad crónica, y por parte de la enfermera parece haber un desánimo, porque no se produce el cambio de hábitos y se hacen la pregunta de abandonar el control de las personas mayores con procesos crónicos y captar a la población adolescente, ya que creen que en ellos será más fácil el cambio de hábitos.

Objetivos

Ante esta situación y desde nuestra actividad como docentes nos planteamos que instrumentos podrían ser de ayuda, que faciliten el desarrollo profesional.

También coincide que por parte de instituciones públicas y privadas nos piden la colaboración para la implantación del modelo de Henderson y los diagnósticos de la NANDA.

Material y método

En principio comenzamos el proceso de formación con el estudio de casos. Con esta primera inmersión no obtuvimos los resultados previstos.

En el análisis de los motivos encontramos que cuatro podrían ser las dificultades:

- La falta de situaciones de cuidados estandarizadas que sirvieran de guía.
- Las dificultades en la recogida de información (valoración e historia)
- La falta de conocimientos en cuanto a las fuentes de dificultad
- La identificación de las intervenciones que desde nuestra disciplina podemos aportar en la resolución de los problemas de salud.

A partir del análisis de las dificultades iniciamos las estrategias que estamos siguiendo en este momento.

1. Valoración de las necesidades y demanda de cada uno de los centros.
2. Puesta en práctica de un plan de acción, diferente para cada centro:
 - ◆ Formación en grupos reducidos
 - ◆ Elaboración conjunta de estándares centrados en situaciones de cuidados y estudio de diagnósticos prevalentes
 - ◆ Sesiones clínicas en las que se estudia según el centro los estándares, la valoración o la intervención
3. Puesta en marcha de un curso de postgrado de 150 horas, dirigido a aquellos profesionales interesados en la profundización de las fuentes de dificultad, la comunicación terapéutica, análisis transaccional y estudio de casos.

En relación a los dos primeros puntos:

En un hospital comarcal gestionado por consorcio la demanda ha sido de elaboración de guías de planes de cuidados estandarizados, para incluirlos en la gestión de procesos con el objetivo de que dentro de dichos procesos quedara identificado el papel enfermero.

En las Áreas Básicas de Salud la demanda inicial fue de formación en el modelo de Henderson y en la metodología científica. Posteriormente surgió la inquietud de integrar el modelo con los diagnósticos de la NANDA en su actividad diaria, mediante la aportación de la valoración de sus casos clínicos, trabajándose en sesión clínica.

Es a partir del estudio de casos que los diferentes grupos plantean la necesidad de

contar con guías estandarizadas de actuación.

Creemos interesante explicar brevemente la descripción de la guía.

- 1- Se delimita claramente la situación que se va a estandarizar y que puede ser una situación de enfermedad, un tratamiento médico, un pasaje de la vida.
- 2- Se normalizan las características generales que presentan las personas en estas situaciones, teniendo en cuenta siempre la globalidad, pasando por una validación de expertos.
- 3- Se plantea el estándar en base a las situaciones de cuidado enmarcadas en el modelo de Henderson. Se identifican los diagnósticos prevalentes y se plantean intervenciones y resultados. Siempre con una orientación positiva de prevención del problema.
- 4- Estos estándares se consensuan en los diferentes grupos de trabajo.

En estos momentos están estandarizando planes de cuidados en las siguientes situaciones:

Áreas Básicas de Salud

- ◆ Personas con Diabetes Tipos II donde se trabaja en la estandarización de todo el proceso.
- ◆ Personas con Alzheimer, se estandariza un plan de cuidados para cada fase: inicial, intermedia y final.
- ◆ Personas con Artrosis, se estandariza todo el proceso.

En unidades de hospitalización se han estandarizado guías de personas en un proceso agudo

- ◆ Personas con una Mastectomía radical.
- ◆ Personas con Histerectomías.
- ◆ Personas con Herniorrafias
- ◆ Personas con Colectomía por vía laparoscópica

En las Áreas Básicas los casos clínicos que con más frecuencia plantean o estudian son personas con demencias, artritis reumatoide, diabetes Mellitus y cáncer, y en las Unidades de Hospitalización, son Sidas y Cáncer.

Los instrumentos utilizados para el estudio de situaciones son:

La recogida de datos mediante la Historia de Enfermería que cuenta con los siguientes apartados

- 1) Los datos iniciales y que van a orientar la búsqueda, edad, género y motivo de consulta.
- 2) Historia previa desviaciones de salud.
- 3) Historia familiar de salud.
- 4) Historia de vida.
- 5) Hábitos y estilo de vida.
- 6) Situación actual y evolución.

Un instrumento de análisis de estos apartados donde se identifican las manifestaciones de independencia y de dependencia y las fuentes de dificultad (Henderson), este mismo instrumento permite plantear las hipótesis de diagnósticos.

Se trabaja la priorización de problemas con el continuum salud-enfermedad y la pirámide de Maslow y por último se plantean las intervenciones y resultados previstos.

Para el seguimiento de la evolución del proceso se utiliza el MIR (Manifestaciones, Intervenciones, Resultados).

Cada uno de estos instrumentos se adapta a las necesidades de cada institución, consulta o unidad.

Resultados y Discusión

En las Áreas Básicas de Salud siguen diferentes estrategias de implantación.

En unas Áreas Básicas, el grupo está formado por adjuntas y son ellas las que trabajan el estudio de casos y estándares de cuidados y su motivación está en poder liderar las sesiones de trabajo de los grupos de enfermeras que coordinan.

En otras Áreas Básicas, la motivación surge también en las adjuntas, pero la estrategia es diferente, los grupos están formados por adjuntas y enfermeras, eligiendo entre ellas las que consideraban más motivadas, lo cual parece que ha causado un cierto recelo en los siguientes grupos que sienten que han sido "consideradas menos motivadas".

En Hospitalización la motivación se origina desde la dirección con una estrategia muy clara dirigida a la implantación de los planes de cuidados estandarizados y se va trabajando unidad por unidad, comenzando por el servicio que de entrada es considerado más motivado y en el que el jefe de servicio estaba con mayor predisposición para la implantación de los planes.

Esta formación en cada uno de los centros es pagada por la institución y en la mayoría de los casos está incluida dentro de su horario laboral, esto que aparentemente se podría entender como facilitador para el profesional, genera críticas y expresan en muchas ocasiones sentirse obligados.

La resistencia que se constata en casi todos los grupos es al trabajo intelectual de reflexión, análisis, síntesis y toma de decisiones así como al lenguaje y al cambio de actitud, desde una perspectiva centrada en la tarea hacia una orientación centrada en las necesidades de las personas.

No obstante es de resaltar que una vez han entrado en la dinámica de trabajo, van integrando el lenguaje, se plantean preguntas, piden bibliografía e información de Qué hacer, Cómo hacer, y Para qué hacer.

De estas tres cuestiones la que parece que hoy día está más clara en los distintos grupos es el "Para qué" y comienzan a diferenciar más claramente el trabajo médico

del trabajo enfermero, más dificultades hay en el Qué hacer y Cómo hacer.

Menos diferencias apreciamos en relación a estas cuestiones en los alumnos que están realizando en curso de Postgrado, se manifiesta mayor agilidad mental, mayor rapidez en la comprensión y en la utilización de más elementos de análisis. En nuestra opinión esto se debe a que se han trabajado las fuentes de dificultad, el análisis transaccional y la relación de ayuda.

Se aprecia una diferencia en cuanto al interés que es mayor en los alumnos del curso de postgrado que han pagado para su formación y menor en los alumnos que reciben la formación pagada por las instituciones.

De este hecho nosotros no queremos desprender que es mejor que la formación no se pague por las instituciones sino que nos sirva como reflexión para tener una actitud positiva y de aprovechamiento de los recursos que nos son dados y que van a repercutir en nuestro saber personal y profesional y sobre todo en aumentar la calidad del servicio enfermero y en el desarrollo de la disciplina.

Lo que consideramos de mayor importancia en todo este proceso de formación que se está llevando a cabo en Tarragona y comarcas es que se ha iniciado una etapa de sensibilización para la integración del rol profesional y en la búsqueda del conocimiento enfermero y que para nosotros se traduce en un campo de investigación.

TÍTULO: “Método para la estandarización de planes de cuidados enfermeros con base a diagnósticos de enfermería, en el Hospital Municipal de Badalona”.

AUTORES: Pérez Robles, P. / y Colaboradores: 20 enfermeras del Hospital Municipal de Badalona y tres profesores de la E.U.I Sant Joan de Déu.

CENTRO: Proyecto conjunto EUI Sant Joan de Déu y Hospital Municipal de Badalona.

1. INTRODUCCIÓN.

El método que presentamos está enmarcado en el proyecto de colaboración entre el hospital Municipal de Badalona y la EUI Sant Joan de Déu. El objetivo general es elaborar una sistemática de trabajo enfermero propio. Expondremos el trabajo de análisis efectuado por el grupo de enfermeras asistenciales y docentes, bajo la dirección de Paqui Pérez, que ha de culminar en la puesta en marcha de la estandarización y adaptación individualizada de planes de cuidados enfermeros. Paralelamente se está implantando en el H.M.B. el sistema informático integral que favorecerá la agilidad y efectividad de los procesos asistenciales.

El H.M.B es un centro general básico de nivel A/B, de titularidad municipal y sin ánimo de lucro e integrado en la XHUP (red de hospitales de utilización pública). El modelo de gestión empresarial se basa en la dirección participativa por objetivos. La filosofía de trabajo está fundamentada en el aprendizaje organiccional, dando especial protagonismo a los responsables de elaborar el producto asistencial, es decir a los equipos de primera línea: médico-enfermera.

De acuerdo a estas premisas la dirección de enfermería propició, mediante el replanteamiento de la actuación enfermera en los procesos asistenciales, la formación en servicio: analizando las actuaciones, detectando aciertos y errores, proponiendo y aplicando medidas correctoras dentro de las sesiones de trabajo de los equipos de enfermería.

Esta estrategia condujo a la demanda, por parte de los equipos, a una revisión y adaptación metodológica en el modelo de cuidados, dado que el modelo asistencial seguido con anterioridad no era lo suficientemente satisfactorio para los pacientes y sus problemas de salud.

Teniendo presente el rol de las enfermeras asistenciales del hospital como expertas en cuidados y las enfermeras docentes como expertas teóricas y metodológicas, se estableció un contrato de colaboración entre el HMB y la EUE Sant Joan de Déu de Barcelona , adscrita a la UB, para elaborar un método de trabajo asistencial enfermero basado en el modelo conceptual de la Dra. V. Henderson, orientado a obtener una mayor capacitación y autonomía profesional.

Las concepciones enfermeras que han orientado el diseño del proyecto, así como el análisis posterior, han estado orientadas en el modelo conceptual de la Dra. V. Henderson, y los DdE contenidos en la Taxonomía Diagnóstica de NANDA. El proyecto se inició en abril de 1997 y tiene previsto acabar en Junio del 2000.

Con este trabajo pretendemos, además de los objetivos concretos de nuestro proyecto, romper la dicotomía, entre teoría y práctica. Si no empezamos a caminar juntos será muy difícil el crecimiento de nuestra disciplina ,ya que la asistencia sin unos buenos fundamentos teóricos, pierde su propia esencia, al igual que la teoría sin una buena práctica.

Como decía nuestro querido poeta León Felipe:

“ LO IMPORTANTE NO ES LLEGAR PRIMERO Y SOLO
SINO CON TODOS Y A TIEMPO”

Los objetivos de nuestro proyecto son:

- Identificar las actividades enfermeras autónomas e interdependientes.
- Estandarizar planes de cuidados enfermeros según el modelo conceptual de Virginia Henderson, utilizando el lenguaje profesional de la taxonomía diagnóstica de la NANDA.
- Elaborar la documentación precisa.
- Implantar el dossier de cuidados.
- Controlar y evaluar el proceso de cambio.

2. METODOLOGÍA

El método que proponemos consta de 6 etapas:

- 2.1 Etapa descriptiva
- 2.2 Etapa inductiva
- 2.3 Etapa análitica
- 2.4 Etapa de validación
- 2.5 Etapa de implantación
- 2.6 Etapa de control

3. DESARROLLO DE LA IMPLANTACIÓN DEL MÉTODO

2.1. ETAPA DESCRIPTIVA

Consiste en:

1.1. Identificación y Descripción de las actividades autónomas e interdependientes

Para llevarlo a cabo se diseñó un estudio observacional descriptivo de corte transversal. Este estudio abarcaba todas las unidades asistenciales del hospital y a

todos los profesionales de enfermería. Comprendía el análisis de 460 casos seleccionados de manera aleatoria, de los cuales 60 correspondían a cada unidad de enfermería y 100 al servicio de urgencias.

Las variables se seleccionaron de acuerdo al modelo conceptual de Virginia Henderson y se estructuraron en dos grandes bloques: actividades autónomas y actividades interdependientes.

Se utilizaron las siguientes técnicas:

- Técnicas de archivo y análisis de documentos.
- Técnica de observación y registro de datos.

Para la recogida de datos, se elaboró una parrilla de observación y registro, que se consensuó a partir de tres propuestas, aportadas por la escuela de Enfermería y el grupo mejora del HMB.

El periodo de recogida de datos abarcó de octubre a diciembre de 1997.

Para el análisis de datos se utilizaron técnicas descriptivas mediante la aplicación del programa estadístico SPSS.

2.2 ETAPA INDUCTIVA

Consistió en la inducción de los diagnósticos de enfermería a partir del análisis cuantitativo y cualitativo de las actividades de cada caso recogido.

A continuación describimos las grandes líneas de ambos análisis:

Análisis cuantitativo:

Consistió en hacer un recuento de las diferentes actividades autónomas por necesidades teniendo en cuenta el diagnóstico médico, la edad y el sexo (se cuantificó la variabilidad, es decir, el número de actividades diferentes en cada necesidad).

El recuento se registró en una matriz de datos creada para ello. Una vez finalizado el recuento se procedió al tratamiento informático de los datos.

Análisis cualitativo:

Se realizó de la siguiente forma a partir del estudio de datos recogidos en cada caso:

- Descripción de las actividades que se ha realizado secuencialmente según el orden de aparición en la escala de observación. Ubicación de las actividades en la necesidad fundamental correspondiente.
- Descripción de los modos de suplencia utilizados en cada actividad y evolución del mismo, con el objetivo de analizar si los modos van cambiando por otros más próximos a la independencia.
- Descripción de los DdE que las enfermeras de cada unidad proponen.
- Descripción de las causas identificables en las escalas de observación que motivan la aparición del problema.
- Descripción y orden de las necesidades con mayor actividad. Porcentajes. Este porcentaje se hace sumando el número de veces que se ha realizado cada

actividad por cada una de las actividades. Tiene el objetivo de describir la necesidad más potente, a la que dedican más tiempo las enfermeras.

- Identificación de las hipótesis diagnósticas. Revisión de los diagnósticos más frecuentes y pertinentes, según el caso, ubicados en esta necesidad.
- Aproximación de los DdE contrastando su pertinencia, basándose en el estudio de sus definiciones y de sus características definitorias.
- Descripción de las causas más frecuentes que atribuyen las enfermeras.
- Aproximación de las causas a través del análisis de las actividades realizadas.
- Aproximación diagnóstica.
- Validación de la aproximación diagnóstica con las actividades globales del caso. Se intenta globalizar, comprobar y verificar si el caso estaría tratado de forma completa con el DdE propuesto.
- Otras propuestas diagnósticas que no constan en las escalas de observación y se consideran de alta probabilidad que puedan aparecer. Por ejemplo, en la atención a una persona, a la cual se le ha practicado la amputación de una pierna, puede ser que no aparezcan las actividades de soporte en el duelo. Teóricamente sabemos que el duelo es frecuente en este tipo de enfermos, por tanto, lo incluiremos como propuesta.

2.3 ETAPA ANALÍTICA

Contrastación empírica de los DdE surgidos en la etapa anterior. Para ello estamos elaborando unas fichas donde se operativizan las características definitorias de las propuestas diagnósticas.

2.4. ETAPA DE VALIDACIÓN

Esta etapa consiste en la validación de los Diagnósticos y Estandarización de los planes de cuidados, elaboración del dossier de cuidados e informatización.

Estos planes de cuidados van dirigidos a tratar las diferentes causas para así resolver, reducir o prevenir el problema.

Paralelamente a la descripción de la competencia autónoma de la enfermera se están protocolizando las actuaciones interdependientes o de colaboración con otros profesionales. Para ello hemos utilizados los CMD más frecuentes de nuestro hospital, que coinciden en la mayoría con los casos recogidos. Para poner al día estos estándares de actuación interdependiente hemos tenido la colaboración de expertos en las diferentes áreas.

2.5 ETAPA DE IMPLANTACIÓN

La etapa consiste en la implantación del dossier de cuidados enfermeros

2.6 ETAPA DE CONTROL

La etapa de control se caracterizará por el seguimiento del cambio así como el establecimiento de medidas correctoras.

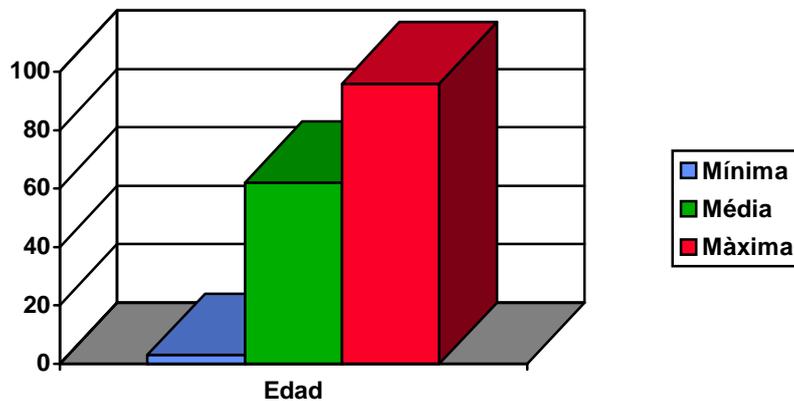
4.CONSIDERACIONES FINALES

- 4.1. En relación al avance de resultados.
- 4.2. En relación a las limitaciones en la implantación de método.
- 4.3. En relación a su utilidad y relevancia.
- 4.4. En relación a recomendaciones y propuestas.

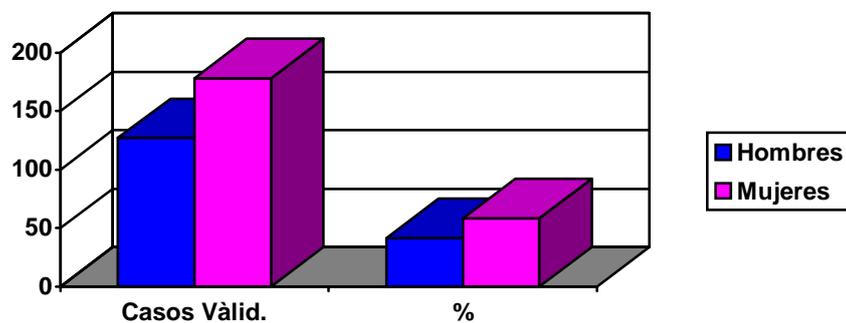
4.1. EN RELACIÓN CON EL AVANCE DE RESULTADOS

Puesto que el objetivo de nuestra comunicación es la exposición del método que utilizamos en este proceso de cambio, nos vamos a limitar en este apartado a avanzar algunos resultados de nuestro estudio:

- En cuanto a la media de edad de los casos estudiados, comprobamos que se trata de una población adulta-envejecida. La media de edad es de 52 años.

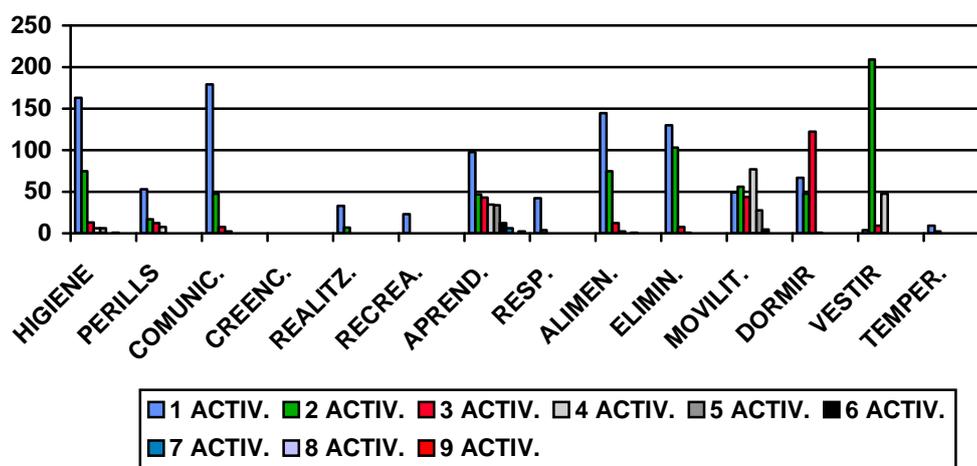


- En cuanto a la distribución por sexo, hay más índice de mujeres ingresadas un 43% respecto a hombres que representan el 31%, creemos que concuerda con la mayor esperanza de vida de las mujeres.



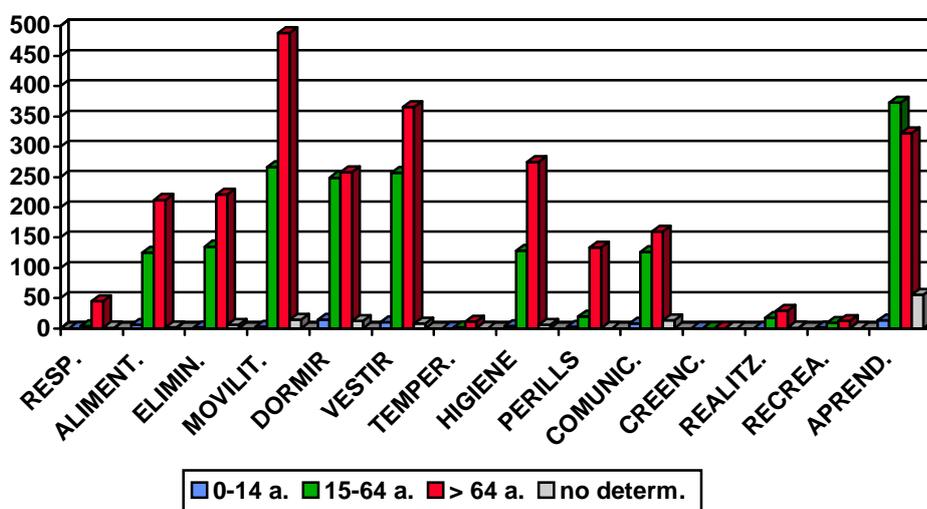
La presencia de mujeres en trauma aumenta de una forma significativa, están presentes en 65% respecto a los hombres que representan 31,7%, este dato se puede relacionar con la Osteoporosis post-menopausica. En cirugía hay un 59,7% de mujeres y un 40,3% de hombres. En Medicina Interna las mujeres representan el 52,5% mientras que los hombres lo hacen en el 47,5%.

- Diagnósticos médicos más prevalentes son los relacionados con el servicio de traumatología que representan un 20,9% de los 10 más prevalentes.
- En cuanto al nº de actividades por necesidades. En la necesidad de aprender un 24% de la muestra se le ha hecho una actividad, al 11,5% dos actividades, al 10,6% tres actividades, al 8,6% cuatro actividades, al 8,45 cinco actividades, al 2,9% seis actividades, al 1,55 siete actividades y al 0,5% nueve actividades.



Podemos observar en la gráficas las características del resto de necesidades. Igualmente la necesidad de moverse, aun no estando presente en todos los casos, hay un número elevado de actividades.

- En cuanto al nº de actividades por necesidad y grupo de edad, apreciamos que hay más actividades en el grupo de más de 64 años; excepto en la de aprender, que se hicieron más actividades en el grupo de 15-64, fue un total de 373 frente a 322 en el grupo de más edad.



- Actividades por sexo. Las mujeres han requerido más actividades que los hombres.

En cuanto a los DdE más frecuentes hemos obtenido los siguientes datos:

En el servicio de Medicina Interna

Los diagnósticos de enfermería pendientes de validar así como de establecer correlaciones de variables son los siguientes:

Manejo ineficaz del régimen terapéutico

Las diferentes causas que provocan la aparición de este diagnóstico en nuestro hospital son:

- Falta de conocimientos de los inhaladores y su aplicación.
- Falta de conocimientos del tratamiento terapéutico en el domicilio.
- Falta de voluntad (intensidad motivación) en la decisión de aplicar el tratamiento.
- Falta de fuerza muscular para administrarse los inhaladores.
- Falta de conocimientos sobre la diabetes y su control.
- Falta de conocimientos sobre el aislamiento respiratorio.

Alto riesgo de alteración en el mantenimiento de la salud

Las diferentes causas que provocan la aparición de este diagnóstico en nuestro hospital son:

- Falta de conocimientos sobre los cuidados en el domicilio en las AVD.
- Falta de voluntad (intensidad, motivación) para deshabituarse al tabaco.
- Falta de conocimientos sobre el dolor precordial y sus consecuencias.

Alteración de los procesos familiares

Las diferentes causas que provocan la aparición de este diagnóstico en nuestro hospital son:

- Falta de conocimientos sobre la participación y abordaje de los cuidados de las AVD.

Ansiedad

Las diferentes causas que provocan la aparición de este diagnóstico en nuestro hospital son:

- Falta de conocimientos sobre técnicas de relajación.

Alto riesgo de afrontamiento familiar inefectivo: incapacitante

Las diferentes causas que provocan la aparición de este diagnóstico en nuestro hospital son:

- Falta de conocimientos sobre el abordaje del duelo.
- Falta de voluntad (intensidad, motivación) para colaborar en los cuidados.

Alto riesgo de afrontamiento familiar inefectivo: comprometido

Las diferentes causas que provocan la aparición de este diagnóstico en nuestro hospital son:

- Falta de conocimientos sobre la evolución de su salud.
- Falta de conocimientos sobre las pruebas exploratorias.
- Falta de conocimientos sobre los recursos disponibles.
- Falta de conocimientos sobre los cuidados pertinentes.

Afrontamiento familiar: potencial de desarrollo

Las diferentes causas que provocan la aparición de este diagnóstico en nuestro hospital son:

- Falta de conocimientos sobre la evolución del proceso de salud

Cansancio en el desempeño del rol de cuidador

Las diferentes causas que provocan la aparición de este diagnóstico en nuestro hospital son:

- Falta de conocimientos de como participar en los cuidados y los recursos disponibles

Intolerancia a la actividad

Las diferentes causas que provocan la aparición de este diagnóstico en nuestro hospital son:

- Falta de conocimientos de como reducir el esfuerzo en las AVD.
- Falta de fuerza muscular en diferentes miembros.
- Falta de voluntad(intensidad, motivación) para moverse.

Duelo disfuncional

Las diferentes causas que provocan la aparición de este diagnóstico en nuestro hospital son:

- Falta de conocimientos de los sistemas de apoyo sobre el abordaje de las etapas del duelo.

Deterioro de la comunicación verbal

Las diferentes causas que provocan la aparición de este diagnóstico en nuestro hospital son:

- Falta de conocimientos sobre otros recursos comunicativos.
- Falta de voluntad (intensidad, motivación) para utilizar otros recursos comunicativos

Temor: a la hospitalización

Las diferentes causas que provocan la aparición de este diagnóstico en nuestro hospital son:

- Falta de conocimientos sobre la enfermedad y sus complicaciones.

Déficit de actividades recreativas

Las diferentes causas que provocan la aparición de este diagnóstico en nuestro hospital son:

- Falta de recursos informativos y de recreo.

Baja autoestima situacional

Las diferentes causas que provocan la aparición de este diagnóstico en nuestro hospital son:

- Falta de conocimientos sobre la evolución de su problema de salud y la integración de sus limitaciones en las AVD.

Afrontamiento individual inefectivo

Las diferentes causas que provocan la aparición de este diagnóstico en nuestro hospital son:

- Falta de conocimientos sobre su problema de salud y la integración de los cuidados en las AVD.

En el servicio de cirugía:

Los diagnósticos de enfermería pendientes de validar así como de establecer correlaciones de variables son los siguientes:

Déficit de autocuidado de vestido/acicalamiento

Las diferentes causas que provocan la aparición de este diagnóstico en nuestro hospital son:

- Falta de fuerza muscular en diferentes miembros.
- Falta de fuerza física generalizada post-intervención.
- Miedo a padecer dolor en la movilización.

Alteración en el mantenimiento de la salud

Las diferentes causas que provocan la aparición de este diagnóstico en nuestro hospital son:

- Falta de conocimientos sobre las prácticas sanitarias básicas.
- Falta de conocimientos sobre los cuidados que deben hacer en domicilio.
- Falta de conocimientos de la familia sobre los cuidados que precisa el enfermo.

Alto riesgo de alteración del patrón del sueño

Las diferentes causas que provocan la aparición de este diagnóstico en nuestro hospital son:

- -Miedo al ahogo por falta de conocimientos
- -Miedo a las prácticas hospitalarias (anestesia, intervención...) por falta de conocimientos.

Déficit de autocuidado uso WC/orinal

Las diferentes causas que provocan la aparición de este diagnóstico en nuestro hospital son:

- Falta de fuerza muscular en diferentes miembros.
- Falta de fuerza física generalizada post-intervención.
- - Miedo al dolor en la movilización.

Déficit de autocuidado en la higiene

Las diferentes causas que provocan la aparición de este diagnóstico en nuestro hospital son:

- Falta de conocimientos de como realizar su higiene en su situación concreta de salud.
- Miedo al dolor en la movilización.
- Falta de fuerza muscular en diferentes miembros.
- Falta de fuerza física generalizada post-intervención.

Déficit de actividades recreativas

Las diferentes causas que provocan la aparición de este diagnóstico en nuestro hospital son:

- Desconocimiento de los recursos.

Déficit de autocuidado de alimentación

Las diferentes causas que provocan la aparición de este diagnóstico en nuestro hospital son:

- Falta de fuerza física generalizada post-intervención.
- Falta de voluntad.

Deterioro de la movilidad física

Las diferentes causas que provocan la aparición de este diagnóstico en nuestro hospital son:

- Miedo al dolor por falta de conocimiento.
- Falta de fuerza física generalizada post-intervención.
- Falta de conocimientos de como manejarse con el utillaje sanitario del que es portador.

Alto riesgo de lesión

- Falta de fuerza física y/o mental .
- Desorientación temporo-espacial.
- Como no podemos tratar los factores de riesgo, se intentará prevenir el problema.

Alto riesgo de estreñimiento

Las diferentes causas que provocan la aparición de este diagnóstico en nuestro hospital son:

- Inmovilidad post-intervención.

- Desconocimiento de las medidas que favorecen la movilidad intestinal (deambular, aumentar la ingesta hídrica...).

Limpieza ineficaz de las vías aéreas

Las diferentes causas que provocan la aparición de este diagnóstico en nuestro hospital son:

- Falta de conocimientos de como expectorar.
- Miedo a expectorar por padecer dolor.

Temor

Las diferentes causas que provocan la aparición de este diagnóstico en nuestro hospital son:

- Amenaza a un cambio en su estado de salud .
- Miedo a las complicaciones derivadas de la intervención y de la anestesia.
- Falta de conocimientos sobre el proceso quirúrgico.

En el servicio de Traumatología:

Los diagnósticos de enfermería pendientes de validar así como de establecer correlaciones de variables son los siguientes:

Deterioro de la movilidad física

Las diferentes causas que provocan la aparición de este diagnóstico en nuestro hospital son:

- Falta de fuerza muscular en extremidades inferiores (con mayor frecuencia).
- Falta de conocimientos de como moverse para realizar las actividades de la vida diaria.

Afrontamiento familiar inefectivo: comprometido

Las diferentes causas que provocan la aparición de este diagnóstico en nuestro hospital son:

- Falta de conocimientos del manejo de la situación actual.
- Comportamiento protector desproporcionado, por exceso o por defecto, de la persona significativa, limitando las actividades y actitudes del paciente para conseguir su independencia.

Temor: al dolor localizado en la extremidad intervenida.

Las diferentes causas que provocan la aparición de este diagnóstico en nuestro hospital son:

- Falta de conocimientos sobre las características : de como moverse, posiciones antialgicas, y la rehabilitación.
- Falta de conocimientos sobre el manejo del dolor.

Alteración de los procesos familiares: alcoholismo

No consideramos que las causas del problema sean abordables desde el rol autónomo de la enfermera.

Manejo ineficaz del régimen terapéutico

Las diferentes causas que provocan la aparición de este diagnóstico en nuestro hospital son:

- Falta de conocimientos sobre la diabetes y su control.
- Falta de conocimientos sobre la importancia de la rehabilitación.
- Falta de conocimientos sobre la dieta específica a seguir (protocolo del hospital).

Déficit de autocuidado vestido y acicalamiento

Las diferentes causas que provocan la aparición de este diagnóstico en nuestro hospital son:

- Falta de conocimientos de como realizar su autocuidado con las limitaciones físicas en su situación actual.

Alteración en el desempeño del rol

Las diferentes causas que provocan la aparición de este diagnóstico en nuestro hospital son:

- Falta de conocimientos de como organizarse con su limitación de movilidad , en su rol de cuidador.

Afrontamiento familiar ineficaz

Las diferentes causas que provocan la aparición de este diagnóstico en nuestro hospital son:

- Falta de conocimientos de los cuidados.

Déficit de actividades recreativas

No consideramos que las causas del problema sean abordables desde el rol autónomo de la enfermera.

Déficit de autocuidado alimentación

Las diferentes causas que provocan la aparición de este diagnóstico en nuestro hospital son:

Igual que en el déficit de autocuidado vestirse y acicalamiento.

Cansancio en el desempeño del rol del cuidador

Las diferentes causas que provocan la aparición de este diagnóstico en nuestro hospital son:

- Falta de conocimientos sobre la utilización de los recursos.

Alto riesgo de alteración del patrón del sueño

No consideramos que las causas del problema sean abordables desde el rol autónomo de la enfermera.

Alto riesgo de lesión

No consideramos que las causas del problema sean abordables desde el rol autónomo de la enfermera.

Trastorno de la autoestima

No consideramos que las causas del problema sean abordables desde el rol autónomo de la enfermera.

Duelo

No consideramos que las causas del problema sean abordables desde el rol autónomo de la enfermera.

Déficit de autocuidado uso orinal / WC

- Falta de conocimientos para desplazarse solo al WC .
- Falta de conocimientos para colocarse la cuña en el domicilio.

Déficit de autocuidado baño / higiene

Igual que en el déficit de autocuidado de vestirse y acicalamiento.

En el servicio de Quirófanos

Los diagnósticos de enfermería pendientes de validar así como de establecer correlaciones de variables son los siguientes:

Alto riesgo de lesión

No consideramos que las causas del problema sean abordables desde el rol autónomo de la enfermera.

Alto riesgo de infección

No consideramos que las causas del problema sean abordables desde el rol autónomo de la enfermera.

Alto riesgo de traumatismo

No consideramos que las causas del problema sean abordables desde el rol autónomo de la enfermera.

En el servicio de Urgencias:

Los diagnósticos de enfermería pendientes de validar así como de establecer correlaciones de variables son los siguientes:

Alto riesgo en el mantenimiento de la salud

Las diferentes causas que provocan la aparición de este diagnóstico en nuestro hospital son:

- Falta de conocimientos sobre:
 - la administración de la vacuna antitetánica.
 - como desenvolverse en las AVD después de un traumatismo craneal.
 - como mejorar la circulación venosa en las extremidades afectadas.

Alto riesgo de manejo ineficaz del régimen terapéutico

Las diferentes causas que provocan la aparición de este diagnóstico en nuestro hospital son:

-Falta de conocimientos sobre:

- la utilización correcta de los inhaladores.
- los cuidados a seguir en las AVD, por los pacientes portadores de yeso.
- los cuidados que deben llevar a cabo pacientes portadores de SNG y SV.

En nuestro estudio hemos observado que en ocasiones estos diagnósticos presentan causas no abordables desde la competencia autónoma de la enfermera, por lo que las actividades del plan se centran en los signos y síntomas del problema.

4.2. EN RELACIÓN CON LAS LIMITACIONES DE LA IMPLANTACIÓN DEL MÉTODO

Una de las dificultades que encontramos fue los diferentes niveles de formación que tenían las enfermeras del grupo mejora. Esta cuestión quedó resuelta a partir de las 70 horas de formación que recibió todo el grupo, tal y como demostraron las evaluaciones posteriores.

Otra dificultad, aunque de poca relevancia, fue igualmente los diferentes niveles de formación del resto de enfermeras del hospital, las cuales participaron en la recogida de datos sin haber tenido formación previa. Esto supuso que en la mayoría de casos los datos fueran recogidos por las enfermeras del grupo mejora.

4.3. EN RELACIÓN A SU UTILIDAD Y RELEVANCIA

Es un método válido porque parte de la realidad asistencial del HMB . Adapta la teoría enfermera a las necesidades reales de la práctica.

4.4. EN RELACIÓN A RECOMENDACIONES Y PROPUESTAS

En medicina interna y traumatología: la frecuencia de personas jóvenes ingresadas en relación a los de edad más avanzada es mínima. No obstante detectamos un dato que se sale de toda lógica. Las actividades autónomas en jóvenes es alta por lo tanto se deriva que existe un área de dependencia real o potencial. Nos planteamos una pregunta que puede servir para estudios posteriores. ¿Nuestros jóvenes tienen más problemas de dependencia que nuestros adultos y viejos?. La respuesta en nuestro estudio viene dada por la resistencia de las madres a que sus hijos jóvenes sean independientes en la satisfacción de algunas necesidades.

- En el grupo más joven se aprecia un mayor número de actividades en la necesidad de aprender frente al grupo de edad más avanzada. ¿"la experiencia es un grado"?

- Los ancianos varones, al contrario de lo que pensábamos al iniciar el estudio, necesitan menos actividades autónomas ofrecidas por la enfermera. La respuesta viene dada en el estudio de la siguiente manera:

- a los hombres les hace la suplencia la mujer (más esperanza de vida)
- a las mujeres (alto índice de viudas) aunque tenga marido, la suplencia se la hace

la enfermera.

- Las necesidades que más actividad autónoma enfermera genera, es la necesidad de aprender y después la de moverse. ¿La independencia pasa por moverse?.

Todas las preguntas que nos planteamos podrían ser fruto de estudios posteriores.

BIBLIOGRAFÍA

- Adam, E. Hacia donde va la enfermería. Madrid: Interamericana ,1982.
- Alfaro, R. Aplicación del proceso de enfermería: guía práctica. Barcelona: Doyma,1992.
- Kershaw, B. Modelos de enfermería. Barcelona : Doyma ,1988.
- Kozier. Enfermería fundamental. Madrid : Interamericana, 1993.2v.
- Henderson, V. La naturaleza de la enfermería. Madrid: Interamericana 1994.
- Marriner,A. Modelos y teorías de enfermería. Barcelona: Ediciones Rol, 1989.
- Phaneuf, M. El proceso de atención de enfermería. Madrid: Interamericana,1993.
- Riopelle, L. et al. Cuidados de enfermería: aplicación del proceso enseñanza-aprendizaje. Madrid : Interamericana 1993.
- Riopelle, L. Répertoire des diagnostics infirmieres selon le modèle conceptuel de V. Henderson. Montréal:McGraw-Hill;1986.
- Riopelle, L. et al. Cuidados de enfermería: un modelo centrado en las necesidades de la persona. Madrid: Interamericana,1993.
- Kérovac, S.(et al), Pensamiento enfermero. Barcelona: Masson S.A, 1996.
- Fernández Ferrin, C (et al), Enfermería fundamental. Barcelona : Masson S.A,1995 (Master de Enfermería).
- Adam, Evelyn. Être infirmiere: un modèle conceptuel. 3ªed. Québec: Editions Eludes Vivantes, 1991.
- Bizier, Nicole. De la pensée au geste. 3ªde. Québec: Décaire Editeur inc,1993.
- Pérez, F. y Ramió, A. Marco conceptual de enfermería ¿ una novedad?. Labor Hospitalaria nº231, 1994,p.8-12.
- Fernández, C.Gusiñe, F. Pardo, A. Sales, D. Modelos conceptuales de enfermería. Rol , nº78,1985,p.49-51.
- Sastre, H. López,S.¿ Cuidados por actividades ? ¿Cuidados por pacientes ?. Rol nº141, 1990,p23-26.
- Granadero, E. Arangüena, C. Sánchez, A.M. Programa Virginia: método para desarrollar un plan de cuidados informatizados, Enfermería Clínica,nº1 vol.6,E.F.1996,p29-35.
- Riopelle, L, El dilema de los cuidados enfermeros: un modelo conceptual o el diagnóstico enfermero. Enfermería Clínica nº4 vol.3, 1993,p.7-8.
- Riu, M.et al. Producto enfermero .Medida del tiempo por procesos. Rol diciembre1996, nº220,p.23-27.

Agradecimientos:

A Ampar Villanueva, directora del HMB, por su tesón y apoyo al presente proyecto. Por el trabajo de sensibilización previa que desarrolló con las enfermeras del hospital y por su comprensión cuando los plazos se ven alterados por alguna cuestión determinada.

A Rosa Mata, directora de la escuela, por su apoyo y entusiasmo en la realización del proyecto.

A Jordi Salvador, responsable de formación de enfermería, por su apoyo y paciencia y por haber colaborado de forma intensa en la explotación estadística de los datos.

Al grupo mejora que ha llevado y llevará el peso de este proyecto. Por su entusiasmo en mejorar sus actuaciones enfermeras.

AUTORES:

DIRECCION: Paqui Pérez Robles. EUI SANT JOAN DE DÉU

EQUIPO COLABORADOR DE LA ESCUELA: Rosa Mata, Anna Ramió, Marta Gasull

EQUIPO DE HMB: GRUPO MEJORA

Alonso Estébanez, Leonardo. Arganda Iglesias, M^a Luisa. Arguilé Bernal, Olga. Bou Creixell, Miriam. Bueno López, Aurora. Cossín De Frias, Elena. Domenech Caravaca, Montserrat. Fabra Llopis, Irene. Fluriach Renter, Marta. Galvez Torres, Encarna. García Avalos, Montserrat. Martinez Galvez, Susanna. Nicolau Miquel, Sònia. Ortega Martin, Lúdia. Reverter Verdú, Montserrat. Roda Jimenez, Rosario. Rufian Arenas, Encarna. Villaroya Font, Carme. Vinuesa Pérez, Teresa. Vitoria Martinez, M^a Dolores.

Los Diagnósticos de enfermería desde la Atención Primaria y Antecedentes

- **“Diagnóstico enfermero en diabéticos controlados en atención primaria”**. Duarte Climents, G. / Montesinos Afonso, N. Gerencia de Atención Primaria de Tenerife, C.S. Sta. Úrsula.
- **“Los diagnósticos de enfermería en atención primaria de Segovia”**. Vación Fernández, M^ªT. / Gordaliza Rodríguez, T. C.S San Pablo (VA) y C.S Segovia rural (SG).
- **“Diagnostico de enfermería en niños de 2 a 5 años incluidos en programa de niño sano”**. Pérez Díaz, G. / Duarte Climents, G. C. S. La Laguna – Geneto Tenerife.
- **“Diferencias entre la Enfermería Hospitalaria y la Comunitaria en Grado de Identificación de los Diagnósticos de Enfermería”**. * Salvadores, P. / * Campos, L. / ** Díaz M^a S. / * Uliarte, T. * Dpto Enfermería I., E.U.E. Universidad del País Vasco. **Enfermera del Servicio Vasco de Salud. Osakidetza
- **“Historia del diagnostico de enfermeria en España”**. Pérez Rivera, F. J. / Castro González M^aP. / Sánchez Vallejo A. / López Alonso, A.I. E.U.E. León, C. de S. San Andrés, Hospital Psiqu. Sta. Isabel.
- **“Ecos de los Diagnósticos de Enfermería en las publicaciones de enfermería”**. Barquero, A. / Márquez, M. / Carrasco, M. / Macias A.C. / Feria, D. E.U.E. y Hospital Infanta Elena (Huelva).

TÍTULO: “Diagnóstico enfermero en diabéticos controlados en atención primaria”.

AUTORES: Duarte Climents, G. / Montesinos Afonso, N.

CENTRO DE TRABAJO: Gerencia de Atención Primaria de Tenerife, C.S. Sta. Úrsula.

Se trata de un estudio descriptivo realizado en el Centro de Salud de Santa Ursula, que es una Zona Básica de Salud rural del Norte de Tenerife, con una población de 9.000 habitantes aproximadamente.

Está realizado en dos consultas de enfermería, con 3.000 pacientes adscritos a ellas.

INTRODUCCION:

La Diabetes es una enfermedad con una prevalencia en nuestro medio de alrededor de un 8%, superior a la media nacional que es de un 4 – 6 %, y que a pesar del número de horas de consulta de enfermería que se invierten para su control, no logramos optimizar el retraso en la aparición de complicaciones ni el control glucémico de nuestros pacientes.

Ante este problema nos planteamos que tal vez los cuidados de enfermería que ofertamos a estos pacientes estén enfocados en una dirección errónea.

Además de la atención individualizada en consulta a estos pacientes se les ofertan y realizan un programa estructurado de educación grupal.

OBJETIVO:

El objetivo de este estudio es conocer los problemas más frecuentes entre los diabéticos de esta población, expresados en forma de diagnósticos enfermeros.

MÉTODO:

De un total de 181 pacientes incluidos en el Programa de Diabéticos de las dos consultas se eligieron al azar 74.

A estos se les realizó una valoración completa por patrones funcionales. Para ello se utilizó una valoración estándar que fue consensuada previamente por un grupo de 35 enfermeras comunitarias.

Las etiquetas diagnósticas utilizadas para denominar los problemas detectados fueron seleccionadas como de uso prioritario en Atención Primaria de la Taxonomía NANDA 1 por el mismo proceso de consenso con las mismas enfermeras. (Anexo 1).

RESULTADOS:

Los resultados fueron los siguientes:

La muestra seleccionada representa el 40,8 % de la población diabética incluida en programa.

De ellos, el 60,8 % son mujeres y el 39,2 % son hombres.

La edad media de las mujeres es de 63,6 años, y la de los hombres es de 64,5.

El 96 % de los diabéticos son diagnosticados como “no insulino dependientes“, y 21 de los 74 que componen la muestra son “insulinotratados”.

En cuanto a los problemas detectados, la media de diagnósticos enfermeros es de 5,7 por paciente, con una desviación típica de 0,25. Los diagnósticos más frecuentes son:

- **Alteración de la nutrición por exceso. 66 %.**
- **Dolor. 45,9 %.**
- **Incumplimiento del tratamiento: dieta, ejercicio, medicación. 45 %.**
- **Alteraciones sensoriales: visual, auditivas, sensibilidad en los pies. 31%.**
- **Alteración del patrón de sueño. 29,7 %.**
- **Sobreesfuerzo del rol de cuidador. 24,3 %.**

Según los problemas detectados aparece un perfil del diabético que sería **“una mujer de 63 años con exceso de peso, con dolor crónico o agudo, que no cumple con el tratamiento, con alteraciones visuales, auditivas y de sensibilidad en los pies, que duerme mal y tiene a su cargo a un familiar al que cuida”.**

CONCLUSIONES:

Aplicando la valoración por patrones funcionales y las etiquetas diagnósticas obtenemos un perfil personalizado de los problemas que presentan los pacientes diabéticos.

A partir de aquí, además de la atención propuesta por el Programa de Atención al Diabético, vamos a reconducir nuestro trabajo hacia la resolución de los problemas más prevalentes.

TÍTULO: “Los diagnósticos de enfermería en atención primaria de Segovia”.
AUTORES: Vaticón Fernández, M^aT. / Gordaliza Rodríguez, T.
CENTRO: C.S San Pablo (VA) y C.S Segovia Rural (SG).

INTRODUCCIÓN.

Es indiscutible la importancia de los Diagnósticos de Enfermería y la muchas ventajas que estos aportan.

OBJETIVOS.

Los objetivos de nuestro trabajo son saber qué conocimientos tienen las enfermeras de Atención Primaria de Segovia sobre los D.E., si se utilizan en la práctica diaria, y cuales son las dificultades que se encuentran para su utilización.

MATERIAL Y MÉTODO.

Este trabajo se llevó a cabo mediante la elaboración de un cuestionario que se pasó a todo el personal de enfermería durante los meses de Diciembre de 1997 y Enero de 1998.

RESULTADOS.

De los 116 cuestionarios enviados se obtuvo una respuesta del 70,68%. Los principales resultados obtenidos son:

- El 92,68% de las enfermeras tienen conocimientos sobre los D.E.
- Los D.E. están poco implantados en la Atención Primaria de Segovia.
- Las principales dificultades para trabajar con D.E. son conocimientos insuficientes, dificultad para su elaboración y falta de práctica.

CONCLUSIÓN.

Los encuestados sugieren más información, más formación y mayor apoyo a todos los niveles.

PALABRAS CLAVE.

Diagnóstico de Enfermería (D.E), cuestionario.

TÍTULO: “Diagnostico de enfermería en niños de 2 a 5 años incluidos en programa de niño sano”.

AUTORES: Pérez Díaz, G. / Duarte Climents, G.

CENTRO DE TRABAJO: C. S. La Laguna – Geneto Tenerife.

Se trata de un estudio descriptivo realizado en una consulta de enfermería pediátrica del C. S. La Laguna – Geneto situado en la Zona Norte de Tenerife.

INTRODUCCIÓN.

Entre los objetivos prioritarios de la Atención Primaria están la promoción de la Salud y la prevención de la enfermedad. Esto es especialmente importante en la población infantil.

Si bien el programa del niño sano como el de la vacunación infantil han alcanzado coberturas superiores al 90 % en nuestra comunidad, Canarias, nos planteamos mejorar la asistencia diaria introduciendo la metodología diagnóstica para detectar problemas de salud.

OBJETIVO.

El objetivo de este estudio es conocer los Diagnósticos de Enfermería más frecuentes en una población infantil de 2 a 5 años incluidos en el programa de niño sano.

MATERIAL Y METODO.

De 191 niños incluidos en el programa se eligió una muestra al azar de 63 niños. A estos se les realizó una valoración estandarizada por patrones funcionales consensuada previamente por un grupo de enfermeras comunitarias dedicadas al área pediátrica.

El listado de etiquetas diagnósticas utilizado fue el de la Taxonomía NANDA, igualmente consensuado por el mismo grupo de enfermeras

RESULTADOS.

Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

- La muestra representa el 33 % del total.
- De ella, 32 son niñas y 31 niños.
- Se obtuvieron en total 74 diagnósticos de enfermería, lo que hace una media de 1,73 diagnósticos por niño.
- Entre los patrones funcionales que generaron más etiquetas – problemas destacan:
 - *Patrón Nutrición-Metabólico, 32.43 %*
 - *Patrón Eliminación, 12,16 %*
 - *Patrón Sueño – Descanso, 6,7 %*

- Las etiquetas diagnósticas más frecuentes son:
 - *Alteración de la Nutrición (por defecto, exceso o potencial. 24,32 %*
 - *Conductas generadoras de salud, 21,6 %*
 - *Alteración de la eliminación (estreñimiento), 12,16 %*
 - *Alto riesgo de asfixia 10,8 %*
 - *Alto riesgo del deterioro de la integridad cutánea, 8,1 %*
 - *Alteración del patrón de sueño, 6,7 %*
- **Agrupando las etiquetas según sean problemas potenciales o reales obtenemos que:**
 - Las conductas positivas representan el 21,6 %
 - Las de problemas riesgo, el 24,3 %
 - Los problemas reales, el 54,1 %

CONCLUSIÓN.

1.- El perfil que surge de este estudio es coherente con el programa del Niño Sano. Hay pocas etiquetas que reflejen problemas por niño, esto viene a subrayar el papel preventivo y de promoción de salud que hace la enfermera en la consulta de pediatría.

2.- Creemos que es necesario investigar de forma específica en los diagnósticos de enfermería aplicados en niños en el ámbito de la enfermería comunitaria.

3.- Consideramos que el Diagnóstico de Enfermería es un método útil para detectar y describir problemas de salud.

TÍTULO: “Diferencias entre la Enfermería Hospitalaria y la Comunitaria en "Grado de Identificación de los Diagnósticos de Enfermería"”

AUTOR/ES: * Salvadores, P. / * Campos, L. / ** Díaz M^a S. / * Uliarte, T.

**CENTRO DE TRABAJO: * Dpto Enfermería I., E.U.E. Universidad del País Vasco.
Enfermera del Servicio Vasco de Salud. Osakidetza

INTRODUCCIÓN.

El término “diagnóstico”, tal como sugirió Carpenito (1995: 3) , provoca diferentes reacciones en las enfermeras, dado que históricamente lo han asociado de forma exclusiva a la práctica médica.

Desde que en 1953 Vera Fry, introdujo el término “*Diagnóstico de Enfermería*”, para describir un paso necesario en el plan de cuidados e insistía en la necesidad de individualizarlos, el camino hasta la actualidad, no ha sido fácil.

A partir de entonces, y especialmente hasta los años setenta, ha habido continuos debates por la confusión que aún hoy genera el término “*diagnóstico*” y las connotaciones médicas que ello implica

Según Gordon (1976), cuando hablamos de diagnósticos enfermeros, estamos describiendo “los problemas de salud, reales o potenciales, que las enfermeras, en virtud de su formación y experiencia están capacitadas y autorizadas a tratar”.

En nuestro país, la utilización de los diagnósticos de enfermería está siendo costosa y lenta. Todavía hoy, existen dificultades para poder llegar a formular, o identificar como propia, la terminología específica de enfermería.

El diagnóstico médico fija su atención en la patología, tratamiento y curación de la enfermedad. Por su parte, el diagnóstico de enfermería se fija en la conducta del paciente frente a la enfermedad, o en otros factores que afectan, influyen negativa o perjudicialmente en la obtención o mantenimiento de un estado óptimo.

Un diagnóstico de enfermería puede orientar al diagnóstico médico. Un diagnóstico enfermero como “*Dolor*” puede ser indicativo del diagnóstico médico de “*infarto de miocardio*”.

Lo importante es, que los profesionales trabajemos con metodología donde se incluye identificar los problemas y enunciarlos según las TAXONOMÍAS existentes. Hacerlo de este modo nos ayuda a definir el contenido y naturaleza profesional del cuidado.

Es evidente que Enfermería ha ido ampliando su campo laboral en la atención de salud con nuevas ofertas de servicios: UBA, unidades. a domicilio, consultas de enfermería,..... Esto ha influido en el desarrollo metodológico profesional, permitiendo un mayor grado de autonomía en la práctica diaria.

OBJETIVOS

- Primero, si Enfermería es capaz de identificar los diagnósticos, como nomenclatura propia o por el contrario desconoce su formulación
- Segundo, señalar las diferencias existentes según el ámbito laboral (hospitalario / comunitario)

HIPÓTESIS

- El grado de identificación de los D.d.E. presentados,(5), en general, esta por debajo del 50%
- El nivel de identificación de los D.d.E. es mayor en las enfermeras comunitarias

METODOLOGÍA

Nuestro estudio se ha realizado a través de un cuestionario.

A los encuestados se les dio una lista de Diagnósticos de Enfermería aprobados por la NANDA. En ella tenían que indicar si se trataba de:

- Diagnósticos de Enfermería,
- Signos o síntomas
- Diagnósticos Médicos
- Ninguno de los anteriores

MUESTRA

Se realizó un muestreo aleatorio en el área sanitaria de Vizcaya. El tamaño de la muestra se predeterminó admitiendo un error máximo del 5% en la estimación de una proporción, con un nivel de confianza del 95%.

El total de encuestados fue de 416 profesionales de enfermería, y todos ellos adscritos al área sanitaria de Vizcaya.

La distribución de los grupos queda representada en la muestra de la siguiente forma:

• **Enfermería hospitalaria:64% / 266 encuestados**

• **Enfermería comunitaria: 36% / 150 encuestados**

El cuestionario es el siguiente:

Le agradeceríamos la realización del siguiente cuestionario

*INDIQUE POR FAVOR SI ES:

PUESTO DE TRABAJO

- H OSPITAL
 COMUNITARIA

EXPERIENCIA

- MENOS DE 10 AÑOS
 MAS DE 10 AÑOS

* **Señale a que grupo pertenecen los siguientes términos que se indican:**

	Diagn. Médico	Diagn Enfermería	Signos Síntomas	Ninguno de los anteriores
Alteración de la deglución	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incontinencia urinaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor crónico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Afrontamiento defensivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Termorregulación ineficaz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MUCHAS GRACIAS POR SU VALIOSA APORTACIÓN

RESULTADOS

Las hipótesis de nuestro estudio han sido confirmadas (Nivel de confianza del 95%).

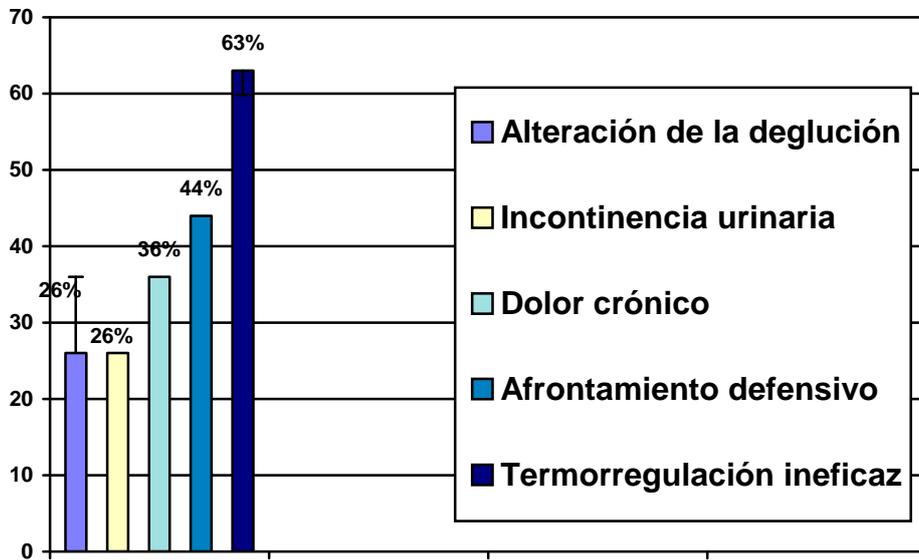
Tras el análisis de los resultados obtenidos podemos afirmar que:

- En general, existe un elevado índice de error al identificar los Diagnósticos de Enfermería, independientemente de la experiencia profesional (*Ver cuadro: Media en la identificación*)
- Existen diferencias significativas entre los dos grupos, enfermería hospitalaria y comunitaria, siendo ésta última la que mejor identifica los D d E seleccionados en la encuesta (*Ver cuadro: "Diferencias según ámbito laboral"*)
- El diagnóstico que con mayor facilidad se identifica es el de TERMORREGULACIÓN INEFICAZ. Esto puede ser debido a que lo asociamos a una técnica, y que además, *¡siempre lo hemos hecho!* (*Ver cuadro: Grado identificación según D d E*)

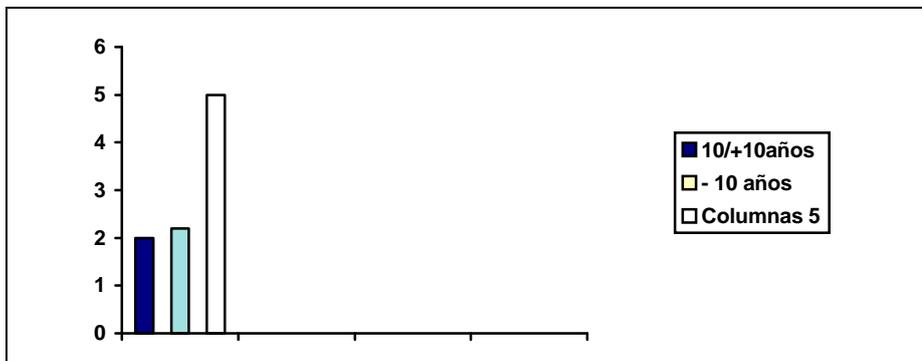
ÍNDICE DE IDENTIFICACIÓN DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA SEGÚN ÁMBITO PROFESIONAL



GRADO DE IDENTIFICACIÓN DE LAS ENFERMERAS/OS SEGÚN DIAGNÓSTICOS



MEDIA EN LA IDENTIFICACIÓN
(Según experiencia profesional de D.U.E)
Máximo nivel de identificación; 5



DISCUSIÓN y CONCLUSIONES

El profesional de enfermería ha experimentado un largo proceso de interiorización del patrón médico, esto le impide identificar correctamente los D.d.E. como nomenclatura propia. Siendo la Enfermería hospitalaria quien más organiza los cuidados en torno al Diagnóstico Médico.

La relación entre D.d.E., responsabilidad y autonomía parece obvia, además de fundamental. La enfermera/o que asume mayor independencia en su rol tenderá más a trabajar con una metodología propia.

Según Gordon (1996:45), los modelos conceptuales de la práctica en los profesionales reflejan la cultura y el medio ambiente de las épocas.

Pese a los esfuerzos realizados en nuestra área de salud, los resultados obtenidos en este estudio reflejan la permanencia de la cultura y patrón médico, especialmente en el ámbito hospitalario.

Pensamos que, la identidad es un proceso complejo. Es una forma de individualización insertada en una red de pertenencias. Identificar los cuidados de enfermería es hacer razonable su naturaleza y la de los elementos que participan en su elaboración: los conocimientos y los instrumentos que utilizan, así como las creencias y los valores en que se basan. También se trata de aclarar las competencias de enfermería, el proceso de cuidados e identificar la naturaleza de su poder, sus límites y sus dimensiones sociales y económicas (Collière, 1993:231-232).

Sin lugar a dudas, en el ámbito hospitalario y por su evolución histórica el proceso de asunción, integración y aplicación de los DdE, es más complejo y también más lento.

Aunque parece ser que el D d E es más conocido por las enfermeras comunitarias, es una necesidad prioritaria e inmediata que todas (asistenciales, comunitarias, docentes), asumamos la responsabilidad de un lenguaje común que sustente y de coherencia al servicio que prestamos a nuestros clientes. Y señalar: si queremos *avanzar* “*el éxito es de los que perseveran*”.

BIBLIOGRAFÍA

- BIRCHER, A.(1975): "On the development and classification of nursing diagnoses". *Nurs. Forum* 14:1029
- CARLSON, J.H.; CRAFT, C.A.; McGUIRE, A.D. (1985): *Diagnósticos de Enfermería*. Madrid, Pirámide
- CARPENITO, L.J.(1984): "Is the problem a nursing diagnosis?. *Am. J. Nurs* 84: 141819
- CARPENITO, L.J. (1990): *Diagnósticos de enfermería*. Madrid, Interamericana
- COLLIÉRE, M.F.(1993): *Promover la vida. De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería*. Madrid, Interamericana.
- GORDON, M. (1996): *Diagnóstico enfermero. Proceso y aplicación*. Barcelona, Mosby/Doyma
- FRY, V. (1953): "The creative approach to nursing". *Am. J. Nurs* 74:250.

TÍTULO: “Historia del diagnóstico de enfermería en España”.

**AUTORES: Pérez Rivera, F. J. / Castro González M^aP. / Sánchez Vallejo A. /
López Alonso, A.I.**

**CENTRO DE TRABAJO: E.U.E. León, C. de S. San Andrés, Hospital Psiq. Sta.
Isabel.**

INTRODUCCION.

El Diagnóstico de Enfermería que debe servir de impulsor de nuestras competencias, ha evolucionado en los últimos años como consecuencia según nuestro punto de vista de factores externos: Desarrollo en América, creación de la NANDA, desarrollo de modelos y teorías de enfermería... y de factores internos, propios de nuestro país, entre los que destacamos: La entrada en la Universidad, la asunción de la responsabilidad docente de las enfermeras, el cambio de modelo de gestión y asistencia hospitalaria, la aparición de grupos y asociaciones que se dedican a impulsar los diagnósticos como el GREDE ó la AENTDE.

Por otra parte surgen sombras por un lado por parte de otros profesionales que se resisten a la asunción de responsabilidades y protagonismo por parte de la enfermería, y por otro de muchas enfermeras que por miedo, desconocimiento, haber probado modelos poco prácticos que no les funcionaron ó simplemente miedo al cambio denostan los diagnósticos suponiendo a veces un freno y otras una voz crítica que nos ayuda a centrarnos en la realidad y no importar sin más modelos de quizá no inmediata aplicación en nuestro entorno.

Siendo una de las funciones de Enfermería la investigación, ésta se plasma en dos formas:

- Por un lado la llamada literatura gris, con numerosos estudios no publicados o recogidos en actas de congresos.
- Por otro lado las publicaciones en revistas del ámbito de la salud.

La producción científica puede ser analizada cuantitativamente y evaluada a través de los análisis bibliométricos, ya que sólo se puede evaluar lo que se escribe y publica, poniéndose al alcance de la comunidad científica.

Por otro lado, se pueden hacer análisis cualitativos que nos acercan a la realidad de manera menos medible, pero no por ello menos rica, aportando nuevos matices a la visión de la realidad.

En el campo de la Enfermería se está empezando a analizar nuestra producción científica desde un punto de vista cuantitativo, realizándose estudios: de la producción de la enfermería española en general, en el ámbito territorial y en algunos campos concretos como la Atención Primaria o la Enfermería Intensiva. No tenemos noticia de ningún otro estudio en el campo de los Diagnósticos de Enfermería que tienen ya una historia en nuestro país, esa es la que pretendemos recuperar y poner en común en este trabajo.

OBJETIVO

- Conocer la evolución de la producción científica en Diagnósticos de Enfermería en España.

MATERIAL Y METODOS

Estudio cuantitativo y cualitativo, descriptivo y retrospectivo a través de la revisión manual de los artículos sobre Diagnósticos de Enfermería y planes de cuidados publicados en ROL, Enfermería Clínica y Enfermería Científica desde la aparición de estas revistas; utilizando índices bibliométricos y análisis cualitativo.

Se analizaron las siguientes variables:

1. Indicadores de producción.
 - Número total de artículos publicados por cada revista.
2. Ambito temático.
3. Tipo de diseño.
4. Autores y centro de trabajo.
 - Número de autores por artículo.
 - Centro de trabajo.
 - Lugar de residencia por comunidades autónomas.
5. Referencias bibliográficas.
 - Totales.
 - Indicadores de aislamiento.
 - Referencias de revistas de enfermería española.
 - Referencias de producción extranjera.
 - Indicadores de obsolescencia.
 - Índice de Price (referencias de menos de 5 años).
 - Referencias de más de 10 años.
 - Indicadores de repercusión (factor de impacto). El factor de impacto es el cociente entre las citas recibidas y los trabajos publicados en un período de tiempo.
6. Autores y modelos de referencia.

RESULTADOS

1- Indicadores de producción.

Se han encontrado 56 artículos.

- ROL 24
- Enfermería Científica 22
- Enfermería Clínica 10

2- Ambito temático. Se refieren al Proceso de Atención de Enfermería, valoración y Diagnósticos de Enfermería con un 30 % para cada ámbito, siendo la evolución hacia una disminución de los artículos sobre Procesos de Enfermería en general y un aumento de los que se ocupan de los Diagnósticos.

3- Tipo de diseño:

- Revisión y comentarios 44%
- Casos clínicos 13%
- Originales 39%
- Protocolos 7%

Progresivamente han ido aumentando los originales y disminuyendo los dedicados a revisión y comentarios.

4- Autores y centro de trabajo.

- Numero de autores: el número de autores por artículo ha ido aumentando con el tiempo, siendo muy significativo el número de artículos firmados por un solo autor.

- Centro de trabajo.

- Escuelas Universitarias de Enfermería	66%
- Atención Primaria	17%
- Hospital	15%

Se ha evolucionado desde una preponderancia casi absoluta de los artículos firmados por profesores a un incremento muy significativo de los firmados por Enfermeras de atención primaria.

- Lugar de residencia por Comunidades Autónomas

Andalucía	11	Extremadura	2	Madrid	9
Aragón	2	Cataluña	6	Navarra	2
Valencia	6	Murcia	1	Baleares	5
Galicia	1	Castilla y León	2	País vasco	1

5- Referencias bibliográficas.

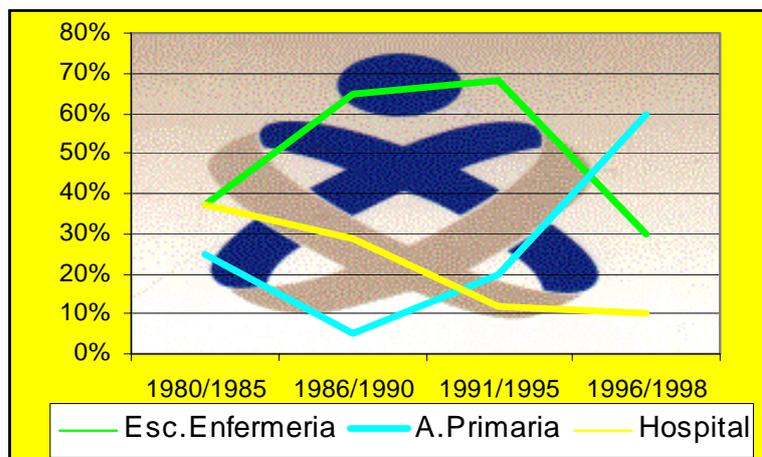
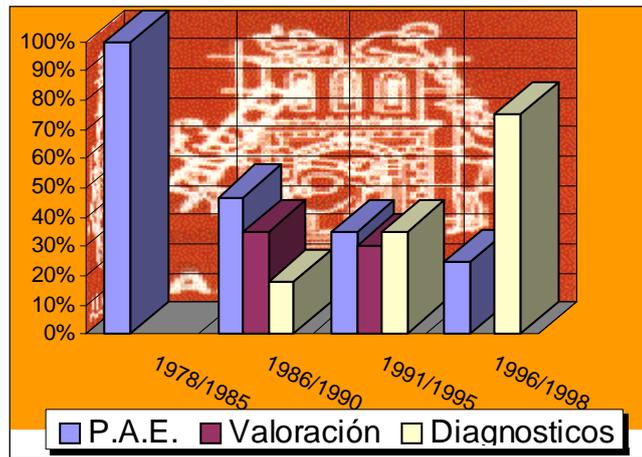
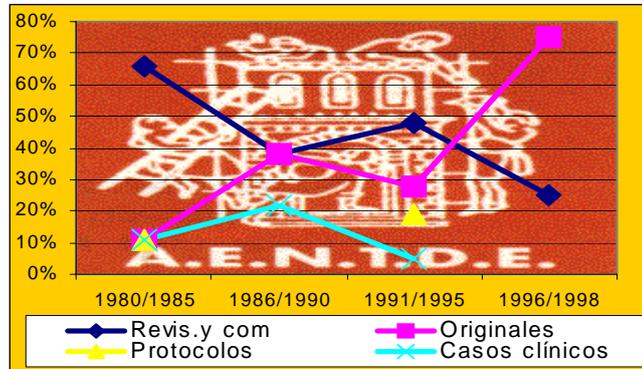
- La media de citas por artículos es de 11%
- Indicadores de aislamiento
 - 37% de bibliografía española.
 - 63% de bibliografía extranjera.
 - 2,1 referencias por artículo de revistas de enfermería española.
- Indicadores de obsolescencia.
 - Índice de Price (referencias menores de 5 años). 51,3 %
 - Citas de más de 10 años 6,3%
- Indicadores de repercusión, factor de impacto:
 - ROL 1,9
 - Enfermería Científica 1,1
 - Enfermería Clínica 0,5

6- Autores de referencia.

Se ha ido evolucionando desde un principio en el que se citan autores de otros campos de conocimiento como Maslow, estando desde entonces muy presente V. Henderson, después, a mediados de los 80, adquieren enorme preponderancia los trabajos de Campbell y Carpenito, seguidas cronológicamente por Rosalinda Alfaro y a principios de los 90 por M. Gordon que es en esta época junto con el seguimiento a autores de nuestro país como Marta Duran o M^a Teresa de Luis, lo que marca el presente en cuanto a autores de referencia. En los últimos años han surgido publicaciones que intentan crear o adaptar un modelo propio de diagnósticos, separándose de la aplicación estricta de la NANDA.

7- Modelos de referencia.

Se sigue durante toda esta época analizada a V. Henderson, Modelos de Autocuidados y Holísticos, en los primeros años hay artículos que siguen modelos biomédicos.



DISCUSION Y CONCLUSIONES

La forma de distribuirse las referencias, se acerca como en otros estudios sobre Enfermería a las ciencias sociales, predominando las citas sobre libros y memorias sobre los artículos de revista.

El número de referencias por artículo, que no indica la calidad de los trabajos sino su fundamentación es aquí de 11 siendo menor que en otros estudios sobre la Enfermería Española la que llega hasta 18 y también es sensiblemente inferior al de las ciencias médicas 21,53 lo que se puede explicar por la abundancia de artículos de teóricos y de

comentarios, ya que durante mucho tiempo más que investigar sobre los diagnósticos se ha intentado informar y establecer ó trasladar desde otros países las bases teóricas de los mismos.

Los indicadores de aislamiento indican que la enfermería española en cuanto a su propio producto vive mucho menos aislada que la enfermería española en general y en otros ámbitos de la enfermería siendo de 2,1 referencias por artículo a revistas de enfermería españolas frente a 0,85 de la enfermería española en general del estudio de Galvez Toro.

Indicadores de obsolescencia, el índice de Price es mucho más alto que en los demás estudios siendo del 52% frente al 40% de Enfermería en Atención Primaria del 10,4% también los más positivos hasta ahora.

La obsolescencia de las citas bibliográficas es muy baja, lo que nos indica la frescura de los trabajos y la adaptación muy temprana de la enfermería de nuestro país en este campo del diagnóstico a las nuevas tendencias.

La revista con mayor factor de impacto es ROL como en otros estudios, lo cual indica que publicar en la misma da más posibilidades de ser citado que en otras revistas de enfermería.

En cuanto al lugar de trabajo de los autores, destaca la evolución que ha existido desde artículos presentados por profesores desde un punto de vista didáctico y teórico a un mayor peso de los profesionales asistenciales y una irrupción en los últimos años de los profesionales de Atención Primaria haciendo artículos originales. Dentro del ámbito cualitativo, otra circunstancia que nos ha llamado la atención es la organización de grupos de trabajo como el de granada y en otros puntos de España que están haciendo de auténticas puntas de lanza en la investigación en Diagnóstico.

También queremos destacar el grado de consenso en cada momento con respecto a los autores de referencia, así como la enorme preponderancia de modelo de V Henderson durante esta pequeña historia.

La aparición en los últimos años de otros modelos de Diagnóstico que se intenta adaptar a nuestro país, la taxonomía de la Nanda o que simplemente se separan de ella, es algo que nos debe hacer reflexionar y sin duda creer en la aplicación de Diagnósticos de Enfermería.

Estamos pues desde nuestro punto de vista, en un momento apasionante, pues después de 20 años de rodaje de los Diagnósticos de Enfermería en nuestro país, es ahora cuando de verdad parece que hay un avance significativo, tanto en la aplicación como en la investigación sobre los Diagnósticos de Enfermería.

BIBLIOGRAFIA.

- Carpenito, Linda J. Diagnósticos de Enfermería. Ed. Interamericana. Mac Graw-Hill. 1991.
- Campbell. Tratado de Enfermería, Diagnósticos y métodos. Doyma. 1987.
- De Luis, M^a Teresa. Diagnósticos enfermeros de la NANDA. Definiciones y clasificaciones. Doyma.1995.
- Alfaro, R. Aplicación del Proceso de Enfermería, Guía práctica. Doyma. 1988.
- Ferez, M. Enfermería Fundamental. Salvat-Masson.1992.
- López Piñero J.M., Terrada L.M. Los Indicadores bibliométricos y la evaluación de la actividad médico-científica (I-II-III). Usos y abusos de la bibliometría. Med. Clin. 1992; 98:
- Torra y Bou J.E. Estudio bibliométrico de los artículos publicados en tres revistas españolas de enfermería durante los años 1991 al 1993. Revista Rol de Enfermería 1996. 218:33-40.
- Cabrero J, Richart M. Análisis de la literatura empírica de la investigación enfermera española. Enfermería científica, 1992. 122:37-39.
- Torra y Bou J.E. Producción científica de la enfermería española. Un análisis a través de los artículos publicados en tres revistas durante el trienio 1991-1993. Rol de Enfermería, 1995. 198: 61-71.
- Alberto Galvez Toro. Producción científica de la Enfermería Española. Evaluación de los años 1993-1994. Index de Enfermería. Primavera-verano 1996, año V, n. 16-17.
- Chamizo Vega C. Ballesteros Alvaro a; Nodar Balboa F. Publicaciones de Enfermería en Asturias. Rol 1995; 201, 31.
- Alvarez Andrés. G, García López, M.P. González Fernández, A.I, Pérez Rivera, F.J. y Vellido Barrios, P. Indicadores Bibliométricos de la Investigación en Enfermería en Atención Primaria de Salud (1995-96). Enfermería. Consejo Autonómico de Colegios de Enfermería de Castilla y León. Cuarto Trimestre 1997- nº 12.
- Martínez V, Martínez A. Investigación en Enfermería en Atención Primaria de Salud. Publicaciones de los años 1989-90. Enf. Cien. 1992; 119: 18-20.
- Perpiñá J. López M.L. Richart M, Cabrero J. Análisis de las referencias bibliográficas de los artículos originales publicados en Enfermería Intensiva frente a tres revistas de enfermería de ámbito general. Enferm Intens, 1994, 5: 161-5.
- López Piñero J.M, Terrada M.L. El consumo de información científica nacional y extranjera en las revistas médicas españolas: un nuevo repertorio destinado a su estudio. Medicina Clínica, 1994. 102:104-112.
- Herranz G. La bibliografía: más vale poco y bueno que mucho y malo. Medicina Clínica 1988. 91: 452-453.

TÍTULO: “Ecos de los Diagnósticos de Enfermería en las publicaciones de enfermería”.

**AUTORES: Barquero, A. / Márquez, M. / Carrasco, M. / Macias A.C. / Feria, D.
CENTRO DE TRABAJO: E.U.E. y Hospital Infanta Elena (Huelva).**

INTRODUCCIÓN.

El objeto de nuestra comunicación es el de analizar la producción existente, en los medios de difusión enfermera, relacionada con los DdE.

Planteados desde hace más de cuatro décadas (desde 1973), no será hasta 1990 cuando la NANDA defina el término de Diagnóstico de Enfermería. Durante todos estos años los DdE han sido objeto de estudio, debate y difusión por parte de este colectivo, el resultado ha sido muy variopinto convirtiéndose para numerosos profesionales en una herramienta de trabajo indispensable; para otros, en tema de debate y experimento y en otros muchos casos los DdE aún siguen siendo objeto de análisis no llegando a ser aceptados. Somos conscientes de que toda innovación produce rechazo en un primer momento, pero esto debe ser analizado por el colectivo afectado y debe salir a la luz en los medios que más difusión y alcance tienen dentro del mismo.

OBJETIVOS.

- * Revisar la producción enfermera en las principales revista de difusión de Enfermería desde 1982 a la actualidad.
- * Analizar los términos referidos al PAE y más concretamente el relacionado con la etapa diagnóstica y la evolución (léxico, conceptos, definiciones, aplicabilidad) sufrida durante estos años.
- * Observar el tipo de artículos aparecidos, analizando cuántos son referidos a conceptualizar sobre los DdE y cuántos dedicados a diagnósticos específicos.
- * Describir el origen de las publicaciones (docentes, asistenciales, de AP de AE).

MATERIAL Y MÉTODO.

- * Tipo de estudio: Descriptivo.
- * Metodología: Análisis de contenido.
- * Material analizado: Revista de Rol de Enfermería, Nursing, Enfermería Científica, Índex de Enfermería, Revista Internacional de Enfermería ICN, Hygía, Enfermería Radiológica, Enfermería Intensiva, Enfermería Actualidad, BEC, Enfermería Andaluza, Enfermería Integral, Sesiones para la Salud, BI de la SEEN Cuadernos de Enfermería, Profesión Enfermería, Cosas de Enfermería, Escuela de Enfermería, Profesión de Enfermería, Revista de Enfermería.
- * Base de datos: TESEO (MEC), Medline.

RESULTADOS.

De las revista de publicación en castellano, aparecen 50 artículos en los que se refleja la terminología referida a metodología de trabajo enfermero. Como se puede observar en:

Revista de Rol de Enfermería.	21 Artículos
Enfermería Científica.	16
Índex de Enfermería.	4
Enfermería Comunitaria.	3
Hygía.	2
Cosas de Enfermería	2
Nursing.	1
Enfermería Radiológica.	1
Enfermería Intensiva.	1

Según el año de aparición:

1978	1 Artículos
1979 / 1980	0
1981	1
1982	1
1983	1
1984	0
1985	2
1986	0
1987	3
1988	4
1989	3
1990	3
1991	2
1992	2
1993	3
1994	2
1995	7
1996	2
1997	12
1998	1

En la base de datos de TESEO hemos utilizado palabra clave o descriptor Cuidados, Enfermería y DdE. El resultado obtenido según el descriptor:

Cuidados	131
Enfermería	66
	(dentro de este descriptor encontramos un título referido a "Diagnóstico de la formación de los DdE").
DdE	0

"II Simposium Internacional de Diagnósticos de Enfermería"
y "III Congreso Regional de Castilla y León"
AENTDE

En Medline Express:

DdE	2 en lengua castellana. 1490 en lengua inglesa.
-----	----------------------------------------------------

El léxico que aparece es el de:

Criterios relacionados	0
Factores relacionados.	1
Taxonomía española.	2
Características.	3
I.R. Médico.	3
D. específicos.	3
D.A. Riesgos.	4
I.R Enfermería.	4
L. Técnicas.	6
Problemas.	7
D. Potencias.	8
C. Estándar.	10
Valoración.	17
PAE.	20
Diagnósticos.	21
Taxonomía NANDA.	21

Artículo basado en:

Experiencias	de 27
investigación.	17
Estandarización.	6
Otros.	2

Procedencia del artículo:

	18
Asistencial A.E.	10
Asistencial A.P.	18
Docente.	2
Asistencial AE / docente.	3
Asistencial AP. / docente.	1
Asistencial AP. /AE.	

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.

En un alto porcentaje el título de los artículos no se corresponde con el contenido de los mismos. Esto puede ser debido a múltiples causas: la falta de conocimientos y/o formación tanto básica como posbásica, poco rigor científico en el control de las publicaciones enfermeras.

Sería bueno abrir líneas de investigación para detectar problemas que subyacen a esta realidad, y con el fin de ir encontrando soluciones que fuesen contextualizadas.

Los artículos de opinión la mayoría de ellos incide en la necesidad de trabajar con la metodología enfermera, utilizando un lenguaje común que aglutine a los profesionales.

Generalmente la autoría de los mismos son de profesionales que se dedican a la docencia. ¿Por qué los profesionales asistenciales no publican sobre este tema?, ¿Poseen los conocimientos suficientes para llevar a la práctica la metodología enfermera?, ¿Qué formación tiene la función gestora para facilitar la puesta en marcha, control y seguimiento de dicha metodología?, ¿Se potencia desde las Instituciones sanitarias este tipo de actividad?, ¿Será debido a que no existe conexión entre la teoría y la práctica?. Estamos de acuerdo que muchas veces la teoría va por delante de la práctica, pero no es menos cierto que una teoría que no se alimenta de la práctica no es real. Siendo esto un problema que atañe a todo el colectivo, es necesario que todos nos pongamos a trabajar en la búsqueda de soluciones, porque si no es así, otros muchos colectivos están expectantes y se aprovecharán de aquellos espacios que tradicionalmente han sido nuestros. También podemos observar como cada grupo de profesionales publica sus experiencias o investigaciones por separado, son en contadas ocasiones en las que existen publicaciones en colaboración entre profesionales AP, docente, AE. Esto viene a ser un fiel reflejo de lo que sucede en la realidad.

Referido al grupo de artículos que tratan sobre la estandarización de cuidados, deducimos que: por el léxico utilizado (se habla de estandarización, cuando lo que se hace es un listado de técnicas), el contenido de los artículos, la no fundamentación para la estandarización ..., demuestran que los esquemas utilizados son los mismos que para protocolarización de las técnicas, y no como elemento facilitador de la aplicación del PAE, de los DdE y de la identificación del producto enfermero.

En los artículos basados en experiencias hay que hacer una diferenciación: en la década de los 80, se trabaja con las necesidades según Maslow y es a partir de los 90 cuando se comienza a utilizar para la valoración Patrones Funcionales de M. Gordon. Hemos encontrado también algunas experiencias basadas fundamentalmente en los modelos de D. Orem y V. Henderson.

De la metodología de trabajo, la etapa más utilizada es la de valoración o al menos es lo que se refleja en los artículos. En otro grupo de artículos aunque se refieren al PAE, sólo aparecen listados de problemas o de actividades de intervención. Por no repetirnos de nuevo lo dejamos a vuestro juicio de las deducciones que de aquí se desprenden.

Por último, la existencia de diversas Asociaciones de Enfermeras dentro del colectivo, que en principio deberían ser un elemento para aglutinar y marcar pautas

sirviendo de referente a muchos profesionales, a veces, al ir por distintos derroteros pueden crear confusión. Por todo esto, creemos necesario diseñar estrategias y crear espacios de discusión encaminadas a recoger todo el sentir que en estos momentos tienen los profesionales, con el fin de que nuestra disciplina crezca cada día más tanto en el campo científico como en el asistencial. Todo esto, con el tiempo, podrá reflejarse de manera diferente a la actual en los medios de difusión enfermeros.

Los Diagnósticos de Enfermería desde la Atención Primaria y Hospitalaria

- “El consenso como estrategia para la implantación del diagnóstico enfermero”. Duarte Climents, G. / Montesinos Afonso, N. C.S. Santa Ursula. Tenerife.
- “Cuidados a pacientes diabéticos en Hospitalización a Domicilio”. Fernández Grande, R. / y colaboradoras. Unidad de Hospitalización a Domicilio. Hospital Marina Alta. Denia. Alicante.
- “Estudio de dos Diagnósticos de Enfermería: Alteración de los Patrones de sexualidad y temor en una paciente de 23 años (ABS), tratada con braquiterapia endocavitaria”. Brao, I. / Arnaiz, G. / Bellobí, C. / Sánchez, A. Instituto Catalán de Oncología.
- “Análisis de la ansiedad en un paciente con un proceso tumoral”. Sainz, A. / Costa, C. / Alcalá, A. / Manjavacas, A. E.U.Ciencias de la Salud. / H.U. Puerta del Mar. Cádiz.
- “Aplicación de una metodología de Diagnosticos Enfermeros en una Zona Básica de Salud”. Fernández,P./ Gómez,C./ Martínez,A./ Rico,M./ Urrea, M.L. Centro de Salud Fronteras. Torrejón de Ardoz. Madrid.
- “El Proceso desde el principio hasta lograr que el Diagnóstico sea un instrumento de trabajo”. Carrascal, E. / Tina, P. / Saracíbar, I. / Serrano, R. Clínica Universitaria. Universidad de Navarra.
- “¿Identificar el estadio de cambio de la conducta humana permite adecuar las intervenciones de enfermería para el mantenimiento de la salud?”. Beortegui, E. / Henriquez, A. / Martínez, A. / Canga, N. Clínica Universitaria de Navarra. E.U. de Enfermería.

TÍTULO: “El consenso como estrategia para la implantación del diagnóstico enfermero” :

AUTORES: Duarte Climents, G. / Montesinos Afonso, N.

CENTRO DE TRABAJO: C.S. Santa Ursula. Tenerife.

Se trata de un estudio cualitativo realizado con un grupo de enfermeras de la Gerencia de Atención Primaria de Tenerife.

INTRODUCCION.

El Diagnóstico enfermero es un proceso que puede tener varias estrategias para su implantación.

El consenso dentro de los grupos de discusión y de grupos nominales puede ser, en nuestro caso, una vía válida para introducir los diagnósticos en la práctica diaria de la consulta de enfermería en Atención Comunitaria.

La implementación de los diagnósticos de enfermería en la Gerencia de Atención Primaria de Tenerife es la 2ª fase de una línea de investigación sobre producto – servicio enfermero y que en la actualidad está en desarrollo.

OBJETIVO.

El objetivo de este trabajo es consensuar una guía de valoración estandarizada del adulto y del niño, y seleccionar las etiquetas diagnósticas de uso preferente en la enfermería comunitaria.

MATERIAL Y METODO.

Para conseguir este objetivo se invitó a 40 enfermeras de esta Gerencia a participar en dos talleres de Metodología Diagnóstica, que se realizaron en distintos horarios para facilitar la asistencia.

Se les entregó bibliografía específica sobre el tema: Listado de etiquetas diagnósticas de la Taxonomía NANDA, varias guías de valoración (Gordon, Carpenito, NANDA) y temas específicos sobre el proceso diagnóstico. También se les dio formación teórica básica sobre el desarrollo histórico del diagnóstico y la metodología del proceso diagnóstico.

Para que los talleres fueran operativos se hicieron subgrupos de 5 a 8 enfermeras con la finalidad de discutir y realizar una valoración estandarizada útil para la aplicación práctica en la consulta diaria.

Además se les pidió que seleccionaran, del listado de etiquetas diagnósticas de la Taxonomía I de la NANDA, aquellas de uso frecuente en comunitaria.

Dos de estos subgrupos se formaron con enfermeras dedicadas a la consulta de pediatría que consensuaron una valoración específica para el niño.

RESULTADOS.

Los resultados de cada subgrupo se expusieron a la totalidad de los asistentes donde se volvieron a discutir hasta llegar al consenso.

Se consensó una guía de valoración estándar por Patrones Funcionales de Salud para el adulto y para el niño.

Se seleccionaron, por el mismo método de consenso, 64 etiquetas de la Taxonomía I de NANDA, como de uso preferente en enfermería comunitaria.

Aunque no fue un objetivo de los Talleres, de estos grupos de discusión surgió el compromiso de las enfermeras de pediatría de reunirse con cierta periodicidad con el fin de validar nuevas etiquetas diagnósticas específicas para el niño.

CONCLUSION.

El consenso dentro de los grupos de discusión es una vía válida para poner en marcha el proceso diagnóstico.

A raíz de esta experiencia, creemos que las enfermeras debemos utilizar métodos de investigación cualitativos y llegar al consenso para unificar criterios y conseguir un lenguaje común para mejorar nuestro trabajo diario.

TÍTULO: “ Cuidados a pacientes diabéticos en Hospitalización a Domicilio”.

AUTORES: Fernández Grande, R. / y colaboradoras.

**CENTRO DE TRABAJO: Unidad de Hospitalización a Domicilio.
Hospital Marina Alta. Denia. Alicante.**

La Unidad de Hospitalización a Domicilio recibe un numero importante de pacientes diabéticos en distintas fases de su enfermedad. Durante su estancia tienen en común varias actividades de enfermería que responden a los diagnósticos de enfermería (DdE) emitidos por las enfermeras correspondientes.

Se decide estandarizar un plan de cuidados que les garantice una atención homogénea y consensuada, donde se use un lenguaje común entre el equipo de atención y facilite el relevo sanitario (centro de salud, plantas hospitalarias y otros) a través del informe de enfermería al alta.

La elaboración de este plan estandarizado se obtiene con:

- Elección de DdE mas frecuentes.
- Descripción de los objetivos generales en cada diagnóstico
- Identificación y actualización de actividades tanto asistenciales como educativas empleadas para la consecución de los mismos. Incluir las más efectivas.
- Programación de visitas domiciliarias y sus contenidos, para la aplicación del plan.

Se presenta el documento en sesión de enfermería donde se llegan a acuerdos por consenso, quedando incorporado en la práctica diaria como plan de cuidados estandarizado para estos procesos.

De los enfermos ingresados en la unidad durante el año 1996, se seleccionan 40 casos que suponen un 10% del global de ingresos; con diagnóstico médico de diabetes mellitus insulino dependiente y trece de ellos con asociados de hipertensión, cetoacidosis, fiebre y gangrena diabética en MMII.

La revisión se realiza a través de los documentos de enfermería presentes en la Historia Clínica de cada paciente. Son: valoración inicial, hoja de cuidados e informe de enfermería al alta.

Con el fin de orientarnos en las actividades educativas revisamos edades encontradas en la muestra, que nos permiten seleccionar en los siguientes bloques bloques:

< 40: 2

40-50: 8

50-60: 25

>60: 5.

La media de edad es de 58,3.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA EMITIDOS

Los diagnósticos de enfermería (DE) emitidos han sido un total de 64. Su distribución es la siguiente:

- Alteración o riesgo de alteración de la glucemia relacionada con desequilibrio metabólico: 38 pacientes (95%)

- Déficit de conocimientos relacionado con: proceso de enfermedad crónica.
manejo de patología crónica.
control de diabetes.
cuidados generales de diabetes.
cuidados diabetológicos:

32 pacientes (80%)

- Déficit de conocimientos relacionado con: ejercicio y autoinyección.
autoinyección y análisis.
cuidados y autocontrol.
técnicas de autoanálisis y autoinyección.
autocontrol y técnicas de autoanálisis:

32 pacientes (80%)

- Déficit de conocimientos relacionado con: ejercicio físico, dieta e insulina.
ejercicio físico, dieta y medicación.

30 pacientes (75%)

Otros:

- Déficit de autocuidados relacionado con diabetes secundario a problemas familiares.

- Alteración del mantenimiento de la salud relacionado con abandono de cuidados que precisa, secundario a inestabilidad emocional.

- Alteración de la integridad de la piel relacionado con varias causas

Propuestas

Alteración o riesgo de alteración de la glucemia relacionado con desequilibrio metabólico.

Déficit de conocimientos relacionado con técnicas de autoinyección y autoanálisis.

Déficit de conocimientos relacionado con cuidados generales de la diabetes.

Déficit de conocimientos relacionado con dieta, ejercicio físico e insulina o antidiabéticos orales.

PLAN DE CUIDADOS

El plan de cuidados general para pacientes diabéticos, se concreta en:

*** Riesgo de alteración de la glucemia relacionado con desequilibrio metabólico.**

Objetivo

Mantener glucemias dentro de parámetros adecuados.

Actividades

a) Adecuación de la insulina.

Conseguir control glicémico, según consenso europeo de 1993.

Glucemia basal: 80-100 mg/dl (Bueno) <140 (Aceptable) >140 (Deficiente)

b) Instaurar pauta de alimentación equilibrada.

- Necesidades calóricas.
- Bebidas: Agua, alcohol y refrescos.
- Edulcorantes
- Sal
- Fibra
- Alimentos para diabéticos

c) Indicación de ejercicio físico regular.

La práctica de actividad física influye directamente en el metabolismo de los carbohidratos, por sí mismo ó mejorando el efecto de los demás tratamientos.

*** Déficit de conocimientos relacionado con técnicas de autoinyección y autoanálisis.**

Objetivo

Realizará correctamente autoadministración de insulina y análisis de glucemia capilar

Expresará conocimientos en la utilización de plumas, jeringas, zonas de rotación y aparatos de glucemia.

Actividades

Estarán basadas en la información sobre:

a) Autoinyección de insulina.

- Tipo, pauta, dosis y horario de inyecciones.
- Técnica de preparación y administración de insulina.
- Concentración y conservación
- Jeringas precargadas o plumas
- Situación y rotación de las zonas de inyección.
- Intervalo de administración entre insulina y comida.
- Importancia de no abandonar el tratamiento.
- Prevención y actuación frente a hipoglucemias.
- Automodificación de dosis de insulina.
- Errores más frecuentes.

b) Realización de autoanálisis.

- Beneficios del autoanálisis.
- Técnica de determinación
- Material: Tiras reactivas. Reflectómetros ó medidores de glucemia capilar. Lancetas.
- Perfil glucémico y frecuencia de autoanálisis.
- Interpretación de resultados y utilización de libreta de autocontrol.
- Autoanálisis en orina

*** Déficit de conocimientos relacionado con cuidados generales de la diabetes.**

Objetivo

Expresará conocimientos en relación con la enfermedad diabetológica

Expresará conocimientos de los riesgos más frecuentes:

- hipo e hiperglucemias
- alteraciones en corazón
- riñón
- retina
- pies

Realizara cambios en el comportamiento erróneo respecto a la enfermedad

Actividades

Estarán basadas en la transmisión de conocimientos sobre:

a) Educación imprescindible

- Explicación simple de la enfermedad.
- Conceptos dietéticos básicos.
- Reconocimiento de hipoglucemias.
- Importancia del cuidado de los pies.
- Manejo de situaciones agudas
- Recomendación sobre hábito tabáquico.

b) Educación de seguimiento

- Autoanálisis.

Importancia, forma de realizarlo y de anotarlo en la libreta y frecuencia de realización. Forma de conseguir el material.

- Boca.

Normas de cuidado y recomendación de visita anual al odontólogo.

- Complicaciones. Relacionar el buen control como método para prevenir o retrasar las complicaciones. Indicar signos de alerta (perdida de visión, cambios en los pies, etc.). Motivo de petición de exploraciones.

- Dieta. Relación entre diabetes y obesidad. Clarificar pauta dietética. Indicar la importancia del ejercicio y la restricción de carbohidratos de acción rápida. Diferenciación de principios inmediatos. Equivalencias de alimentos ya sean en forma de pesos, raciones ó medidas caseras. Formas de cocinado. Sugerencias de menús.

- Enfermedades. Normas de actuación frente a procesos intercurrentes. Conservar carbohidratos, hidratación y aumentar autoanálisis.

- Fármacos. Nombre y mecanismo de acción, horario de tomas y su relación con la ingesta.
- Hipoglucemia. Información de síntomas, prevención, registro en libreta y conducta a seguir.
- Insulina. Mecanismo de acción, relación con ingesta y ejercicio. Zonas de inyección. y horario

*** Déficit de conocimientos relacionado con dieta, ejercicio físico e insulina ó antidiabéticos orales.**

Objetivo

Expresaran conocimientos con relación al equilibrio existente entre dieta, ejercicio físico y medicación.

Realizarán cambios de comportamiento respecto de actividades erróneas.

Actividades

Estarán destinadas a la educación sanitaria en los aspectos siguientes:

a) Insulina

Visto en actividades de diagnósticos de enfermería anteriores.

b) Ejercicio físico.

La intervención educativa respecto al ejercicio debería lograr que el paciente incorpore de forma habitual, la práctica de alguna actividad física en la rutina diaria.

- Tipo.
- Intensidad y duración.
- Frecuencia y horario.
- Riesgos y normas de seguridad
- Actuación frente a hipoglucemias.
- Contraindicaciones.

c) Dieta.

Explicación de dietas, según niveles de instrucción:

1). - Explicar la dieta equilibrada con las pequeñas modificaciones de la diabética.

Es la más sencilla y suficiente para pacientes ancianos o con dificultades de aprendizaje y control aceptable. Se trata de modificar paulatinamente la alimentación acercándose lo más posible a una dieta equilibrada y reforzando lo realizado correctamente.

2). - Entregar y explicar una dieta escrita preelaborada. Se trata de una dieta calculada y los principios inmediatos cuantificados para aportar la energía necesaria y pueden introducirse cambios para adaptarla a los hábitos y gustos del paciente.

Deberá incorporar un sistema de equivalencias comprensible para el paciente y las calorías calculadas teniendo en cuenta las características propias; es decir debe adaptarse la dieta estándar al paciente y no viceversa.

3). - Confeccionar una dieta personalizada.

Es un proceso más complejo, donde se precisa tiempo y amplia formación en nutrición para asegurar el correcto aporte de nutrientes, vitaminas y sales minerales. A su vez es la que asegura mejor cumplimiento.

- Número y horario de comidas apropiado.
- Identificar los principales nutrientes, proteínas, grasa y glúcidos.
- Que alimentos deben componer cada una de sus comidas.
- Alimentos libres y limitados y los pesos apropiados.
- Identificar alimentos con grasas y azúcares sencillos para eliminarlos.
- Participar en el menú familiar adaptado.
- Conocer la relación de su tratamiento farmacológico y la dieta.
- En ancianos asegurar la ingesta de 1,5 litros de agua
- Sistemas de equivalencias
- Situaciones especiales:
Días de enfermedad. Nefropatía. Hipertensión. Dislipemia.
- Consejos ante celebraciones, actos sociales y viajes.

PROGRAMACIÓN VISITAS

La adecuada atención de un paciente diabético en la Unidad de Hospitalización a Domicilio debe consumir un número mínimo de visitas de enfermería que se fijan en 5, con un tiempo aproximado por cada una de ellas de 30 minutos. Así mismo se realiza control telefónico para modificación de insulina según glucemia.

El contenido de la educación y demás actividades sanitarias ofrecidos en estas visitas por la enfermera responsable, son los siguientes:

1ª visita

- Conocimientos generales de la diabetes.
- Significado de los síntomas. Hipoglucemia, prevención y tratamiento.
- Utilidad del autocontrol.
- En caso de insulinización: Tipo de insulina y manejo o repaso del material de inyección.
- Práctica:
Autoanálisis (sangre capilar o/y orina).
Documentación temas tratados.

2ª visita

- Principios básicos de nutrición.
- La dieta del diabético.
- Práctica:
Intentar autoinyección e intervención familiar
Confección verbal o escrita de menús día siguiente. Manejo de equivalencias.
Documentación temas tratados.

3ª visita

- Objetivos del tratamiento y complicaciones.
- Ejercicio físico.
- Hipoglucemiantes orales. Insulina.
- Situaciones especiales.

- Práctica:
Técnica de inyección de insulina. Zonas y rotación.
Documentación temas tratados.

4ª visita

- Complicaciones agudas y crónicas. Hábito tabáquico.
- Revisiones médicas (dentista, oftalmólogo y otros).
- Práctica:
Cuidados de los pies. Autoexploración e intervención familiar.
Documentación temas tratados.

5ª visita

- Evaluación.
- Asegurar relevo sanitario. Informe enfermería al alta.

Estos parámetros estándar se ven modificados en ocasiones por determinadas circunstancias: edad del paciente, nivel cultural, colaboración familiar, etc.

Se trata de secuenciar la actividad con objeto de no olvidar los temas más importantes, pero en la práctica es frecuente la referencia simultánea a variedad de temas.

Soporte escrito y visual

La actividad educativa realizada debe apoyarse en documentación clara y actualizada. En la Unidad la utilizada actualmente se compone de:

- Tablas de equivalencia.
- Dietas apropiadas.
- Utilización de plumas o jeringa.
- Utilización de aparatos de glucemia. Tramitación de pedidos. Cartilla de anotaciones.
- Recomendaciones generales en:
 - * Dieta.
 - * Pies.
 - * Hipoglucemia.
 - * Sexo.
 - * Trabajo.
 - * Viajes.
- Videos, si procede, sobre utilización de plumas y educación general.

La utilización de sistemas combinados de planes estandarizados con diagnósticos y actividades propios de cada paciente, facilita la aplicación de actividades homogéneas y permite evaluar resultados.

Las componentes del equipo de enfermería aceptan de manera unánime los diagnósticos propuestos ya que han sido emitidos por ellas mismas.

Se observa que el personal de nueva incorporación se adapta y se sienten más seguros en la forma de trabajo de la unidad con la utilización de planes preestablecidos.

Los profesionales de otras unidades u otros niveles sanitarios tienen oportunidad de obtener un resumen concreto de las actividades realizadas, durante la estancia en la unidad.

BIBLIOGRAFIA

- Manual de Educación Sanitaria para E.A.P. Diabetes II **Novo Nordisk.**
- Suplemento de Formación Continuada. Diabetes. **Revista Rol de Enfermería.**
- Diagnóstico de Enfermería. L. Carpenito. **Ed. Interamericana.**
- Cuidados de Enfermería en Hospitalización a Domicilio. **Servei Valencià de Salut.**

TÍTULO: "Estudio de dos Diagnósticos de Enfermería: Alteración de los Patrones de sexualidad y temor en una paciente de 23 años (ABS), tratada con braquiterapia endocavitaria".

AUTORES: Brao, I. / Arnaiz, G. / Bellobí, C. / Sánchez, A.

CENTRO DE TRABAJO: Instituto Catalán de Oncología.

INTRODUCCION

ABS, paciente mujer de 23 años, había sido diagnosticada de adenocarcinoma de células claras de vagina. Su enfermedad se inició en el año 1993 con la presentación de sangrados vaginales ínter menstruales: en marzo de 1996 presentó sangrado abundante y la exploración médica confirmó una neoformación cerebroide de 4cm. en cara lateral derecha de vagina que llegaba casi a introito. Fue sometida a intervención quirúrgica practicándose exéresis tumoral (AP: fragmentos de adenocarcinoma de células claras de patrón mixto con extensa necrosis) Como antecedentes importantes a destacar tenemos que su madre había recibido tratamiento con dietil-etil-bestrol durante el embarazo (según estudios epidemiológicos se relaciona la aparición de adenocarcinoma de células claras de vagina con la ingesta de dietil-etil-bestrol por parte de la madre durante la gestación. Si bien fueron tratadas dos millones de pacientes, hasta la actualidad, se han notificado doscientos casos de cáncer de células claras)

Fue remitida a la unidad de braquiterapia de l'Institut Català d'Oncologia para valoración de tratamiento con braquiterapia endocavitaria. Se decidió hacer tratamiento de braquiterapia con Iridio 192 mediante la implantación de un molde vaginal personalizado.

La braquiterapia es una modalidad de la radioterapia que utiliza radiaciones ionizantes para tratar el cáncer, colocando material radiactivo en las proximidades o en el interior del tumor. La braquiterapia endocavitaria es una forma de braquiterapia mediante la cual se aprovecha una cavidad, orificio o conducto natural para colocar el material radiactivo en la proximidad del tumor. Durante estos tratamientos las pacientes deben permanecer ingresadas en una habitación radioprotegida en régimen de aislamiento y con limitación del tiempo de permanencia de los familiares y profesionales. Se llevarán a cabo medidas de protección radiológica, combinando la distancia, el tiempo y el blindaje.

El trabajo que a continuación desarrollamos tratará de explicar cómo además de la aplicación de un plan de cuidados estandarizado hemos individualizado este caso tras la detección de dos diagnósticos enfermeros: temor y alteración en los patrones de la sexualidad.

La secuencia del trabajo será de la siguiente manera: valoración de la paciente por las enfermeras mediante una recogida de datos y aplicación del plan de cuidados en los tres períodos de ingreso que abarca el tratamiento. En estos tres períodos explicaremos también en qué consiste el tratamiento.

VALORACION DE LA PACIENTE POR EL EQUIPO DE ENFERMERAS

Un día antes del ingreso la paciente fue citada a la consulta de enfermería donde se procedió a una recogida de datos mediante una entrevista de enfermería que se aplica a todas las pacientes que ingresan en la unidad (valorando las 14 necesidades de V. Henderson), se reforzó la información que había recibido por parte del médico acerca del tratamiento, se le enseñó la habitación donde iba a estar ingresada y se le presentó al equipo de enfermería. A la consulta acudió con sus padres. Los datos obtenidos fueron los siguientes:

Estudiante universitaria en período de exámenes finales. Vive en Zaragoza con sus padres y dos hermanos varones de 18 y 14 años. Habla castellano. No refirió precisar asistencia religiosa. Se había trasladado desde Zaragoza para recibir el tratamiento, sus padres estarían hospedados en un hotel de Barcelona.

Seguía una dieta equilibrada aunque algunas frutas no le gustaban. Hace 4 comidas al día y no presentaba problemas en la digestión, deglución ni masticación. Refirió que desde la intervención presentaba una eliminación urinaria frecuente y con molestias. La eliminación intestinal era diaria. Bebía aproximadamente 1.5 l de agua al día. Dormía 8 horas seguidas durante la noche.

No alcoholismo ni tabaquismo. Ducha diaria. Buena higiene bucal. Buen estado de las piezas dentarias.

Agudeza visual y audición total. Independiente en la movilización. Buen patrón respiratorio. Piel y mucosas hidratadas y normo coloreadas. Consciente y orientada. Refirió estar angustiada por el tratamiento. Estaba informada sobre el diagnóstico. Fecha de la última regla: 28/05/96, no había mantenido nunca relaciones sexuales.

La entrevista de enfermería se hizo con la finalidad de prever los posibles problemas que presentarse y así poder planificar un plan de cuidados.

Durante la entrevista de enfermería, la paciente y la familia se limitaron a hacer preguntas sobre el tratamiento (riesgo, complicaciones, medidas de protección...) El equipo de enfermeras decidió que cuando ABS ingresara para recibir el tratamiento se establecería el plan de cuidados que se aplica a todas las pacientes que reciben este tratamiento, individualizándolo en este caso.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Se establecieron tres períodos de ingreso:

- Primer ingreso: 13/06/96
- Segundo ingreso: 25-28/06/96. Plan de cuidados estandarizado
- Tercer ingreso: 8-10/07/96

Primer ingreso

El 13.06.96 ABS ingresó a las 08:00 horas en ayunas para la realización de la impronta para molde vaginal. Bajo sedación endovenosa, en quirófano, se procedió a colocar sonda Foley y se introdujo en vagina pasta dental que al solidificar tomó la forma de la vagina consiguiendo la impronta. Con la impronta introducida en vagina se realizó TAC pélvico dosimétrico. Al regreso del TAC se retiró la sonda Foley y la impronta. La paciente fue dada de alta a las seis horas. Volvería a ingresar el día 26.06.96 para la realización del tratamiento.

A partir de la impronta, las enfermeras fabricamos el molde vaginal que se utilizaría para realizar el tratamiento.

Durante este período de ingreso ABS hizo preguntas acerca del proceso en quirófano y lloraba manifestando que estaba nerviosa. Refirió que le preocupaba el sondaje vesical permanente ya que recordaba molestias cuando la intervinieron. También manifestó verbalmente que le preocupaba todo el proceso quirúrgico. Constantemente hacía preguntas sobre estos aspectos.

Las enfermeras detectamos el siguiente diagnóstico de enfermería: **temor al dolor relacionado con el proceso de salud y sondaje vesical permanente manifestado por llanto y aumento en el número de preguntas.**

El objetivo fue el siguiente: **la paciente referirá una reducción o desaparición del temor antes de entrar en quirófano.**

Las actividades que se llevaron a cabo fueron:

- Ayudar a la paciente a explicitar claramente el temor y el porqué de éste.
- Familiarizar a la paciente con el entorno y el equipo.
- Explicar a la paciente todo el proceso a llevar a cabo.
- Informarle sobre la sedación endovenosa.
- Explicarle que el sondaje vesical sólo será por unas horas y el porqué de este, la sonda se le fijará a la pierna para evitar movilizaciones.
- Apoyo psicológico durante el proceso.

Evaluación de resultados:

Al entrar a quirófano ABS estaba más tranquila aunque el temor no había desaparecido por completo. Al salir de quirófano manifestó que estaba más relajada y que la sedación endovenosa había sido muy efectiva, así como las muestras de cariño que el equipo de enfermeras le había demostrado.

La actividad que más le tranquilizó en cuanto a la sonda vesical fue la fijación de ésta a la pierna con esparadrapo. Siempre que hacíamos alguna movilización a la paciente nos remarcaba que fuésemos cuidadosas con el sondaje; esto lo tuvimos muy en cuenta.

Segundo ingreso. Plan de cuidados estandarizados

El día 25.06.96 a las 19:00 horas ingresó para el primer tiempo de tratamiento. Se establecieron los protocolos de acogida y prequirúrgico.

Al ingreso pidió hablar con el médico porque no quería someterse al tratamiento. Hacía preguntas sobre efectos secundarios, centrándose en la esterilidad. Pedía estadísticas sobre otros casos tratados, refiriéndose a la esterilidad. Volvió a hacer preguntas sobre el proceso en quirófano y sobre el tratamiento, preocupándole mucho el posible dolor. Se mostraba tensa en la exploración y procedimientos de enfermería. Lloraba. La familia estaba triste. Las enfermeras reforzamos con apoyo psicológico basándonos en el refuerzo de sus pensamientos y conductas positivas, proporcionando la información que pedían.

El 26.06.96 a las 10:00 horas entró en quirófano, donde bajo sedación endovenosa se colocó el molde vaginal y la sonda foley. Las fuentes de Iridio 192 fueron cargadas en el interior del molde vaginal. Se hicieron placas de dosimetría y se trasladó la paciente a la habitación. El tiempo de tratamiento sería de 37.59 horas, recibiendo 30Gy. ABS estuvo más tranquila en quirófano que la ocasión anterior

Durante el tratamiento se llevó a cabo el siguiente **plan de cuidados estandarizado** que se aplica a todas las pacientes que reciben este tratamiento, se individualizó y se evaluaron resultados:

Plan de cuidados estandarizado:

1- DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

A- Déficit de conocimientos sobre el tratamiento y efectos secundarios relacionado con la falta de exposición, manifestado por la continua realización de preguntas.

Objetivo:

La paciente verbalizará en qué consiste el tratamiento y los efectos secundarios, después de proporcionar información.

Actividades:

- Dar información oral y escrita del tratamiento.
- Comprobar que haya entendido la información.
- Esclarecer dudas.

Evaluación:

La paciente, una vez dada la información, la había entendido. Cuando ingresó para el tratamiento hacía preguntas muy concretas acerca de datos estadísticos de esterilidad post-tratamiento y sobre el proceso en quirófano.

B- Riesgo de soledad relacionado con el tratamiento.

Objetivo:

La paciente verbalizará que está distraída durante el tratamiento.

Actividades:

- Facilitar la comunicación con el exterior mediante interfono
- Fraccionar visitas de familiares (tres veces al día 5 minutos cada vez, primero pasará el padre y después la madre o viceversa)
- Facilitar material para la realización de actividades recreativas: TV, lectura, radio, juegos.

Evaluación:

La paciente estuvo distraída con lectura, juegos, televisión y radio. Refirió que el personal de enfermería le distrajo mucho en los momentos de higiene y cuando entraba en la habitación. Las visitas de los familiares fueron fraccionadas y ABS se encontró acompañada de sus padres.

C- Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con la inmovilidad en la cama.

Objetivo:

La piel de la paciente se encontrará íntegra durante el tratamiento.

Actividades:

- Higiene e hidratación de la piel.
- Evitar pliegues en sábanas.
- Masajes en zonas de apoyo.

Evaluación:

No aparecieron signos de deterioro de la integridad cutánea. Fueron llevadas a cabo todas las actividades planificadas.

D- Riesgo de lesión del familiar relacionado con la falta de conocimientos sobre medidas de protección radiológica.

Objetivo:

El familiar se ajustará a las medidas de protección radiológica.

Actividades:

- Informar a la familia sobre las medidas de radio protección y tiempo de permanencia limitada.
- Medición de la radioactividad en la habitación para conocer el tiempo y la distancia permitida.
- Control de visitas y tiempo de permanencia.
- Aplicar todas las medidas de protección radiológica.

Evaluación:

Se llevaron a cabo todas las actividades planificadas. Una vez cumplido el tiempo de visitas en la habitación, la familia acudía al control de enfermería frecuentemente y hacía llamadas telefónicas preguntando por el estado de ABS.

2- PROBLEMAS INTERDEPENDIENTES

A- Complicación potencial de infección urinaria secundario a sondaje vesical permanente

Objetivo:

Detección precoz de signos y síntomas de infección.

Actividades:

- Control de temperatura cada 12 horas.
- Control de diuresis cada 12 horas.
- Seguir protocolo de pacientes con sondaje vesical permanente.
- Recogida de orina antes y después del sondaje vesical.

Evaluación:

No aparecieron signos ni síntomas de infección.

B- Complicación potencial de movilización del implante y caída del material radiactivo secundario a movilizaciones inadecuadas.

Objetivo:

Mantener el implante y material radiactivo en la posición adecuada.

Actividades:

- Registrar la presencia y la posición del implante una vez colocado en quirófano.

- Control del implante y contabilización de fuentes radioactivas cada vez que entremos en la habitación.
- Educar a la paciente para que evite movimientos innecesarios y maniobras de valsalva.
- Reposo en decúbito supino.
- Dieta astringente.
- Educar a la paciente para que avise a la enfermera cada vez que necesite un cambio postural.

Evaluación:

El implante y el material radioactivo se mantuvieron bien colocados.

D- Complicación potencial de dolor secundario a la presencia del implante y sondaje vesical permanente.

Objetivo:

Disminución del dolor.

Actividades:

- Disminución de estímulos ambientales.
- Administración de pauta analgésica por orden médica.
- Facilitar actividades recreativas.

Evaluación:

ABS no presentó dolor. Se llevaron a cabo todas las actividades planificadas. Estaba muy nerviosa por el miedo a la radioactividad y el facultativo tuvo que pautar ansiolíticos.

E- Complicación potencial de trombosis venosa profunda secundario a la inmovilización en cama.

Objetivo:

Evitar la aparición de signos y síntomas de trombosis venosa profunda.

Actividades:

- Administrar pauta de profilaxis antitrombótica según orden médica.
- Enseñar y estimular la realización de ejercicios como medida profiláctica.
- Movilización precoz de la paciente una vez desimplantada.

Evaluación:

No aparecieron signos de trombosis venosa profunda.

El día 28.06.96 a las 01.10 horas se procedió a retirar el implante. Una hora antes de la finalización ABS presentó una crisis de ansiedad pidiendo que se le retirara ya el implante. Se detectó el siguiente diagnóstico de enfermería: **temor relacionado con el desimplante manifestado por sudoración, llanto, tensión muscular y gritos.**

El objetivo fue: la paciente referirá una disminución del temor antes del desimplante.

Las actividades llevadas a cabo fueron:

- Informar sobre el desimplante.
- Explicar que no sentiría más dolor que en una exploración ginecológica.
- Tranquilizarla y darle apoyo psicológico.
- Estar a su lado durante el desimplante.
- Administración de analgésicos y ansiolíticos antes del desimplante por orden médica.

Evaluación:

El objetivo no se cumplió a pesar de que las actividades se habían llevado a cabo. Manifestó que se había sentido apoyada por enfermería pero no pudo evitar todas las manifestaciones externas de su temor. Después del desimplante se quedó tranquila.

A las 14:00 horas del día 28.06.96 fue dada de alta domiciliaria. La información al alta fue la siguiente:

- Ingresar el día 8.07.96 para el segundo tiempo de tratamiento.
- Seguir profilaxis antitrombótica con enoxaparina 20mgrs/24 horas durante cuatro días por orden médica.
- Realizar irrigaciones vaginales.
- Facilitar el número de teléfono por si apareciera algún problema.

Durante este ingreso el equipo de enfermeras detectó por las preguntas que ABS hacía, que había algún problema que requería la actuación de las enfermeras, pero se necesitaba más información. Por este motivo elaboramos una segunda entrevista para una nueva recogida y posterior análisis de datos, que se realizaría en el momento del tercer ingreso.

Tercer ingreso

El día 08.07.96 ingresó en ayunas para recibir el segundo tiempo de tratamiento. El procedimiento sería el mismo que en el período anterior. El tiempo total de tratamiento sería de 32.40 horas, recibiendo 30 Gy.

Al ingreso se negó al tratamiento y pidió hablar con el facultativo. Se preparó la segunda entrevista que se realizó por separado a la paciente y a sus padres. Las preguntas estaban basadas en las necesidades de: comunicación, vivir según sus creencias y valores (sexualidad), trabajar y realizarse, participar en áreas recreativas y aprendizaje; éstas no están muy profundizadas en la hoja de recogida de datos estandarizada. Los datos que se obtuvieron fueron los siguientes:

ABS tiene dos hermanos varones de 14 y 18 años a los cuales ve como "hermanos pequeños". La relación con ellos antes y después de la enfermedad no ha variado.

El padre de ABS es agente comercial y ella lo define como un padre autoritario y con carácter fuerte. Durante la enfermedad y el tratamiento ha apoyado a ABS y se ha mostrado preocupado. La madre de ABS es enfermera y había sido diagnosticada de cáncer de colon hace un año, habiendo recibido tratamiento quirúrgico, radioterapia y quimioterapia. ABS la define como "una mujer preocupada por sus hijos". Durante la enfermedad y tratamiento se ha mostrado preocupada y ha apoyado a ABS. La relación entre los padres y hermanos es buena; con el resto de familia (abuelos, tíos...) tienen poca relación por problemas familiares.

Cuando se diagnosticó la enfermedad ABS estaba estudiando ingeniería. No pudo finalizar el curso por lo que tendría que repetir. Tenía previsto marchar a Londres para complementar sus estudios, no pudo marchar por el tratamiento. Es buena estudiante. Tiene buena relación con sus compañeros y profesores que la han apoyado.

La educación sexual que ha recibido por parte de sus padres es nula. Los padres nos comentan que ABS nunca les explica nada sobre sus relaciones y que no saben si tiene pareja. La paciente nos explica que no ha mantenido relaciones sexuales con penetración pero sí masturbación. Cuando fue diagnosticada estaba saliendo con un chico; él no se interesó por su enfermedad y no la volvió a llamar. Manifiesta tener miedo a la esterilidad ya que le gustaría tener hijos, es lo que más le preocupa. Refiere también tener miedo a sus primeras relaciones y le preocupa tener que explicar su enfermedad a una segunda pareja.

Tiene 5-6 amigas de las cuales 2 son íntimas. A ellas les explica todo. Refiere que de la enfermedad no puede hablar con ellas ya que no entienden sus preocupaciones. ABS se define como "la más lanzada" de sus amigas. Sus padres la definen como tímida e introvertida. Sus hobbies son la lectura y la música.

Nos explica ABS que desde que aparecieron los primeros síntomas (sangrado, cansancio...) ella ya se imaginaba que tenía una neoplasia por la experiencia con su madre. En todo momento fue informada del diagnóstico y se informó leyendo libros de ginecología de su madre. Nos refirió que no confiaba en el tratamiento médico ya que pensaba que la oncología está aun en fase de investigación. Nos decía que quizás sin hacer tratamiento con braquiterapia, sólo con IQ hubiera sido suficiente. Decía que durante la IQ se sintió "atosigada" ya que las enfermeras que la cuidaban eran compañeras de su madre. Los padres nos explican que la paciente sigue tratamiento con medicina alternativa.

ABS nos comentaba que nunca había sentido ganas de morir pero si había pensado en algún momento si valía la pena seguir estudiando. Decía que se consideraba una persona fuerte y luchadora pero que en algún momento se siente triste. Observa que sus padres están sufriendo mucho pero que intentan no demostrarlo cuando están a su lado.

Se volvió a aplicar el plan de cuidados estandarizado y se detectaron, a través de la entrevista y por manifestaciones de la paciente, dos diagnósticos de enfermería.

Diagnóstico de enfermería: Riesgo de alteración en los patrones de la sexualidad relacionado con la enfermedad y el miedo a las posibles limitaciones y /o cambios de conducta.

Objetivo:

La paciente manifestará verbalmente que ha adquirido conocimientos sobre cuidados vaginales y futuras relaciones sexuales, en el momento del alta.

Actividades:

- Revisar conjuntamente los cambios producidos en su vida y cómo pueden haber afectado su actividad sexual.
- Favorecer un ambiente con entorno privado y relajado para hablar del tema y para que exprese sus preocupaciones; asegurar la confidencialidad de la información.
- Explicar a la paciente la importancia de realizar dilataciones vaginales a los 15 días del alta. Facilitar un dilatador vaginal y explicarle su utilización.
- Explicarle que están indicadas las relaciones sexuales con penetración y que pueden sustituir al dilatador vaginal.
Explicarle la importancia de las irrigaciones vaginales.
- Educar a la familia en los cuidados vaginales y explicarles la importancia de la implicación en la educación sexual de ABS.

Evaluación:

Al llevar a cabo las actividades anteriores, ABS, nos refería que tenía miedo a su primera penetración. Se le explicó que era muy importante que estuviese estimulada y lubricada natural o artificialmente. Se le explicó que posiblemente la primera penetración no sería satisfactoria y que era importante que no lo relacionase con la enfermedad sino que es algo propio de las primeras relaciones. Se le habló de la importancia de ir conociéndose a sí misma y de que le pidiese a su pareja que fuese cuidadoso.

Toda la educación sexual fue dada por las enfermeras más jóvenes de la unidad para que la paciente se sintiera más identificada. La paciente al alta nos manifestó verbalmente que lo había entendido todo y nos agradeció la educación sexual ya que con sus padres no podía hablar de estos temas y sus amigas no la entenderían. Se mostró muy interesada durante todas las explicaciones.

Diagnóstico: Temor relacionado con los efectos secundarios del tratamiento (esterilidad) manifestado por la realización continua de preguntas y rechazo al tratamiento.

Objetivo:

La paciente verbalizará una reducción o desaparición del temor.

Actividades:

- Explicar la importancia de la realización del tratamiento.
- Explicar que la dosis recibida está muy estudiada y que lo que se pretende es que la dosis que llega a los órganos vecinos sea la mínima posible.
- Apoyo psicológico.
- Reforzarla positivamente.

El día 09.07.96 a las 18 horas finalizó el tratamiento procediéndose al desimplante que fue mejor tolerado que la vez anterior pero, también, precisó ansiolíticos. Estaba muy animada tras el desimplante. El día 10.07.96 fue dada de alta. Próxima visita médica: 30.08.96.

Los cuidados explicados al alta fueron:

- Irrigaciones vaginales a iniciar al día siguiente al alta.
- Dieta astringente si aparecen diarreas.
- Seguir profilaxis antitrombótica con enoxaparina 20 mgrs cada 24 horas durante cuatro días por orden médica.
- Dilataciones vaginales o relaciones sexuales con penetración a los 15 días del alta.

La paciente fue citada a la consulta de enfermería coincidiendo con los días de visita médica para seguir evaluando resultados.

En la visita realizada el día 15.11.96 la paciente refiere reaparición de la menstruación, está muy animada. No ha mantenido relaciones sexuales, no tiene pareja. Comenta que la comunicación con sus padres ha mejorado pero que están muy pendientes de ella y que se siente sobreprotegida. Ha vuelto a plantearse la posibilidad de reanudar sus estudios en Londres. A la exploración ginecológica presenta estenosis vaginal debido a la mala utilización del dilatador por dolor. Se le vuelve a explicar la importancia de la utilización del dilatador. Se le aconseja lubricarlo, utilizarlo más frecuentemente y cambiarlo por uno de mayor diámetro. La paciente, esporádicamente, volvió a la consulta médica ya que su ginecólogo había valorado la posibilidad de intervención quirúrgica para solucionar la estenosis.

CONCLUSIONES

- A pesar de las actuaciones de las enfermeras, algunos problemas no se habían solucionado.
- El que hubiera habido una continuidad de los cuidados al alta por parte del equipo de enfermeras de su hospital o área básica de salud de referencia podía haber solucionado estos problemas. Por lo que creemos que hubiera sido importante un informe de enfermería al alta remitido a la enfermera de atención primaria.
- La estandarización de planes de cuidados nos ha sido útil para la unificación de criterios.
- La detección de los diagnósticos de enfermería en esta paciente, ha hecho que las enfermeras revisemos nuestras actuaciones en pacientes ginecológicas jóvenes.
- Es importante que en la recogida de datos haya una valoración de las 14 necesidades básicas de salud para poder valorar a la paciente como un todo y considerarla como un ser humano único y complejo con componentes biológicos, psicológicos, socio-culturales y espirituales. La hoja de recogida de datos que utilizábamos no las recogía todas por lo que se ha tenido que modificar.

BIBLIOGRAFIA

- M.T. Luis. Diagnósticos enfermeros. Segunda edición. Barcelona, Mosby/Doyma, 1996.
- Carmen Fernández Ferrín, Gloria Novel Martí. El proceso de atención de enfermería. Estudio de casos. Barcelona. Ediciones científicas y técnicas S.A, 1993.
- J. Estapé, M. Domenech. Enfermería y cáncer. Barcelona. Ediciones Doyma,1992.

TITULO:” Análisis de la ansiedad en un paciente con un proceso tumoral”.

AUTORES: Sainz, A. / Costa, C. / Alcalá, A. / Manjavacas, A.

CENTRO DE TRABAJO: E.U.Ciencias de la Salud. / H.U. Puerta del Mar. Cádiz.

1.- INTRODUCCIÓN.

La enfermedad es concebida como un estado de alteración del funcionamiento normal de todo el ser humano, incluyendo el estado biológico y las adaptaciones personales y sociales (Parson 1972), y desde siempre ha sido motivo de preocupación para el ser humano, que se ha interesado por su sentido y naturaleza, por sus causas y consecuencias.

La persona que sufre un padecimiento a causa de la enfermedad, está sometida a un desequilibrio o desajuste biopsicosocial que conlleva la descompensación de los mecanismos defensivos y reguladores que controlan las funciones del organismo. El fracaso de estos mecanismos, supone luchar por la adaptación a un nuevo estado, intentando ayudar a la naturaleza a desembarazarse de los aspectos negativos que limitan su camino hacia la curación.

El análisis de ansiedad que vamos a realizar es sobre un adolescente con un proceso tumoral endocraneal. En este caso la enfermera enfoca su estudio y cuidado desde una perspectiva holística. En función del déficit de auto cuidados que presente el paciente, y siguiendo el modelo de la Teoría General del Déficit de Auto cuidados, la enfermera abordará sus intervenciones a través del sistema de ayuda compensatorio total, parcial o educativo. Esto implica, también, un conocimiento de la fisiopatología de la enfermedad y de las distintas reacciones del organismo, necesario para poder resolver los problemas físicos y psicosociales del paciente, brindándole el apoyo, cuidado y ayuda precisos tanto a él como a su familia, dirigidos primordialmente a reducir el miedo y la ansiedad que acompañan a la mayoría de las enfermedades, y que están siempre presentes en las enfermedades oncológicas.

2.- OBJETIVOS.

Reconocer e identificar situaciones desadaptativas de la enfermedad.

Utilizar criterios reales para el diagnóstico de enfermería ante la ansiedad.

Manejar los efectos psicológicos y emocionales en el paciente con ansiedad.

Determinar los cuidados sobre la ansiedad real y potencial para ayudar al paciente y su familia a afrontar la situación.

3.-MATERIAL Y MÉTODO.

Realización de un “estimado de salud” que nos evidencie la situación de R.S.M. y su familia.

Análisis de la etapa de desarrollo de R.S.M. a la luz de las teorías de Piaget y Erickson.

Establecimiento del nivel de ansiedad de R.S.M. según Peplau.

Elaboración del diagnóstico de enfermería siguiendo los criterios de la NANDA.

4.- RESULTADOS OBTENIDOS.

4.1.- Estimado de salud del paciente.

R.S.M. de 16 años de edad, masculino, raza blanca, natural de Cádiz y vecino de San Fernando. Es católico practicante y estudiante de 1º de B.U.P., curso que repite por tercera vez. Sus aficiones favoritas son jugar con el ordenador, ver la TV y las acampadas al aire libre con un grupo de Scouts (él es un líder en esta organización).

Forma parte de una familia de cuatro miembros:

Padre de 45 años, de profesión armador, trabaja en la E. N. Bazán.

Madre de 41 años, trabaja por contratos temporales en A.F.A.N.A.S.

Hermana de 12 años, estudia E.G.B.

Todos excepto él gozan de buen estado de salud.

4.1.1.- ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES Y HOSPITALIZACIONES. (Informan los padres).

Fue un parto eutócico, con 3.8 Kg. de peso y 52 cm. de talla. La madre refiere que padeció las enfermedades propias de la infancia. Intervenido quirúrgicamente a los 6 años de fimosis y a los 9 años de vegetaciones adenoideas.

A los 4 años asistió a la consulta de una psicóloga por presentar un problema de dislexia. El diagnóstico "de palabra" fue celos por el nacimiento de la hermana. Posteriormente a los 5 años le llevaron a una psiquiatra infantil, la cual se sumo a la opinión de la psicóloga.

A los 11 años de edad visita a la psicóloga por un problema de dislalia, que confirma como causa de este problema la misma que a los 4 años.

Entre los 4 y 11 años lo llevaron a otro psicólogo por un problema de "atasco" en el habla (cuando hablaba se paraba y comenzaba con un "tic" en una pierna hasta que continuaba hablando). La opinión de psicólogo fue la misma que la de su compañera. No conservan ningún informe escrito.

Su nivel escolar fue bueno hasta que llegó a 1º de B.U.P., el cual repite por tercera vez en la actualidad. Le pusieron profesores particulares y ha pasado por tres institutos. En la última evaluación ha suspendido todas las asignaturas. Su madre refiere, no obstante, que él ha estudiado siempre bastante. Él ratifica lo de "bastante" pero no puede retener nada.

Ha seguido siempre una dieta normal aunque abundante, realiza una actividad normal, un sueño de aproximadamente 10 horas continuas, y que le gusta dormir con música.

Actualmente pesa 72.5 Kg. y mide 1.82 m.

En la familia no hay antecedentes de enfermedades del corazón, cáncer, o problemas endocrinos. Por parte del abuelo paterno hay historial de hipertensión.

4.1.2.- MOTIVOS DEL INGRESO.

11.01.94 Tuvo pérdida momentánea de la visión y posteriormente unos instantes de visión borrosa. Refiere que ese mismo día tuvo fuerte dolor de cabeza que cedió con analgésicos.

13.01.94 Diplopia que duró poco tiempo.

14.01.94 Cefaleas intensas que ceden con analgésicos.

16.01.94 Ingreso por aumentar las cefaleas.

17.01.94 Es intervenido de hidrocefalia triventricular. Se le realiza una derivación V.A.(ventricular aórtica) y se le coloca una válvula. Después de la intervención sufre un coma del cual sale (según cuenta él) al oír la voz de su enfermera, a la cual llama "su ángel", pues le salvo de una situación muy desagradable.

Tras la intervención al paciente se le realiza una T.A.C. y una R.M.N. con gadolinio.

Diagnóstico médico: Glioma de alto grado.

Tratamiento médico: Cobaltoterapia 1 sesión diaria.

Dexametasona 2 mg. IM c/24h.

Zantac 150 mg. 1 comp. c/12h.

Dieta basal.

4.1.3.- PROCESOS TUMORALES CRANEALES.

Los tumores intracraneales comprenden las neoplasias que de forma primaria o secundaria afectan a las estructuras intracraneales, nerviosas o no, así como los hamartomas, granulomas y malformaciones vasculares. En España, la incidencia de los tumores primitivos intracraneales se sitúa alrededor de 1 a 8 casos por 100.000 habitantes y año. Esta incidencia presenta un pequeño pico en la infancia, donde los tumores craneales más frecuentes son los gliomas de tronco y cerebelo, y meduloblastoma, siendo los gliomas los predominantes en los varones, como en el caso que nos ocupa.

Los tumores intracraneales dan lugar a síntomas y signos neurológicos que se dividen en focales y generales. Los tumores de crecimiento rápido y localizados cerca de las áreas motoras se manifiestan clínicamente mucho antes que los de crecimiento lento situados en regiones cerebrales relativamente silenciosas.

Los síntomas focales son producidos por la masa tumoral y también por el edema peritumoral e incluyen convulsiones focales, parestias, afasias, apraxias, agnosias, afección de pares craneales, etc. Los síntomas generales se atribuyen a un aumento de la presión intracraneal, e incluyen trastornos mentales, cefaleas, náuseas, vómitos, mareos, convulsiones generalizadas y papiledemas.

Los gliomas son tumores de la glándula pineal, que desencadenan los síntomas de hipertensión endocraneal. Son frecuentes en la primera década de la vida: al crecer, comprimen los tubérculos cuadrigémino superiores y desplazan el acueducto hacia delante. Otros síntomas frecuentes son dificultad para la mirada conjugada vertical (Síndrome de Parinaud) y dilatación de las pupilas con afección del reflejo fotomotor.

4.1.4.- ENTREVISTA Y EXPLORACIÓN FÍSICA.

La exploración física por aparatos es normal.

Neurológicamente no presenta alteraciones excepto en la coordinación al caminar, que hace con inseguridad, aunque no necesita ayuda.

La fuerza muscular está algo disminuida en ambos brazos, refiriendo que tiene sensación de pequeños calambres en ambos dedos meñiques.

4.1.5.- REPERCUSIÓN DE LA ENFERMEDAD SOBRE EL DESARROLLO.

Probablemente la enfermedad haya sido la causa que motivara el enlentecimiento en los estudios; el paciente hace referencia a su incapacidad de retener lo que estudiaba.

En la familia también ha tenido una repercusión importante, ya que ha obligado a los padres a permanecer en el hospital con el consiguiente abandono del hogar y de las rutinas habituales de la vida familiar. La hermana ha tenido que cambiar de domicilio, conviviendo con los abuelos maternos.

El paciente refiere que echa de menos a sus amigos y compañeros, aunque es visitado los viernes por un grupo de ellos que se desplazan al hospital para hacerle compañía.

A menudo habla de la necesidad de ganarle terreno a la enfermedad, mediante la acción de: comer más de lo habitual, evitar síntomas de depresión, cooperar con el equipo sanitario, y a su vez crear una atmósfera más agradable con sus padres.

Comenta que lleva muchos días en el hospital y que tiene ganas de curarse para volver a su vida habitual, aunque tiene miedo porque los médicos le dicen que su tratamiento es lento. Sin embargo, al hablar con él sobre si conoce su tratamiento, los efectos de éste o el propio diagnóstico, desvía la conversación hacia otros temas.

En la entrevista se aprecia un gran apoyo familiar: los padres son muy colaboradores, la madre permanece con él constantemente y el padre solo se ausenta el tiempo necesario para acudir al trabajo.

4.2.- Etapa de desarrollo de R.S.M.

La etapa de desarrollo donde se inicia la adolescencia es el período que transcurre entre la pubertad y la edad adulta. En esta etapa ocurren una serie de cambios fisiológicos, psicológicos y sociales que repercuten en el adolescente en la identificación de su imagen corporal e identidad personal y que trasciende a su entorno.

Si encuadramos el estudio de nuestro adolescente en el Marco Teórico de Piaget, observamos que se encuentra en la fase de operaciones formales, es decir, en esta etapa el adolescente está adquiriendo la capacidad de pensar, analizar, de plantearse su presente y planificar su futuro.

La comprensión y análisis que R.S.M. haga de su proceso tumoral es cuestionable, ya que no conoce conscientemente su evolución y pronóstico, y la información tanto médica como familiar no ayuda a que afronte y comprenda el problema abiertamente, puesto que dicha información solo representa una parte parcial del mismo.

R.S.M. se encuentra en un estado de expectación, incertidumbre e inseguridad, fruto de su padecimiento y de su etapa de desarrollo, que le impide plantearse tanto su presente como su futuro, generando sentimientos de miedo y ansiedad.

La hospitalización implica una serie de limitaciones, que van a originar, tanto en la conducta de los padres como en la del adolescente, una serie de reacciones y emociones que dan lugar a conductas adaptativas o desadaptativas.

Si abordamos nuestro adolescente dentro del Marco Teórico de Erikson, lo situamos en la quinta edad de desarrollo; en ésta debe enfrentar el sentido de identidad del ego contra el de confusión del rol.

En este aspecto, R.S.M., dado las características de desarrollo, se cuestiona su enfermedad, desconoce el tiempo que permanecerá enfermo, y no realiza actividades porque su rol es dependiente en la mayoría de sus actuaciones, ya que su familia decide la mayoría de las situaciones a las que debe enfrentarse, originando un estado de confusión e inseguridad, que le lleva a un aumento del miedo y la ansiedad. La familia, conocedora del pronóstico y evolución de la enfermedad, se encuentra en un estado de inseguridad, miedo e indefensión, aunque no pierde la esperanza de que quizás en el último momento todo puede cambiar.

Estas circunstancias son captadas por el adolescente que, aún cuando no las expresa directamente por temor a conmovier y preocupar a sus padres, si las percibe y vive en una atmósfera donde la ansiedad fluye hacia su familia y viceversa. Ambos experimentan con diferente intensidad estos sentimientos que van en razón de la mejoría o empeoramiento de su estado.

La manera en que a menudo el paciente trata de vencer la ansiedad y ganarle terreno a la enfermedad, es tratando de cubrir aquellas necesidades más apremiantes, como por ejemplo las necesidades alimentarias; para ello come con más apremio y más cantidad de lo habitual. Los padres, por su parte, se esmeran mostrando su dedicación y sobreprotección, tratando que el ambiente sea lo más normalizado posible, en contraste con la situación tan desesperada que se vive, lo que origina que la ansiedad vaya en aumento. Por otro lado los padres piensan que es mejor que su hijo no conozca la gravedad de su estado, aún cuando la resignación que muestra el adolescente y su mínimo interés por hacer preguntas sea, tal vez, por que siente que su estado es grave y, por tanto, se protege a través de su silencio e ignorancia.

4.3.- La ansiedad: un diagnóstico de enfermería.

Existen varias formas de exponer los diagnósticos de enfermería utilizando una serie de sistemas de diagnósticos. Uno de estos sistemas es el desarrollado por la NANDA. Así, en EE.UU., dentro del marco de las conferencias para clasificación de diagnósticos de Enfermería, se reconoció la ansiedad como tal diagnóstico en 1984. Este hecho, hace de la ansiedad un problema real o potencial susceptible de solución mediante acciones de enfermería.

El diagnóstico de enfermería consta de dos partes unidas por la frase "relacionado con". La 1ª parte determina la respuesta humana, es decir, el

modo en que el individuo responde ante un estado de salud, identificado por la enfermera durante la fase de valoración. La 2ª parte identifica los factores relacionados (etiología), es decir, los factores fisiológicos, psicológicos, socioculturales, ambientales o espirituales, que son la causa o que contribuyen a la respuesta manifestada por el sujeto.

Podemos definir la ansiedad como una respuesta fisiológica, psíquica y de conducta del organismo, que se produce de manera normal cuando éste percibe un peligro real o supuesto.

La hospitalización supone una suma de estímulos externos que hacen aumentar la ansiedad. El cambio de rol social, la enfermedad en sí misma, la incertidumbre, la inmovilización y otros aspectos que determinan la hospitalización, han sido estudiados por distintos autores (Raven, Freeman y Haley en 1982, Taylor en 1979, Rachman y Philips en 1975), llegando siempre a la conclusión de que el simple ingreso en un hospital hace aumentar la ansiedad.

Si la ansiedad es un diagnóstico de Enfermería, se debe dotar a sus profesionales de argumentos y criterios reales, no de sospechas para realizar el diagnóstico. Dichos criterios existen y consisten, bien en la medición de las funciones fisiológicas que se modifican con la ansiedad (T.A., Frec. cardíaca, Frec. respiratoria, sudoración, diarreas, etc.), bien en la aplicación de un cuestionario que nos permitirá medir su grado.

Podemos describir la ansiedad como un proceso de interpretación de un conjunto de estímulos externos, que dará lugar en el individuo a un conjunto de respuestas físicas y emocionales.

Brunner y Suddarth (1986), reconocen como amenazas precipitantes de la ansiedad, las siguientes:

Malestar por dolor, frío, fatiga, cambio de alimentación.

Amenaza general a la vida misma.

Amenaza a la integridad personal.

Exposición del cuerpo y vergüenza.

Privación de satisfacción sexual.

Interrupción del estilo de vida.

Rechazo o ridículo ante los demás.

Frustración de metas y expectativas.

Confusión e incertidumbre del presente y futuro.

Separación de la familia y amigos.

H. Peplau identifica cuatro niveles de ansiedad, y sus efectos en el individuo:

Ansiedad leve, asociada con el estrés del vivir diario. En este nivel la persona está alerta y su campo perceptual aumenta, lo que motiva el aprendizaje del individuo.

Ansiedad moderada: se produce un bloqueo de la periferia y su campo perceptual está algo reducido.

Ansiedad severa. El campo perceptual está bastante reducido. Su atención está dirigida hacia detalles específicos y no piensa en nada más.

El pánico: se asocia con terror y puede llegar hasta él. Envuelve desorganización de la personalidad.

Como hemos visto, la ansiedad puede ser expresada a través de unos cambios fisiológicos y de conducta. Una vez analizados y medidos estos cambios, podemos determinar el nivel de ansiedad de nuestro paciente.

Después de haber hecho el estimado de R.S.M., tanto su conducta como su funcionamiento fisiológico determinan que el paciente y su familia están pasando por un nivel de ansiedad severo. Debido a que el paciente se encuentra en la fase de adolescencia, es extremadamente vulnerable a las tensiones que provocan en él la enfermedad y la hospitalización.

Estaríamos de acuerdo con los distintos autores en el hecho de que la ansiedad se refiere a un estado emocional complejo, caracterizado por estados de sensación desagradable, que en nuestro caso es vivido subjetivamente y acompañado generalmente de miedo y temor, desencadenados por aquellas amenazas percibidas, y que se manifiestan por una reducción del campo perceptual de forma destacada.

R.S.M. se encuentra en una edad en que la conciencia de su propio cuerpo se agudiza. Debido a los tratamientos a los que se ve sometido y a su enfermedad, se está produciendo una pérdida de atractivo físico (caída de pelo) y una disminución de sus funciones físicas (problemas en el sistema locomotor); esto lleva a que el enfermo centre toda su ansiedad en estos problemas, no reconociendo la gravedad de su enfermedad oncológica y encubriendo el resto de los problemas.

Tras la realización del estimado de R.S.M. y el análisis de sus niveles de ansiedad hemos identificado los siguientes diagnósticos de Enfermería:

Ansiedad relacionada con una falta de conocimientos sobre su proceso patológico.

Ansiedad relacionada con las relaciones con su familia.

Ansiedad relacionada con la separación de sus iguales.

Ansiedad relacionada con la pérdida de imagen.

5.- CONCLUSIONES.

La ansiedad es un fenómeno que se vive de forma universal: todas las personas en algún momento de la vida la padecen.

El manejo de las etapas de crecimiento y desarrollo son muy importantes en el conocimiento de la conducta humana, por lo que conocer las características propias de la etapa adolescente nos ayudará a comprender ciertas conductas ansiosas producto de esta etapa.

La enfermedad es fuente generadora de ansiedad, que afecta a los tres niveles de la persona: biológico, psicológico y social.

La hospitalización, el aislamiento a que están sometidos, afecta a los niveles de ansiedad tanto del adolescente como de su familia.

Nuestro paciente necesita mantener un equilibrio entre sus resoluciones y la ansiedad, para lograr la adaptación, conseguir un bienestar y dar sentido a su

vida. Por ello se deben emprender medidas que reduzcan la ansiedad a través del conocimiento de su situación, limitaciones, y posibilidades de autorrealización como persona, lo que le permitirá luchar de forma consciente por un bienestar hasta “donde sea posible”.

Son tres los puntos en los que tenemos que basar sus cuidados sobre ansiedad:

Ganar la confianza del paciente.

R.S.M. y su familia deben ser orientados a autorreconocer su ansiedad.

El paciente y familia serán orientados en el empleo de técnicas que hagan disminuir la ansiedad.

6.- BIBLIOGRAFÍA.

- FARRERAS ROZMAN: Medicina Interna. Ed. Doyma. Barcelona, 1992.
- IYER, P. W. y cols.: Proceso de enfermería y Diagnóstico de enfermería. Ed. Interamericana-McGraw-Hill. Madrid, 1993.
- JAY H. STEIN: Medicina Interna. Tomo II. Ed. Salvat. Barcelona, 1990.
- MAIER, H.: Tres teorías sobre el desarrollo del niño: Erikson, Piaget, Sears. Amorrortu editores. Buenos Aires, 1979.
- BARRERA MONCADA, G.: Psicopediatría: Problemas psicológicos del niño en la práctica diaria. Ed. Salvat. Barcelona, 1987.
- MAYOR SÁNCHEZ, J. y cols.: Psicología evolutiva. Ed. Anaya. Madrid, 1989.
- MENENDEZ BALAÑA, F. J.: Estudio de la conducta. Universidad Nacional de Educación a Distancia. Madrid, 1980.
- PEPLAU, H.: Relaciones interpersonales en enfermería. Ed. Salvat. Barcelona, 1990.
- TAPTICH, B.: Diagnóstico de enfermería y Planes de Cuidados. Ed. McGraw-Hill/Interamericana.

TITULO: “Aplicación de una metodología de Diagnosticos Enfermeros en una Zona Básica de Salud”:

AUTORES: Fernández,P./ Gómez,C./ Martínez,A./ Rico,M./ Urrea, M.L.

CENTRO DE TRABAJO: Centro de Salud Fronteras. Torrejón de Ardoz. Madrid.

PRESENTACIÓN

Buenos días:

En primer lugar, quiero agradecer a los organizadores de este Congreso el que hallan echo posible este encuentro y muy especialmente al Comité Científico por haber considerado de interés nuestra aportación.

Sin más, voy a dar comienzo a la comunicación titulada: “aplicación de una metodología de diagnósticos enfermeros en una zona básica de salud”.

Esta comunicación tiene el siguiente CONTENIDO:

- Introducción
- Objetivos
- Material y Método
- Resultados
- Conclusiones.

INTRODUCCIÓN

Fruto de la inquietud y de la necesidad de desarrollo de la enfermería en España, los profesionales de enfermería del Área III de Madrid, elaboraron un catálogo de diagnósticos enfermeros en el que se recogen los problemas más comunes que identifican las enfermeras en la práctica asistencial.

Las etiquetas diagnósticas que se incluyen en este catálogo están enunciadas según la taxonomía NANDA, en algunos casos son más específicas y otras han sido elaboradas por los propios profesionales. Estas etiquetas diagnósticas se clasifican en 8 áreas de cuidados

Tras tres años de aplicación de esta metodología en el trabajo diario de las enfermeras de una Zona Básica de Salud, este estudio pretende describir y difundir los resultados obtenidos.

OBJETIVOS

GENERAL: Describir los resultados de la aplicación de una metodología de diagnósticos enfermeros durante tres años en una Zona Básica de Salud.

ESPECÍFICOS:

Describir las características de la población donde se han identificado problemas enfermeros.

Describir la utilización del Proceso de Atención de Enfermería para la identificación y tratamiento de los problemas enfermeros.

3. Describir la eficacia de esta metodología en la resolución de los problemas enfermeros planteados.

MATERIAL Y MÉTODO

Tipo de Estudio: Descriptivo-retrospectivo

Ámbito de Estudio:

- Temporal: 1995-Febrero 1998

- Geográfico: Comprende una Zona Básica de Salud, correspondiente al Centro de Salud "Fronteras", de Torrejón de Ardoz (Madrid). Este esta constituido por los Equipos de Atención Primaria "Fronteras I" y "Fronteras II", en turnos de mañana y tarde.

Población a estudio:

La población objeto de este estudio la compone los diagnósticos enfermeros formulados y registrados en las Historias Clínicas por las enfermeras de los equipos de Fronteras I y II, desde 1995 a Febrero de 1998. La muestra fue obtenida a través de muestreo aleatorio simple, $n = 309$.

METODOLOGÍA

Para poder llevar a cabo los objetivos planteados, elaboramos una plantilla, para poder proceder a una recogida de datos unificada, operativa y objetiva, mediante revisión de historias clínicas. La plantilla consta de 9 ítems:

3 van dirigidos a recoger información acerca de las características de la población.

6 van dirigidos a recoger información acerca del Proceso de Atención de Enfermería: valoración, diagnóstico, planificación, evaluación, alta y problema identificado.

Una vez obtenido todos los datos se procedió al análisis de los mismos, utilizando como base de datos y tratamiento estadístico el programa Epi Info 6.0.

RESULTADOS:

Del total de los diagnósticos estudiados, el 72,5% han sido realizados a mujeres mientras que el 27,5% ha sido a hombres. En cuanto a la edad, un 49,3% corresponde a personas > de 65 años; un 24,8% a personas entre 50-64 años; un 14,3% a personas entre 35-49 años; un 7,4% a personas entre 20-34 años y un 4,2% a personas < de 20 años

El estudio se ha realizado en un total de 309 diagnósticos enfermeros, de los cuales, el 78,3% corresponden a pacientes que acudían a consulta programada

de enfermería antes de la formulación del problema, para seguimiento de Programas de Salud (HTA, Diabetes, Hiperlipemias,...) o están incluidos en el Programa de Visita Domiciliaria. El 21,7% restantes de los diagnósticos han sido formulados a pacientes que han acudido de forma espontánea a la Consulta de Enfermería o han sido captados por la enfermera sin estar incluidos en un Programa de Salud.

En la casi totalidad de los problemas diagnosticados, el 95,8%, aparece registrado, previo a la formulación del diagnóstico la valoración de enfermería, y solo en un 4,2% no aparece registrada.

Un 67,6% de los diagnósticos han sido formulados según el formato PES (Problema-Etiología-Signos y Síntomas), destacando que en el 32,4% restantes no aparecen registrados los signos y síntomas, por lo que se ha considerado como una formulación incorrecta.

En el 91,6% de las historias aparece registrado los objetivos y actividades pactadas entre la enfermera y el paciente.

En cuanto al seguimiento del plan de cuidados en el 83,5% de las historias sí aparece registrada la evolución en al menos una o más visitas sucesivas. En el 16,5% no aparece registrado.

En cuanto al tipo de diagnóstico, el 48% corresponde a problemas de alimentación (Alteraciones en la nutrición por exceso, inadecuada adhesión al régimen dietético,...), el 12,8% a problemas de eliminación (estreñimiento...), el 5,5% a problemas en el sueño (incapacidad para conciliar el sueño,...), el 7,4% adhesión inadecuada al tratamiento farmacológico... el 2,6% a problemas en la respiración (respiración ineficaz...), el 2,9% a adhesiones inadecuadas al tratamiento con inhaladores. El resto de los diagnósticos formulados están presentes en menos del 1%.

En cuanto al registro del alta del diagnóstico formulado, destacar que el 45,6% de las historias no aparece registrado de forma específica dicho alta. En un 15,2% si aparece dicho registro: en un 12% por cumplimiento de los objetivos y en un 3,2% por no cumplimiento. El 19,7% de los pacientes no acuden a las visitas de seguimiento del plan de cuidados pactado. En 60 de los 309 casos no procede alta de enfermería en el momento del estudio, pues el plan de cuidados planificado continúa.

CONCLUSIONES

La mayor parte de las personas objeto de diagnósticos de enfermería son de sexo femenino y con una edad superior a los 50 años ya incluidos en algún Programa de Salud.

Así los cuidados derivados de la formulación de problemas enfermeros utilizando una metodología diagnóstica, se dirigen a un tipo de población, que

ya acudía a la enfermera por otros motivos, y no ha repercutido sobre la población general.

Esto nos lleva a destacar la necesidad de ampliar la captación de la enfermera a distintos grupos de población para la promoción de los auto cuidados y desarrollo de estilos de vida saludables, orientando así el trabajo enfermero no solo hacia el cuidado en la enfermedad sino hacia la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Creemos importante destacar el alto grado de registro de las diferentes fases del proceso de atención de enfermería (PAE), lo que nos hace deducir la importancia de esta metodología como proceso de pensamiento en la resolución de problemas enfermeros.

En el 32,4% de los diagnósticos no están formulados según el formato PES, siendo los signos y síntomas los que no están presentes. Queremos destacar la importancia de formular el diagnóstico correctamente siguiendo dicho formato, pues es el más reconocido y recogido en la bibliografía ya que nos va a permitir plantear unos objetivos específicos partiendo de la etiología y cuyas manifestaciones (signos y síntomas) nos permitirán evaluar el problema identificado.

La mayor parte de la población atendida por la enfermera en la consulta de A.P se corresponde con pacientes crónicos para seguimiento de su enfermedad: adhesión a dieta y al tratamiento farmacológico principalmente. Lo que explica que la mayor parte de los diagnósticos identificados correspondan al área de alimentación.

Por último, este estudio nos ha permitido ver el punto en el que nos encontramos e identificar los errores que cometemos, dando así la oportunidad de avanzar y nos guía hacia la consulta a demanda

La unificación de un lenguaje entre los profesionales, va a permitir delimitar el campo de actuación, identificando respuestas humanas a través del diagnóstico enfermero, enunciando objetivos, planificando y ejecutando actividades para su posterior evaluación.

Teniendo en cuenta que la elección de un modelo delimita el campo de actuación y que a través del diagnóstico enfermero permite no solo la unificación de un lenguaje sino también la unificación de actuación, Casi en la mitad de los problemas detectados no aparece registrado alta, lo que nos lleva a pensar, que al ser atendidos los usuarios por otras razones, nos olvidamos del diagnóstico enfermero, o que no estamos acostumbrados a utilizar el alta para indicar el fin del proceso.

Como conclusión final este estudio nos ha permitido ver el punto en el que nos encontramos e identificar los errores que cometemos y nos anima a seguir profundizando en los diagnósticos enfermeros que nos permitan definir y orientar el trabajo enfermero en la practica asistencial.

TÍTULO: “El Proceso desde el principio hasta lograr que el Diagnóstico sea un instrumento de trabajo”.

AUTORES: Carrascal, E. / Tina, P. / Saracíbar, I. / Serrano, R.

CENTRO DE TRABAJO: Clínica Universitaria. Universidad de Navarra.

INTRODUCCIÓN.

A finales de la década de los 80 existía en el equipo de enfermería la percepción de que algo debería mejorar en el modo de *cuidar* a los pacientes. Tuvimos en cuenta las características de nuestra Clínica, se realizan tratamientos y estudios diagnósticos con frecuencia complejos, la estancia del paciente es corta y además al ser un hospital universitario, contamos con la presencia de alumnos de enfermería y de medicina. Fue así como nos planteamos ¿qué hacer y ¿cómo iniciar el *cambio*?

Comenzamos por estudiar los documentos de enfermería, con el fin de analizar las actividades realizadas por las enfermeras en su trabajo diario. Vimos que los cuidados se establecían basándose en la intuición y en la experiencia clínica, pero sin una metodología, que permitiera conocer el motivo por el que se había establecido, o bien se suprimía o continuaba realizándose, hasta el alta del paciente. Decidimos en el año 1.988-89 implantar el Proceso de Atención de Enfermería en una Unidad de Medicina Interna y otra de Cirugía Cardiovascular. Los pasos dados fueron los siguientes:

1. Cambios en la **organización del trabajo** de enfermería. Se asignó un número de pacientes a cada enfermera y se unificaron los registros de enfermería en una única carpeta para cada enfermo. La actividad de enfermería se centra en la valoración del paciente, planificación y ejecución de los cuidados, manejando los documentos de enfermería de forma integrada y delegando los aspectos burocráticos y de colaboración en las auxiliares de enfermería.
2. Cambios en la **documentación de enfermería** que nos sirvieran de base para obtener una metodología de trabajo más lógica y científica y que en un futuro nos permitiera unificar los registros de enfermería, e informatizar los cuidados. Iniciamos la planificación de los cuidados de enfermería utilizando inicialmente solo 37 etiquetas diagnósticas de la NANDA y clasificamos los cuidados de enfermería según Campbell: valoración /observación, terapéuticos y de educación /salud.
3. **Soporte educativo.** Se precisó de un apoyo *continuado*, para adquirir los conocimientos necesarios sobre el PAE y lograr que valoren el método científico como algo esencial, y a la vez, adquieran la destreza necesaria en su aplicación en la práctica diaria.

RESULTADOS

El objetivo final de la implantación del PAE, es que la enfermera asuma científicamente el cuidado y la documentación de cada paciente. Deseamos lograr una plantilla adiestrada en el método, que justifique conceptualmente las acciones de enfermería, preparando a cada profesional para ser un “factor de cambio” en el lugar de trabajo.

Logros

*Organización del trabajo: **Hemos logrado que cada enfermera asuma el cuidado *integral* del paciente. Distribuir las cargas de trabajo de enfermería y fomentar el trabajo en equipo entre enfermeras, auxiliares y alumnas de enfermería**

***Documentación de enfermería:** Se ha conseguido una mejora en el nivel científico de las acciones de enfermería, identificar el campo propio y adiestrarse en la aplicación del diagnóstico de enfermería. Hemos obtenido una Guía de Cuidados Estandarizados y planes de cuidados de los procesos más frecuentes.

* **Mejora educativa:** Se ha establecido en la Unidad un programa de Formación Continuada que soporte conceptualmente la metodología en la práctica diaria

Retos

***Organización del trabajo:** Lograr que los tiempos máximos de la enfermera estén adscritos a la atención directa /indirecta del paciente, procurando minimizar el tiempo dedicado al paso de visita médica

***Documentación de enfermería :** Lograr que las enfermeras plasmen por escrito las fases de su atención al paciente y logremos su informatización futura

* **Lograr expertos:** Formar expertos en cada Unidad en la aplicación del PAE