

X jornada de trabajo AENTDE



Pensamiento crítico y taxonomías:
conocer, razonar y cuidar

RAZONAR **PENSAMIENTO CRÍTICO** **CONOCER**
NANDA enfermería **NIC** **NOC**
TAXONOMÍA erizaintza **CUIDAR**

8 y 9 de mayo de 2015

Salón de actos del Hospital Universitario Cruces
OSI Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces

Ponencias y Comunicaciones

I.S.B.N.:

Edita: AENTDE

Feixa Llarga, s/n L'Hospitalet de Llobregat

Barcelona



Licencia Creative Commons

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

Cómo citar este libro:

Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería. AENTDE.
(Editores).

X Jornada de trabajo AENTDE. "Pensamiento Crítico y taxonomías: conocer, razonar y cuidar".
Bilbao 2014.

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

A Marjory Gordon, *in memoriam*.

EL INDICE

El Índice	4
Los Comités	7
Los Ponentes.....	12
Sra. Susana Martín Iglesias.....	13
Dra. Judith Roca Llobet	13
Dra. Anna Falcó Pegueroles.....	14
Sra. Esperanza Zuriguel Pérez.....	14
Dr. Miguel Ángel Escobar Bravo.....	15
Dra. Antonia Arreciado Marañón	15
Dra. Maria Cònsul I Giribet	16
Las Conferencias	17
REFLEXIÓN EN TORNO AL CONCEPTO DEL PENSAMIENTO CRÍTICO Y EL PENSAMIENTO CRÍTICO EN ENFERMERÍA.....	18
TALLER 1: ¿CÓMO MEDIMOS EL PENSAMIENTO CRÍTICO? ANÁLISIS DE LOS ASPECTOS MÉTRICOS Y METODOLÓGICOS PARA EL DESARROLLO DE HERRAMIENTAS FIABLES	24
TALLER 2: FOMENTANDO EL PENSAMIENTO CRÍTICO EN LA PRÁCTICA ASISTENCIAL	27
TALLER 3: LA ACTITUD DEL PENSADOR CRÍTICO COMO FUNDAMENTO PARA LA GENERACIÓN DE EVIDENCIA CIENTÍFICA	31
TALLER 4: LA PROMOCIÓN DEL PENSAMIENTO CRÍTICO EN LA FORMACIÓN ENFERMERA	35
Los Pósteres	40
UNIDAD DE PSICOSIS REFRACTARIA: DE QUÉ HABLAMOS CUANDO HABLAMOS DE ACTIVIDADES	41
ASPECTOS PSICOLOGICOS EN EL PACIENTE OSTOMIZADO: PLAN DE CUIDADOS ...	50

ESTIMACIÓN DE LA COMPLEJIDAD DE CUIDADOS Y CARGA ASISTENCIAL ENFERMERA MEDIANTE EL USO DE TAXONOMÍAS	51
LACTANCIA MATERNA EFICAZ: REGISTRO DEL PROCESO ENFERMERO	57
PACIENTE PLURIPATOLÓGICO CRÓNICO COMPLEJO Y ENFERMERÍA DE ENLACE HOSPITALARIO. TAXONOMÍA-PENSAMIENTO CRÍTICO REFERENTE A UN CASO	60
PLANIFICAR CUIDADOS AL PACIENTE DIABÉTICO EN UN CENTRO DE SALUD	67
LESION MEDULAR. PLAN DE CUIDADOS	69
PROYECTO PROMETEO: PROCESO METODOLÓGICO ENFERMERO. IMPLANTACIÓN, CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES ENFERMERAS	71
PROYECTO PROMETEO. PRIMERA ACCIÓN DE MEJORA: HACIENDO VISIBLE EL PROCESO METODOLÓGICO ENFERMERO	80
PUNTO DE INFLEXIÓN EN EL SABER ENFERMERO: EL PENSAMIENTO CRÍTICO.....	84
COMPETENCIAS DE ESTUDIANTES DE ENFERMERIA PARA GENERAR Y APLICAR EVIDENCIA.....	86
PLAN DE CUIDADOS PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN PERSONAS CON EPILEPSIA.....	96
PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL: ESQUIZOFRENIA Y CONSUMO PERJUDICIAL DE TOXICOS	105
DE LAS MUSAS AL TEATRO: IMPLANTACIÓN DE LA APLICACIÓN DE GESTIÓN DE CUIDADOS ENFERMEROS OSANAIA	111
COEVALUACIÓN COMO MÉTODO DE APRENDIZAJE EN LA RESOLUCIÓN DE CASOS CLÍNICOS	113
EVALUACIÓN DE INDICADORES: ESCALAS DE LIKERT CON PUNTOS DE CORTE	115
ATENCIÓN DOMICILIARIA EN CUIDADOS CRÓNICOS: CASO CLÍNICO	117
PAE: ABORDAJE DE UNA SESIÓN DE HEMODIALISIS	119
PAE: PROTESIS DE RODILLA EN URPA.....	126
DE CÓMO UN CAMBIO EN UN PROCEDIMIENTO HA PRODUCIDO UN CAMBIO DE DIAGNÓSTICO ENFERMERO	131
TRADUCIENDO LA CORPORALIDAD. CASO CLÍNICO	136
PLAN DE CUIDADOS DEL FINAL TRANQUILO DE LA VIDA	145
HISTORIA CLÍNICA UNIFICADA: UN MISMO LENGUAJE PARA CUIDAR.....	151
EVALUACIÓN DE LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA EN EL DISPOSITIVO DE TRATAMIENTO ASERTIVO COMUNITARIO (TAC)	153
DIAGNOSTICOS ENFERMEROS EN UNIDADES QUIRURGICAS Y MÉDICAS	159

DIAGNÓSTICO ALTERADO: TENDENCIA A ADOPTAR CONDUCTAS DE RIESGO PARA LA SALUD.....	161
NOC CONTROL DEL RIESGO: ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR, EN PERSONAS CON DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO MENTAL GRAVE.....	163
EXPERIENCIA DE DOS ESTRATEGIAS DE IMPLANTACIÓN DE LOS PLANES DE CUIDADOS MEDIANTE UNA APLICACIÓN INFORMÁTICA DE GESTIÓN DE CUIDADOS (AIGC).....	165
AUTOMATIZACIÓN DEL DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA “RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA” COMO MEDIDA DE PREVENCIÓN EN LA APARICIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN.....	170
EVALUACIÓN DEL AUTOCUIDADO, CLAVE EN LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL.....	176
“ADIVINA CÓMO SE SIENTE”: UNA HERRAMIENTA EDUCATIVA PARA EL DESARROLLO DE LA EMPATÍA Y EL PENSAMIENTO CRÍTICO EN ALUMNOS DE GRADOS DE CIENCIAS DE LA SALUD	178
PLAN DE CUIDADOS DE UN PACIENTE CON UN TRASPLANTE ORTOTÓPICO DE HÍGADO EN LAS PRIMERAS 24 HORAS SEGÚN EL PROGRAMA ICIP (Intellivue Clinical Information Portfolio)	180
PLAN DE CUIDADOS EN EL TRASPLANTE RENAL INMEDIATO	182

LOS COMITÉS

COMITÉ DE HONOR

Excmo. Sr. Jon Darpon Sierra
Consejero de Salud y Consumo.

D. Alfonso García Alonso
Alcalde del Excelentísimo Ayuntamiento de Barakaldo

D. Iñaki Gorizelaia Ordorika
Rector de EHU-UPV

D. Jon Etxeberria Cruz
Director General de Osakidetza

Dña. M^a José García Etxaniz
Presidenta del Colegio de Enfermería de Bizkaia

D. Santiago Rabanal Retolaza
Gerente OSI Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces

COMITÉ ORGANIZADOR

PRESIDENTA

Rosa M^a Blanco Zapata

Adjunta de Docencia y Formación Continuada de Enfermería. OSI Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces

SECRETARIA

M^a Pilar Sánchez Rubio

Adjunta de Áreas Críticas. OSI Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces

VOCALES

Ana M^a Chueca Ajuria

Subdirectora-Asesora de Enfermería. Dirección General Dirección Asistencia Sanitaria Osakidetza

M^a Teresa Barrena Sarachaga

Directora de Enfermería. OSI Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces

M^a Felisa Fernández Gutiérrez

Subdirectora de Enfermería. OSI Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces

Verónica Ruiz Pereda

Adjunta de Hospitalización Quirúrgica. OSI Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces

Inmaculada Moro Casuso

Adjunta de Enfermería. OSI Barrualde-Galdakao

María Begoña Maña Montalvo

Enfermera. OSI Bilbao-Basurto

Rosa M^a Aguirre Aranaz

Enfermera Coordinadora Metodología de Cuidados. OSI Donostialdea

M^a del Coro Ruiz Villagarcía

Adjunta de Enfermería. Hospital Universitario Araba-Txagorritxu

Aitziber Ubis González

Enfermera. Hospital Psiquiátrico Araba

Garrastatxu Landaluze Okerantza

Enfermera. Equipo Técnico Consultor Proyecto NAIA. Osakidetza

Imanol Gago Alonso

Enfermero. Equipo Técnico Consultor Proyecto NAIA. Osakidetza

M^a Ángeles Cidoncha Moreno

Enfermera Responsable de Docencia e Investigación en Enfermería. Dirección General
Osakidetza

Saloa Unanue Arza

Profesora de la Escuela Universitaria de Enfermería. Leioa. Universidad del País Vasco

Susana Candela Casado

Técnico Superior de la Administración. Dirección General Osakidetza

María Ramos Márquez

Enfermera Responsable de Formación en Enfermería. Servicio Corporativo de Formación.
Dirección General Osakidetza

Rosario Fernández Flórez

Vicepresidenta de AENTDE

COMITÉ CIENTÍFICO

Junta Directiva de AENTDE

PRESIDENTA

Susana Martín Iglesias

SECRETARIO

José Luis Aréjula Torres

VOCALES

Roser Álvarez Miró

Dolors Giró Formatger

Teresa Lluch Canut

Ángel Martín García

Ana M^a Porcel Gálvez

Rosa Rifá i Ros

Roberto Rodríguez Rego

José Manuel Romero Sánchez

LOS PONENTES

SRA. SUSANA MARTÍN IGLESIAS



Licenciada en Antropología Social y Cultural, diplomada en Gestión de Servicios de Enfermería, experta en Metodología de la Investigación Clínica y Máster en Epidemiología y Salud Pública; es Responsable de Centros de Salud en la Dirección Asistencial Sur de Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud.

Ha desempeñado distintos puestos en el ámbito asistencial y de gestión sanitaria.

En el campo de las taxonomías enfermeras cabe destacar su contribución en el campo docente: ha impartido numerosos cursos de Metodología Enfermera, dirigidos a enfermeras de Atención Primaria y de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria.

También destaca su participación en sociedades científicas: es presidenta de AENTDE, vicepresidenta de ACENDIO y miembro del Diagnosis Development Committee de NANDA-International.

En el campo de la investigación ha participado como investigadora principal y como colaboradora en diferentes proyectos financiados y es coautora de numerosos artículos científicos.

DRA. JUDITH ROCA LLOBET



Doctora en Pedagogía por la Universidad de Barcelona, Máster Universitario de Especialización en Gestión y Metodología de la Calidad Asistencial, Máster Oficial en Investigación en Educación, Universidad Autónoma de Barcelona; es coordinadora de Grado en Enfermería en la Facultad de Enfermería de la Universidad de Lleida.

De su trayectoria como docente cabe señalar que ha sido profesora de Grado en Enfermería de la FCS Blanquerna, Universidad Ramón Llull y coordinadora del Postgrado en medicina y Especialidades

Pertenece a varios grupos de investigación: Red Iberoamericana de Investigación en Educación en Enfermería (RIIEE), Grupo de Estudios Sociedad, Salud, Educación y Cultura (GESEC), Grupo de Investigación en Cuidados de Salud (GRECS) del Instituto de Investigación Biomédica de Lleida (IRBLleida)

Es autora de publicaciones y capítulos de libros relacionados con el tema Pensamiento Crítico.

DRA. ANNA FALCÓ PEGUEROLES



Doctora en Ciencias Enfermeras por la Universidad de Barcelona (UB), Máster en Bioética y Derecho (UB), Máster Universitario en Atención al Enfermo Crítico y Emergencias; es profesora de Escuela de Enfermería, campus de Bellvitge, de la Universidad de Barcelona.

Es Vicedirectora de Escuela y Responsable de Relaciones Internacionales e Investigación.

En su faceta investigadora ha participado en diferentes proyectos financiados, en enfermería y en el ámbito de la innovación docente universitaria. Es miembro de distintos grupos de investigación: Grupo de Investigación Técnicas Estadísticas Avanzadas Aplicadas a la Psicología, miembro del Grupo Docente de Enfermería Orientado a Técnicas Educativas Innovadoras GIOTEI-UB, miembro del grupo ISMENTAL-CA y de la Red Catalana de Investigación en Atención de Enfermería en Salud Mental y Adicciones

Ha publicado numerosos artículos y es coautora de dos libros.

SRA. ESPERANZA ZURIGUEL PÉREZ



Máster en Liderazgo y Gestión de los Servicios de Enfermería; es enfermera referente en Metodología, Cuidados Enfermeros y Sistemas de Información en el hospital Vall d'Hebron.

En el ámbito de la docencia, es profesora de varios cursos de formación continuada y: Máster Universitario en Gestión de la Información y el Conocimiento en el Ámbito de la Salud, Máster de Cuidados Intensivos Neonatales y Pediátricos y Máster en Enfermería Quirúrgica de la Universitat Autònoma de Barcelona.

Como investigadora, en el campo del pensamiento crítico, es autora de distintas publicaciones y ha publicado varios capítulos de libros.

DR. MIGUEL ÁNGEL ESCOBAR BRAVO



Doctor en Salud Pública y Metodología de la Investigación Biomédica por la Universidad Autónoma de Barcelona, Máster en Nursing Science en la Universidad de Montreal y diplomado en Bioestadística por la Universidad Autónoma de Barcelona; es profesor de la Universidad de Lérida.

Ha sido profesor en distintas universidades catalanas, de materias relacionadas con metodología de la investigación.

Es evaluador en diversas agencias de financiación de proyectos de investigación, como el Fondo de Investigación Sanitaria (FIS) y ha participado en 12 proyectos financiados por agencias nacionales e internacionales.

Es miembro de distintos grupos de investigación como el Grupo Asesor de la Red Temática de Investigación Cooperativa en Cuidados a Personas Mayores (RIMARED), el Grup de Cures a la Gent Gran Dependent” (AGAUR), el grupo de la Universidad de Lleida “Envelliment Saludable” y del Grupo de Recerca de Cures de Salut (GRECS) del IRBLleida.

Ha publicado más de 30 artículos, en revistas científicas, dos libros y dos capítulos de libro.

DRA. ANTONIA ARRECIADO MARAÑÓN



Doctora por la Universidad de Barcelona, Máster en Ciencias de la Enfermería, licenciada en Antropología Social y Cultural y profesora de la Universidad de Barcelona.

De su actividad docente destaca su colaboración en la implementación y desarrollo del Aprendizaje Basado en Problemas (ABP) en la Escola Universitària d’Infermeria Vall d’Hebron, su participación en el Máster Interuniversitario de Investigación e Innovación en Cuidados Enfermeros, en el Postgrado y en el Máster de Cuidados Intensivos Enfermeros Neonatales y Pediátricos de la UAB y en el Postgrado de

Enfermería Quirúrgica de la UAB.

Es miembro del grupo interdisciplinario e interuniversitario de investigación básica y aplicada en ciencias sociales, humanas y de la salud, y de la Red Iberoamericana de Investigación en Educación en Enfermería.

Ha publicado artículos en numerosas revistas científicas.

DRA. MARIA CÒNSUL I GIRIBET



Doctora por la Facultad de Pedagogía de la Universidad de Barcelona, licenciada en medicina y cirugía, diplomada en enfermería y profesora del Grado de Enfermería de la Universidad Autónoma de Barcelona.

De su trayectoria como docente cabe destacar que ocupa distintos cargos ligados al ámbito académico en la Universidad Autónoma de Barcelona: Directora del Máster y Postgrado en Enfermería Quirúrgica, Vicedecana Académica de Docencia, Calidad y Evaluación, de la Facultad de Medicina y Directora del Máster y Postgrado en Enfermería Quirúrgica.

Es miembro del grupo de investigación Formación Docente e Investigación Pedagógica y de la Red Iberoamericana de Investigación en Educación en Enfermería.

Es autora de un libro, coautora de otro y tiene numerosas publicaciones en revistas científicas.

LAS CONFERENCIAS

REFLEXIÓN EN TORNO AL CONCEPTO DEL PENSAMIENTO CRÍTICO Y EL PENSAMIENTO CRÍTICO EN ENFERMERÍA

AUTORA

Dra. Judith Roca Llobet

El pensamiento es una competencia humana, la descripción etimológica la refiere como la facultad o capacidad de pensar. Pero debemos diferenciar entre habilidades de pensamiento y la competencia de Pensamiento Crítico (PC).

El pensar en la mayoría de las ocasiones se restringe a operaciones mentales de más o menos complejidad, siendo una actividad que requiere evidentemente esfuerzo e intencionalidad; “El pensamiento implica una actividad global del sistema cognitivo, con intervención de los sistemas de memoria, la atención de las representaciones o los procesos de comprensión, pero no es reductible a éstos. Se trata de un proceso mental de alto nivel que se asienta en procesos más básicos pero incluye elementos funcionales adicionales como estrategias, reglas y heurísticos”⁽¹⁾.

A tenor de este concepto, todos estaríamos de acuerdo en que el PC es ante todo razonamiento⁽²⁻⁴⁾, pero no sólo es razonamiento; sino que se dirige de forma clara hacia la acción, va más allá de elaborar una buena argumentación o un buen juicio, es imprescindible que muestre que sirve para algo; para resolver problemas o lograr nuestras metas⁽⁵⁾. Esta es la línea que desarrollaremos en esta ponencia, el PC vinculado a la cognición, y también a la metacognición como veremos más adelante, pero con una direccionalidad clara hacia la acción, sobrepasando así, el acto puramente de pensar. El PC no solo nos interroga sobre nuestro pensamiento sino también sobre nuestras acciones.

Algunas de las definiciones actuales de PC parten de la aportación de Ennis⁽⁶⁾ “*reasonable reflective thinking that is focused on deciding what to believe or do*”, definición que enlaza perfectamente con la idea expuesta con anterioridad “creer” (pensamiento) y “hacer” (acción), pero que además incorpora otros elementos esenciales a tener en cuenta. La decisión nos orienta hacia un propósito concreto y determinado. La decisión es el resultado de la acción de decidir, es decir, de elegir entre múltiples opciones después de un proceso intencionado donde se ha considerado aquello que preveremos más adecuado. Pero la razonabilidad de una decisión no implica únicamente racionalidad, y más atendiendo al contexto enfermero, dada la naturaleza de la práctica enfermera, que se mueve entre conceptos como la complejidad y la incertidumbre.

Como se nombraba inicialmente, el PC es una competencia así se recoge de forma parcial en una definición clásica elaborada por Glaser⁽⁷⁾ en 1941, el PC como un conjunto de actitudes, conocimientos y habilidades, que incluyen: actitud de indagación que implica capacidad de reconocer la existencia de problemas, el discernimiento en crear inferencias válidas, las abstracciones y generalizaciones; y las habilidades en la aplicación de las anteriores actitudes y conocimientos. A pesar de los múltiples matices que podríamos extraer del análisis de esta

definición, un elemento de relevancia radica en reconocer no solo las habilidades sino también las actitudes e incluso los conocimientos; como elementos que deben combinarse o se orquestan en el PC. Cabe destacar que la mayoría de autores de disciplinas como la psicología o la filosofía, no recogen los conocimientos en sus definiciones pero sí lo hacen autores de la disciplina enfermera^(4,8-9).

Se define el PC como competencia, por lo tanto debemos pararnos brevemente en definir este concepto. A partir del proceso de Bolonia el concepto competencia se ha introducido en la educación superior y paralelamente ha ido adquiriendo más presencia en el entorno profesional y laboral. Pero definir este concepto no es nada fácil, ya que la competencia igual que el PC es considerada por algunos autores como un constructo y presenta matices importantes según el ámbito de concreción. Producto de ello, se ha elegido una definición clásica e integradora, así pues, la competencia se define como un repertorio de comportamientos que integran aptitudes, rasgo de personalidad y conocimientos, que unas personas dominan mejor que otras y por lo tanto, las hacen más eficaces o competentes frente a una situación determinada⁽¹⁰⁾. La competencia se muestra en la acción (en el ser competente), por lo tanto, asociando alguna de las ideas ya nombradas podemos reafirmar la idea inicial expuesta que “la competencia del PC solo es definible en la acción”.

Actualmente no existe acuerdo en cómo clasificar las competencias ni sobre los tipos de competencias que existe. El PC se considera una competencia clave, se clasifica como una competencia genérica, con un marcado carácter de habilidad interpersonal. Se la conoce con diferentes nombres como capacidad de crítica y autocrítica y se asocia directamente con otras competencias de análisis y reflexión.

Así pues, una vez explorado brevemente el concepto de competencia retomamos los elementos que se entrelazan con la competencia del PC: habilidades, actitudes y conocimientos. En relación a las habilidades cognitivas, la comparación entre autores enfermeros y no enfermeros muestra como los autores enfermeros recogen la generalidad de la competencia mostrando además de forma clara y distintiva su especificidad. El pensamiento crítico en enfermería se equipara a la reflexión, la solución de problemas, la toma de decisiones, el juicio clínico y el razonamiento práctico, frente a formas específicas de razonamiento exclusivamente, en otros autores no enfermeros⁽¹¹⁾.

Al mismo tiempo, debemos destacar que el PC es capaz de activar las capacidades cognitivas para volverlas más eficientes al utilizarlas de la forma más adecuada; la forma de vehicularlo sería a través de la metacognición. Entendemos el proceso de metacognición como la capacidad de valorar las habilidades y recursos cognitivos inmersos en un proceso de reflexión; sería algo así como, “pensar sobre como pensamos”. Siendo la reflexión la que realmente nos ayuda a entender lo que creemos y los que hacemos, la reflexividad requiere un permanente retorno autoexaminador y autocrítico de la mente sobre sí misma⁽¹²⁾.

Las habilidades cognitivas comparten protagonismo con las actitudes que algunos expertos denominan como disposiciones. Se entiende la disposición como activador de las habilidades de pensamiento a través de actitudes, valores o inclinaciones. Algunas de las disposiciones

son detalladas de forma amplia por Alfaro Alfaro-LeFevre⁽⁴⁾: conscientes de sí mismo, genuino, disciplinado, saludable, autónomo y responsable, cuidadoso y prudente, confiado y resiliente, honrado y recto, curioso e inquisitivo, atento al contexto, analítico, lógico e intuitivo, abierto e imparcial, sensible a la diversidad, creativo, realista y práctico, reflexivos, proactivo, valiente, paciente y persistente, flexible, empático y orientado a la mejora.

Los conocimientos relacionados con el PC son conocimientos de acción y de comprensión vinculados al contexto enfermero. Destacar que sobre estos conocimientos operan las habilidades y las disposiciones, y es a través de la combinación de los tres elementos, cuando conseguimos dar con el resultado esperado en un contexto de práctica profesional enfermera⁽¹³⁾. Podríamos entender el PC como una habilidad cognitiva conjuntamente con una actitud o disposición que nos ayuda a manejar de forma más eficiente el conocimiento. Sobre la base de estas consideraciones, lo más importante no es el conocimiento que poseemos sino la capacidad de utilizarlo; el PC no solo es producto también es proceso.

A razón de lo explorado el PC tiene un enfoque claro hacia su utilidad, a partir de esta visión y la lectura detallada de diferentes autores; se define el PC como un proceso cognitivo y metacognitivo activo que conlleva elaboración de juicio intencionado y reflexivo que mediante la activación de habilidades, actitudes y conocimientos nos orienta hacia la solución de problemas, la decisión y la acción más eficaz⁽¹³⁾. De esta definición hemos detallado ya algunos aspectos, pero cabe resaltar que la activación de las habilidades, actitudes y conocimientos, supone ir más allá de poseerlos, ya que activarlos, predispone a movilizarlos o ponerlos en funcionamiento de forma integrada frente a la acción que consideramos más adecuada o eficaz.

De una forma genérica y a modo de síntesis de diferentes perspectivas, la utilidad del PC con la orquestación de los diferentes elementos constituyentes, nos permite: uno, pensar de forma estratégica; dos, analizar sistemáticamente toda la información relevante atendiendo al contexto específico; y tres, identificar los problemas y buscar las soluciones más adecuadas a partir de los resultados esperados.

En el contexto enfermero el PC media a través del Proceso de Atención de Enfermería (PAE), la solución de problemas y el método científico⁽⁴⁾. Concretamente en el PAE el razonamiento diagnóstico es altamente complejo por dos razones principalmente: una, la complejidad intrínseca en las respuestas humanas y dos, el proceso inferencial elaborado por la enfermera; otra vez destacamos la idea, de que el PC adquiere gran importancia tanto como instrumento como producto⁽¹⁴⁻¹⁵⁾. El proceso de razonamiento, en la búsqueda de la precisión diagnóstica, requiere de diferentes formas del mismo, siendo básicamente inductivo, además, de práctico, y en menor medida deductivo.

Pero es durante todo el proceso enfermero donde la enfermera muestra capacidad de análisis, de inferir, de resolver problemas y de tomar decisiones, lo cual, se debe acompañar de una actitud abierta, flexible, curiosa, íntegra, creativa, perseverante y reflexiva; estando todos estos elementos vinculados al PC, tal y como se ha detallado anteriormente⁽¹³⁾.

El PC es importante tanto en la formación como en la práctica profesional de los profesionales de la salud⁽¹⁶⁾. En referencia a la formación existe un marco normativo y/o legal que reconoce el valor del PC, desde el Proyecto Tuning, al Libro Blanco del Título de Grado en Enfermería hasta el Marco Español de Cualificaciones para la Educación Superior (MECES) pero además existe acuerdo sobre la importancia de contemplar esta competencia en la formación enfermera, por su relación en la capacitación de profesionales analíticos, críticos y participativos^(17,18). Reconociendo no solo su valor profesional, sino también personal y social.

En este propósito debemos recordar que el PC es un pensamiento de orden superior, el cual, puede mejorar a través del entrenamiento. Aquí radica la importancia del modelo de enseñanza y de las estrategias docentes a utilizar en la formación enfermera. Los modelos actuales buscan abandonar la formación tradicional acumuladora y receptiva de información por modelos más focalizados en el aprendizaje y en la práctica. En esta línea Lipman⁽¹⁹⁾, en su obra Pensamiento complejo y educación, nos plantea dos paradigmas de la práctica educativa que se recogen en la Tabla 1: Paradigmas del proceso educativo:

Tabla 1: Paradigmas del proceso educativo

Paradigma estándar	Paradigma reflexivo
La educación es transmisión de conocimientos de los que saben	La educación es el objetivo de la participación por indagación guiada por el profesor, cuyas metas son comprensión y buen juicio
El conocimiento es sobre el mundo y es preciso, inequívoco y no-misterioso	Se anima a los estudiantes a pensar sobre el mundo, el conocimiento se revela como ambiguo, equívoco y misterioso
El conocimiento se distribuye por disciplinas que no se sobreponen, pero juntas abarcan todo el mundo a conocer	En el interior de las disciplinas se generan procesos indagativos y pueden yuxtaponerse entre ellas
El profesor tienen un papel autoritario en el proceso educativo y se esperan que los estudiantes conozcan lo que él conoce	El profesor adopta una posición de falibilidad frente al autoritarismo
Los estudiantes adquieren conocimiento mediante datos e información	Se espera que los estudiantes sean reflexivos y pensantes, que incrementen su capacidad de razonar y de juicio

La asunción del paradigma reflexivo permite hacer frente al desafío de los saberes universitarios, ya que plantean un verdadero reto en la enseñanza y el aprendizaje universitario por diversas razones: una, cada vez los conocimientos son más extensos; dos, el conocimiento

presenta una tendencia a la fragmentación y la especialización; y tres la producción es cada vez más acelerada por lo que la obsolescencia crece⁽²⁰⁾. La formación no solo se preocupa de la transmisión de conocimientos sino del desarrollo de competencias, la persona debe saber pero también “saber ser”, “saber hacer” y “saber estar” en el ejercicio de su profesión. Desde la óptica del estudiante, un aprendizaje de estas características demanda metodologías que propicien la reflexión sobre lo que hace, cómo lo hace y qué resultados logra, para ser capaz de utilizarlo como estrategia de mejora de su propio desempeño, desarrollando con ello la competencia más compleja de todas: la de aprender a aprender con sentido crítico sobre su actuación⁽²⁰⁾.

Entre las estrategias docentes relacionadas con el PC destacan las actividades de razonamiento, la simulación, el estudio de caso, la enseñanza basada en la solución de problemas, el mapa conceptual, el diario reflexivo y la enseñanza-aprendizaje interactivo⁽²¹⁻²³⁾.

Concretando un poco más en relación al PC y el ejercicio profesional, las enfermeras pueden proporcionar los cuidados de calidad cuando dominan adecuadamente el razonamiento crítico, el cual les permite utilizar el conocimiento cuando brindan servicios de salud; siendo imprescindible para usar los elementos propios del cuidado de enfermería como son el diagnóstico, la selección de los resultados y de las intervenciones⁽¹⁴⁾. Asimismo en la práctica asistencial el PC contribuye al desarrollo del PAE y en ofrecer un cuidado enfermero de calidad, tal y como hemos nombrado, pero también favorece el ejercicio de la profesión basada en la evidencia; evaluación, autoconocimiento y mejora permanente; y por último, adaptación a los cambios⁽¹³⁾.

A modo de síntesis, detallar la visión del PC como competencia y como tal vinculada a la acción. Concretamente en enfermería combina tanto elementos de generalidad (razonamiento, solución de problemas, toma de decisiones) como de especificidad (juicio clínico, razonamiento específico vinculado al PAE).

BIBLIOGRAFÍA

1. Allueva P. Conceptos Básicos Sobre Metacognición. Desarrollo De Habilidades Metacognitivas: Programa De Intervención. Zaragoza: Consejería De Educación Y Ciencia; 2002. P. 59–85.
2. Paul R, Elder L. La Mini-Guia Para El Pensamiento Crítico. Conceptos Y Herramientas [Internet]. Fundación Para El Pensamiento Crítico. 2003 [Cited 2015 Apr 1]. Available From: <https://www.criticalthinking.org/resources/pdf/sp-conceptsandtools.pdf>
3. Facione P. Pensamiento Crítico: ¿Qué Es Y Por Qué Es Importante? [Internet]. 2007 [Cited 2015 Apr 1]. Available From: <http://www.eduteka.org/pdfdir/Pensamientocriticofacione.pdf>
4. Alfaro-Lefevre R. Pensamiento Crítico Y Juicio Clínico En Enfermería. Barcelona: Elsevier; 2009.
5. Saiz C, Fernández S. Pensamiento Crítico Y Aprendizaje Basado En Problemas Cotidianos. Redu. 2012; 10(3): 325–46.
6. Ennis R. Critical Thinking: A Streamlined Conception. Teach Philos. 1991;14(1):5–24.

7. Glaser E. Defining Critical Thinking [Internet]. An Experiment In The Desenvopment Of Critical Thinking. 1941 [Cited 2015 Apr 1]. Available From: <Http://Www.Criticalthinking.Org/Pages/Defining-Critical-Thinking/766>
8. Isaacs Lg De. Critical Thinking Patterns In Students After Exposure To An Integrated Model Of Nursing Education. Invest Educ Enferm; 2010; 28: 363–9.
9. Roca J. El Pensamiento Crítico En Enfermería: Análisis Del Rol Y Los Componentes De Una Competencia Clave. Trabajo Fin De Máster. Universitat Autònoma De Barcelona; 2010.
10. Levy-Leboyer C. Gestión De Las Competencias. Barcelona: Gestión; 1997.
11. Raymond-Seniuk C, Profetto-Mcgrath J. Can One Learn To Think Critically? - A Philosophical Exploration. Open Nurs J.2011;5:45–51.
12. Morin E. La Vía Para El Futuro De La Humanidad. Barcelona: Paidós; 2011.
13. Roca J. El Desarrollo Del Pensamiento Crítico A Través De Diferentes Metodologías Docentes En El Grado En Enfermería. Tesis Doctoral. Universitat Autònoma De Barcelona; 2013.
14. Lunney M. Razonamiento Crítico Para Alcanzar Resultados De Salud Positivos. Análisis Y Estudio De Casos De Enfermería. Elsevier. Barcelona; 2011.
15. Brito P. La Presición Diagnóstica En Enfermería. Metas De Enferm. 2012;15(6):59–64.
16. Coromina E, Saurina C, E V. Adequació De La Formació Universitària Al Mercat De Treball. Anàlisi De Tres Cohorts De Graduats A Catalunya. Barcelona: Agència De La Qualitat Del Sistema Universitari De Catalunya; 2010.
17. Carriles M, Oseguera J, Díaz Y, Gómez S. Efecto De Una Estrategia Educativa Participativa En El Desarrollo Del Pensamiento Crítico En Estudiantes De Enfermería. Enfermería Glob. 2012;26:136–45.
18. Waterkemper R, Do Prado MI, Medina Jlm, Reibnitz Ks. Development Of Critical Attitude In Fundamentals Of Professional Care Discipline: A Case Study. Nurse Educ;34(4):581–5.
19. Lipman M. Pensamiento Complejo Y Educación. Madrid: Ediciones La Torre; 1998.
20. Fernández A. Metodologías Activas Para La Formación De Competencias. Educ Siglo Xxi; 2006;24:35–56.
21. Crosseti M, Bittencourt G, Schaurich D, Tanccini T, Antunes M. Estratégias De Ensino Das Habilidades Do Pensamento Crítico Na Enfermagem. 2009;30(4):732–41.
22. Waterkemper R, Do Prado M. Estratégias De Ensino-Aprendizagem Em Cursos De Graduação Em Enfermagem. Av.Enferm. 2011;Xxix(2):234–46.
23. Zuriguel E, Lluch Mt, Falcó A, Puig M, Moreno C, Roldán J. Critical Thinking In Nursing: Scoping Review Of The Literature. Int J Nurs Pract.2014;(li):119–29

TALLER 1: ¿CÓMO MEDIMOS EL PENSAMIENTO CRÍTICO? ANÁLISIS DE LOS ASPECTOS MÉTRICOS Y METODOLÓGICOS PARA EL DESARROLLO DE HERRAMIENTAS FIABLES

AUTORA

Dra. Anna Falcó Peguerols. annafalco@ub.edu

Departamento de Enfermería Fundamental y Medicoquirúrgica. Escuela de Enfermería.
Universidad de Barcelona

Tal como afirmó Lunney¹ en el contexto de la práctica clínica enfermera, el conocimiento es necesario pero no suficiente para proporcionar cuidados de salud apropiados, puesto que la capacidad de razonar y usar eficazmente el conocimiento, esto es pensar críticamente, es esencial. Ciertamente, se trata de algo imprescindible para la enfermería de práctica avanzada, aunque se constata que el pensamiento crítico (PC) es un constructo complejo de definir tanto desde una perspectiva conceptual como empírica. En relación a la primera, existen varias definiciones de PC aunque, tal como afirman Zuriguel y otros², estas coinciden en identificarlo como un proceso cognitivo que incluye un análisis racional y reflexivo de la información para permitir una mejor toma de decisiones y, aplicado en el contexto clínico, la garantía de una precisión diagnóstica y una mejor calidad de los cuidados enfermeros.

En relación a la segunda, la perspectiva empírica, se constata que desde hace más de veinte años hay un interés en intentar analizar la capacidad de PC de los profesionales y de los estudiantes de enfermería. La generación de instrumentos y su análisis sobre hasta qué punto son fiables y válidos para poder medir de forma lo más precisa posible el PC es necesario para poder disponer de evidencia científica sobre el tema.

En la línea de estas cuestiones, el objetivo del Taller es introducir al participante en los principales conceptos métricos básicos en relación a los instrumentos más utilizados para medir el PC y analizar dichos instrumentos desde la perspectiva de su aplicabilidad real. Estos conocimientos facilitan la comprensión y selección de los instrumentos para realizar estudios que pretendan explorar el PC en muestras de sujetos.

Partimos del hecho que el PC es, fundamentalmente, un conjunto de actitudes y habilidades estratégicas para llegar a una meta u objetivo específico³⁻⁵; que se encuentra influenciado por determinadas variables y que en la práctica clínica está vinculado a la precisión diagnóstica. Pero ¿cómo medir las actitudes y las habilidades de forma precisa?

A la hora de conocer un fenómeno podemos hacerlo a través de la aproximación conceptual, mediante las metodologías cualitativa y cuantitativa; y a través de la medición mediante la metodología cuantitativa. En relación a esta última, que es la que nos ocupa, es importante tener en cuenta que un instrumento debe estar íntimamente relacionado con la idea de PC que representa, demostrando una coherencia entre la idea que pretende medir y lo que acaba midiendo. Esta cuestión que parece obvia no es sencilla, especialmente a la hora de querer

diseñar un instrumento ajustado a una muestra particular, como sería por ejemplo querer medir la competencia de PC en enfermeras gestoras de casos en Atención Primaria, por poner un ejemplo.

Por otro parte, son varios los conceptos que deben estar claros en relación a los instrumentos de PC y su administración en sujetos de estudio, como son la viabilidad, la fiabilidad, la validez^{6,7}, las variables, los ítems, las escalas o sistemas de puntuación, las dimensiones o la interpretación de los resultados.

En relación a la viabilidad, es importante valorar hasta qué punto el instrumento que vamos a utilizar o a diseñar sea sencillo, con preguntas precisas y redactado claro para que pueda ser contestado por la muestra sujeta de estudio. También debe ser ameno, sin elementos superfluos y que permita una correcta interpretación.

Respecto a la precisión, son varias las estrategias para determinar si un instrumento es fiable o no lo es. Una de las más utilizadas, por ejemplo, es el análisis de la consistencia interna. En la misma línea, la validez de un instrumento consiste en la obtención de evidencia científica que sirve para justificar las interpretaciones deseadas de las puntuaciones. Hay tres tipos de validez, la de contenido, la de criterio y la de constructo.

Aproximándonos más sobre cuáles son los instrumentos desarrollados hasta la fecha actual para medir el PC, el análisis exhaustivo de la literatura científica realizado por Zuriguel y otros² identifican seis instrumentos, que son: *California Critical Thinking Disposition Inventory*; *California Critical Thinking Skills Test*; *Health Science Reasoning Test*; *Watson Glaser Critical Thinking Appraisal*; *Performance Based Development Systems*; and *Critical Thinking Diagnostic*⁸⁻¹¹. Uno de los más utilizados tanto en el ámbito clínico como en el académico es el *California Critical Thinking Disposition Inventory* de Facione y Facione¹². Este instrumento está formado por 75 ítems y el formato respuesta es tipo Likert de 6 puntos con el objetivo de medir las actitudes valorando el grado de acuerdo o desacuerdo para cada ítem. Presenta 7 dimensiones que son: la búsqueda de la verdad, la amplitud mental, la disposición para el análisis, la disposición para la sistematización, la autoconfianza en el razonamiento, la curiosidad y la madurez cognitiva. Este instrumento se encuentra comercializado por sus autores (<http://www.insightassessment.com/Products/Products-Summary/Critical-Thinking-Attributes-Tests/California-Critical-Thinking-Disposition-Inventory-CCTDI>)

Respecto al resto de instrumentos desarrollados hasta la fecha actual, presentan entre 3 y 7 dimensiones que permitirían explicar el constructo tanto de forma conceptual como empírica. Puesto que la mayoría de éstos son más recientes, no aportan aún datos métricos concluyentes que permiten postularlos como instrumentos sólidos. Sin embargo, su diseño y su solidez conceptual aconsejan tenerlos en cuenta a la hora de explorar el PC en el ámbito de las ciencias de la salud. En el taller se analizarán algunos de estos instrumentos, sus propiedades métricas y se realizarán ejercicios con el fin de comprender la naturaleza de éstos como base introductoria para poder utilizarlos o bien construir instrumentos nuevos.

Finalmente, partiendo de que el PC es fundamental para las enfermeras y que es característico de las enfermeras de práctica avanzada, tal como estableció Benner¹³ en relación a los niveles

de competencia clínica, la medición de este fenómeno en los profesionales y estudiantes permite conocer en profundidad cuál es el nivel de PC y cuáles son las variables relacionadas. Pero también permite diseñar estrategias para poder mejorar las competencias profesionales, cuestión que repercute en definitiva, en la mejora de los cuidados a las personas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lunney M. Razonamiento crítico para alcanzar resultados de salud positivos. Estudio de casos y análisis de enfermería. Barcelona: Elsevier Masson; 2011.
2. Zuriguel E, Lluch-Canut MT, Falcó-Pegueroles A, Puig-Llobet M, Moreno-Arroyo C, Roldan-Merino J. Critical thinking in nursing: scoping review of the literature. *International Journal of Nursing Practice* 2014; doi: 10.1111/ijn.12347. 1-11.
3. Profetto-McGrath J, Hesketh KL, Lang S, Estabrooks CA. A study of critical thinking and research utilization among nurses. *Western Journal of Nursing Research* 2003;25(3):322-337.
4. Wilkinson JM. *Nursing process and critical thinking*, 5 ed. New Jersey: Pearson; 2012.
5. Banning M. Clinical reasoning and its application to nursing: concepts and research studies. *Nurse Educations in Practice* 2008;8:177-183.
6. Argimon Jm, Jiménez J. *Métodos de investigación clínica y epidemiológica*, 3ed. Madrid: Elsevier; 2006.
7. Streiner D, Norman GR. *Health measurement scales. A practical guide to their development and use*, 4th ed, Oxford: Oxford University Press, 2008.
8. Facione NC, Facione PA, Sánchez CA. Critical thinking disposition as a measure of competent critical judgment: the development of the California Critical Thinking Disposition Inventory. *Journal of Nursing Education* 1994; 33(8):345-350.
9. Sorensen HA, Yankech R. Precepting in the Fast Lane: improving critical thinking in new graduate nurses. *The Journal of Continuing Education in Nursing* 2008; 39(5): 208-216.
10. Berkow S, Virkstis K, Stewart J. Assessing individual frontline nurse critical thinking. *JONA* 2011; 41 (4): 168-171.
11. González JH. Discernimiento. Evolución del pensamiento crítico en la educación superior. Anexo III. Universidad Icesi 2006. Disponible en <http://www.eduteka.org/pdfdir/DiscernimientoHipolitolcesiCompleto.pdf>
12. Facione PA, Facione N, Giancarlo CAF. *The California Critical Thinking Disposition Inventory: CCTDI Test Manual*. California Academic Press; 1996.
13. Benner P. *From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice*. Menlo Park: Addison-Wesley; 1984.

TALLER 2: FOMENTANDO EL PENSAMIENTO CRÍTICO EN LA PRÁCTICA ASISTENCIAL

AUTORA

Sra. Esperanza Zuriguel Pérez. ezuriguel@vhebron.net

Enfermera referente en metodología cuidados enfermeros del Hospital Universitario Vall d'Hebron de Barcelona

INTRODUCCIÓN

El pensamiento crítico es un proceso cognitivo que representa la capacidad de reflexionar sobre el propio razonamiento con el objetivo de maximizar los resultados positivos y minimizar los errores a la hora de tomar decisiones. Un entorno sanitario complejo y cambiante, con una mayor necesidad de cuidados centrados en el paciente y una práctica basada en la evidencia, son factores que contribuyen a enfatizar el pensamiento crítico como competencia educativa y profesional¹. La capacidad del profesional de enfermería para conseguir mejorar la calidad de cuidados depende, en gran parte, de desarrollar habilidades de pensamiento crítico para mejorar la decisión diagnóstica². El pensamiento crítico favorece la toma de decisiones clínicas y alcanzar resultados positivos en el paciente. El pensamiento crítico es un proceso que puede ser incorporado durante el proceso la etapa profesional, sin embargo siguen sin resolverse algunos problemas asociados a él, su ambigüedad conceptual, su complejidad en la medición y la aún poca evidencia científica sobre la validez de determinadas estrategias de promoción¹.

Pensamiento crítico en el ámbito asistencial

Las definiciones de pensamiento crítico encontradas en la literatura, son diversas, aunque una de las más citadas es la de Facione³. Este autor define el pensamiento crítico como el proceso intelectual que de forma decidida, deliberada y autorregulada, busca llegar a un juicio razonable.

La definición de pensamiento crítico en enfermería ha sido utilizada con términos alternativos razonamiento clínico (*clinical reasoning*), juicio clínico (*clinical judgment*), resolución de problemas (*problem solving*) y toma de decisiones clínicas (*clinical decision-making*)⁴. Por su parte, Alfaro-LeFevre propone una conceptualización del pensamiento crítico aplicado al contexto de la práctica clínica y lo define como el pensamiento informado, que tiene un objetivo y está centrado en los resultados⁵. Desde las contribuciones de la disciplina enfermera se considera que el pensamiento está constituido por actitudes o disposiciones, habilidades intelectuales y conocimientos.

El pensamiento crítico ha sido identificado como un elemento esencial en la práctica clínica, sin embargo, no hay constancia de que se revise rutinariamente una evaluación de esa competencia. Las enfermeras aprenden a pensar críticamente en el entorno académico, pero parece existir dificultades en la transición de la aplicación de las habilidades de pensamiento crítico al entorno clínico. El cuidado enfermero en el contexto de un modelo biomédico, donde se revaloriza la excelencia técnica frente a la excelencia de cuidados y la rutinización en la

organización de la prestación de cuidados, son factores que dificultan un entorno de potenciación del pensamiento crítico.

Factores barrera y factores facilitadores del pensamiento crítico

En la literatura encontramos descritos factores de influencia en el desarrollo y aplicación de las habilidades de pensamiento crítico en el ámbito profesional.

Así, factores sociodemográficos y laborales, como la edad o los años de experiencia ⁶, parecen correlacionar con una mejor disposición y habilidades hacia el pensamiento crítico. El nivel académico es otro factor influyente en el pensamiento crítico, a más nivel académico mejores habilidades de pensamiento crítico⁷. Otro elemento influyente es la expertez, las investigaciones sugieren que las enfermeras noveles presentan una mayor dificultad en la aplicación de habilidades de pensamiento crítico⁹.

Una práctica profesional basada en la evidencia, entornos de trabajo que faciliten la transformación de prácticas basadas en la tradición, fomentan el desarrollo de habilidades de pensamiento crítico ⁸.

Por otra parte, factores del entorno laboral como el estrés, una orientación técnica de los cuidados, las actividades que aumentan demanda de tiempo y energía, la limitación de tiempo, la escasez de enfermeras, son elementos barrera para el desarrollo del pensamiento crítico ⁸.

Las interrupciones, distracciones y situaciones inesperadas durante el flujo de trabajo pueden ejercer un efecto negativo en el trabajo cognitivo de las enfermeras ¹⁰. Identificar estas interrupciones en el entorno asistencia, permitiría gestionar las actividades de manera más efectiva.

Estrategias para el fomento de las habilidades de pensamiento crítico

Está aceptado que el pensamiento crítico es esencial en la educación y desde los años 80 han sido descritas diferentes estrategias docentes para aumentar las habilidades de pensamiento crítico en los estudiantes de enfermería. Aumentar las habilidades de pensamiento crítico es un proceso que requiere práctica y aprendizaje ⁸.

Los estudios revisados presentan conclusiones inconsistentes a la hora de presentar los resultados en cuanto a la evaluación de estrategias de promoción del pensamiento crítico y la mayor parte se han llevado a cabo en el contexto docente o educacional ¹.

De estrategias como la simulación clínica, o el mapa conceptual que parecen ser herramientas efectivas en los programas de educación para aumentar las habilidades de pensamiento crítico, desconocemos, sin embargo, su influencia en la formación permanente del profesional enfermero^{11,12}. La incorporación de estrategias que faciliten el período de transición al entorno profesional, como los programas de orientación podrían favorecer las habilidades de pensamiento crítico en el ámbito clínico¹³. Aun desconociendo su efectividad, las sesiones clínicas de cuidados, entendidas como una reunión entre profesionales de enfermería donde se debate y analiza un caso clínico concreto, podrían dar respuesta al objetivo de desarrollar el pensamiento crítico mediante el análisis de práctica reflexiva.

Fomentar el proceso enfermero configura, en sí mismo, una estrategia que posibilita el desarrollo de habilidades específicas de pensamiento crítico en la práctica asistencial¹⁴. La aplicación del proceso enfermero requiere conocimientos, habilidades y actitudes que permitan su aplicación sistemática y orientada a resultados, para lo cual las habilidades de pensamiento crítico son esenciales en cada una de sus fases.

Por otra parte, es necesario explorar nuevas herramientas como las que proporcionan las tecnologías de información y comunicación, que favorezcan la discusión y el cuestionamiento en el ámbito asistencial¹⁵.

CONCLUSIONES

El concepto de pensamiento crítico en enfermería es un tema de interés, a pesar de que plantea considerables dificultades en términos de investigación. Para poder mejorar las habilidades de pensamiento crítico en el contexto clínico se hace necesario identificar fortalezas y debilidades específicas y evaluar estrategias que lo fomenten. Estas estrategias pueden ayudar a aumentar la toma de decisiones y tener un impacto positivo en los resultados de los pacientes. Es fundamental crear una cultura donde el pensamiento crítico sea parte integral de la práctica enfermera y favorecer entornos laborales colaborativos, donde se valore la promoción de habilidades de pensamiento crítico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Zuriguel E, Lluch MT, Falcó A, Puig M, Moreno C, Roldán J. Critical thinking in nursing: Scoping review of the literature. *Int J Nurs Pract*. 2014 May 12. doi: 10.1111/ijn.12347.
2. Lunney M. *Critical Thinking to Achieve Positive Health Outcomes: Nursing Case Studies and Analyses*. John Wiley & Sons; 2013.
3. Facione NC, Facione PA, Sanchez CA. Critical thinking disposition as a measure of competent clinical judgment: the development of the California Critical Thinking Disposition Inventory. *J Nurs Educ* 1994;33:345-50.
4. Turner P. Critical thinking in nursing education and practice as defined in the literature. *Nurs Educ Perspect* 2005;26:272-7.
5. Alfaro-LeFevre R. *Critical thinking, clinical reasoning, and clinical judgment a practical approach*. 5th ed. St. Louis, MO: Saunders/Elsevier; 2013.
6. Feng R, Chen M, Pai Y. Critical thinking competence and disposition of clinical nurses in a medical center. *J Nurs Res*. 2010 Jun;18(2):77-87.
7. Schubert CR. Effect of simulation on nursing knowledge and critical thinking in failure to rescue events. *J Contin Educ Nurs* 2012;43:467-71.
8. Shoulder B, Follet C, Joyce E. Enhancing critical thinking in clinical practice. Implications for critical and acute care nurses *Dimens Crit Care Nurs*. 2014 Jul-Aug;33(4):207-14
9. Kaddoura MA. Effect of the essentials of critical care orientation (ECCO) program on the development of nurses' critical thinking skills. *J Contin Educ Nurs* 2010;41:424-32.
10. Cornell P, Riordan M. Barrier to critical thinking. Workflow interruptions and task switching among nurses. *JONA*. 2011; 41 (10): 407-14

11. Schubert CR. Effect of simulation on nursing knowledge and critical thinking in failure to rescue events. *J Contin Educ Nurs* 2012;43:467-71.
12. Sinatra-Wilhelm T. Nursing care plans versus concept maps in the enhancement of critical thinking skills in nursing students enrolled in a baccalaureate nursing program. *Creat Nurs* 2012;18:78-84.
13. Kaddoura MA. Effect of the essentials of critical care orientation (ECCO) program on the development of nurses' critical thinking skills. *J Contin Educ Nurs* 2010;41:424-32.
14. Bittencourt G, Crossetti M. Critical thinking skills in the nursing diagnosis process. *Rev Esc Enferm USP*. 2013 Apr;47(2):341-7.
15. Pucer P, Trobec I, Žvanut B. An information communication technology based approach for the acquisition of critical thinking skills. *Nurse Educ Today*. 2014 Jun;34(6):964-70

TALLER 3: LA ACTITUD DEL PENSADOR CRÍTICO COMO FUNDAMENTO PARA LA GENERACIÓN DE EVIDENCIA CIENTÍFICA

AUTOR

Dr. Miguel Ángel Escobar Bravo.

Actitud de pensador crítico

Existen muchos procesos mentales que se pueden identificar como pensamiento habitual o rutinario. Estos procesos carecen de una estructura definida y se utilizan en todos los ámbitos de la vida cotidiana. También existe otro nivel de procesos mentales más o menos estructurados como el pensamiento creativo, el pensamiento prejuicioso, el pensamiento emocional, el pensamiento intuitivo, ...

Otros tipos de pensamiento que funcionan como fuentes de conocimiento son utilizados en el ámbito profesional. Entre ellos, algunas formas de actuación inmediata que se nutren fundamentalmente de la experiencia propia o ajena, como la intuición o las tradiciones. También hay otras fuentes de conocimiento algo más estructuradas como el ensayo-error o el razonamiento lógico. Estas fuentes por sí solas no son suficientes para proporcionar cuidados de enfermería.

En el ámbito profesional, el pensamiento científico (o crítico) es la fuente adecuada de adquisición de conocimientos y la herramienta de trabajo más importante para garantizar unos cuidados de calidad basados en la evidencia científica. En la Ilustración 1: Escala de formas de adquisición de conocimientos a nivel profesional. se muestran algunas de las fuentes de conocimiento que se usan en la práctica de la enfermería ordenadas de menor a mayor relevancia (1).



Ilustración 1: Escala de formas de adquisición de conocimientos a nivel profesional.

La actitud del pensador crítico en general se basa en el escepticismo y la detección de falacias. Una falacia es un patrón de razonamiento erróneo que aparenta ser válido. Un ejemplo típico de falacia es el siguiente:

- (a) Si llueve, la calle se moja. (b) La calle está mojada, (c) luego ha llovido

La calle puede estar mojada por otra causa distinta de la lluvia, por lo tanto es un razonamiento construido erróneamente pero con apariencia de verdadero.

En el ámbito profesional de la enfermería, en investigación, el equivalente a las falacias podrían ser tanto las estandarizaciones sin evidencias como aquellos estudios de investigación que contienen errores importantes en su metodología y que amenacen su validez interna y/o externa (tamaño muestral, sesgos, confusión,...) lo que invalidaría los resultados. Y el escepticismo es la actitud adecuada que todos los profesionales deben tener ante las situaciones clínicas.

Por lo tanto, el pensamiento crítico (o científico) aplicado en enfermería no es ni más ni menos que la aplicación del método científico para la toma de decisiones en todos los ámbitos profesionales. El método científico es un proceso que permite resolver problemas relacionados con los conocimientos de los fenómenos del mundo real en el que vivimos. Es un método particular de adquisición de conocimientos, una forma ordenada y sistemática de encontrar respuestas a preguntas que necesitan una investigación (2).

El pensador crítico debe poseer dos habilidades fundamentales:

1. **Búsqueda de información:** Búsqueda de información escrita sobre un tema acotado previamente y sobre el cual se reúne y discute críticamente toda la información publicada. Esta información debe provenir de fuentes fiables, básicamente bases de datos bibliográficas. El pensador crítico debe evaluar estas fuentes haciéndose preguntas como: ¿La FI tiene la capacitación adecuada sobre la materia que tratamos?, ¿La FI tiene reputación exactitud y veracidad?, ¿La FI tiene un motivo para ser inexacta o sesgada?, ¿Existe alguna razón para cuestionarse la honestidad de la FI?
2. **Lectura crítica de esa información:** es el proceso de evaluar e interpretar la evidencia aportada por la literatura científica, considerando sistemáticamente los resultados que se presentan, su validez y su relevancia para el propio trabajo (3). Se trata de garantizar que los estudios en los que se basarán las conclusiones clínicas estén diseñados y llevados a cabo garantizando tanto la validez interna (grado en el que los resultados de un estudio son correctos para los sujetos estudiados: ausencia de errores sistemáticos y minimización de errores aleatorios) como la externa (capacidad de extrapolación o traslación de los resultados del estudio a una población diferente o más extensa que la estudiada o a un nivel más abstracto de conocimiento científico: representatividad estadística, alta validez interna) (4)

Del pensamiento crítico a la evidencia

Ante una situación clínica debemos hacernos las siguientes preguntas (5):

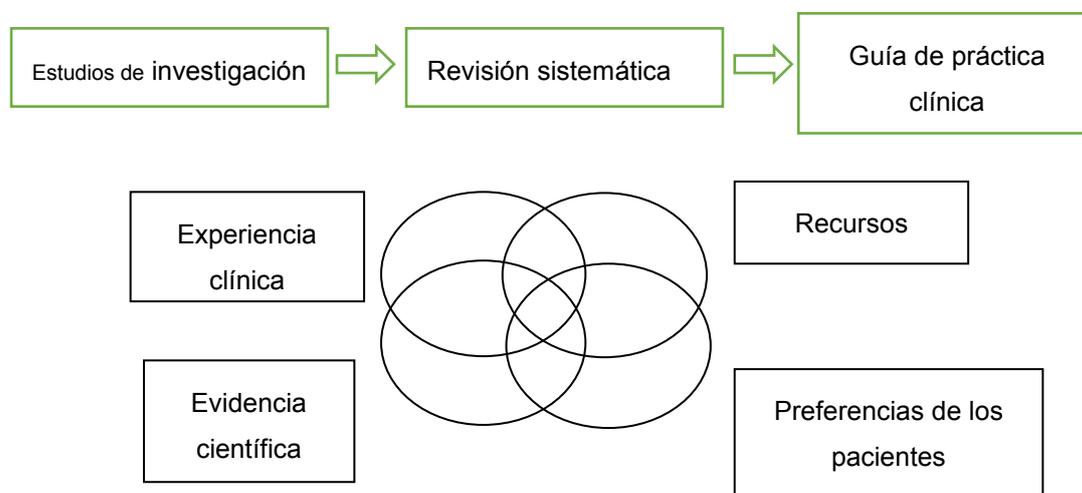
1. ¿Sabemos si hay mejores formas de hacer nuestro trabajo?
2. ¿Hemos tenido tiempo de reflexionar sobre otras posibles alternativas?
3. ¿Estamos seguros de haber actuado de la mejor manera?

Para responder a esas preguntas se debe seguir un esquema de decisión:

1. Revisar la práctica, identificar las dudas y formular preguntas estructuradas
2. Buscar la evidencia de la investigación (5):

- a. Si no existe evidencia científica: Plantear una investigación original
- b. Si Existe evidencia científica: Plantear revisión sistemática y generar guías de práctica clínica

De esta forma de actuar se deriva el conocido como continuum de la evidencia (6):



A modo de conclusión

Es cierto que esta evidencia debe guiar en primer lugar el trabajo enfermero pero no debe ser usada como una receta de cocina que seguir al pie de la letra. En la práctica de enfermería basada en la evidencia, una enfermera tiene que decidir si la evidencia es relevante para un paciente en particular. La incorporación de la experiencia clínica debe ser equilibrada con los riesgos y los beneficios de los tratamientos alternativos para cada paciente y debe tener en cuenta que cada paciente es único en circunstancias clínicas, incluidas las condiciones de comorbilidad y sus preferencias. Los que juzgan la enfermería basada en la evidencia como un libro de cocina están ignorando este importante componente. (7)

BIBLIOGRAFÍA

1. Knigh G. Philosophy and Education. Michigan: Berrien Springs: Andrews Univeristy Press; 1998.
2. Argimon J, Jiménez J. Métodos de investigación clínica y epidemiológica. Barcelona: Elseiver; 2013.
3. Abad E, Monistrol O, Altarribas E, Paredes A. Lectura crítica de la literatura científica. Enfermería Clin. 2003;13(1):32–40.
4. Hulley S, Cummings S. Diseño de investigaciones clínicas. 4a ed. Barcelona: LWW; 2014.
5. Alonso P, Ezquerro O, Fargues I, García JM, Marzo M, Navarra O, et al. Enfermería basada en la evidencia. Hacia la excelencia en los cuidados. Madrid: Ediciones DAE; 2004.

6. Burns N, Grove S. Investigación en enfermería. Desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia. 7a ed. Barcelona: Elsevier; 2012.
7. DiCenso A, Cullum N, Ciliska D. Implementing evidence-based nursing: some misconceptions. Evid Based Nurs. 1998;1:38–9.

TALLER 4: LA PROMOCIÓN DEL PENSAMIENTO CRÍTICO EN LA FORMACIÓN ENFERMERA

AUTORAS

Dra. Antonia Arceciado Marañón; Dra. Maria Cònsul Giribet

CONCEPTOS CLAVE PARA EL DESARROLLO DEL SEMINARIO¹

Las competencias

Son un constructo complejo que se ha definido ampliamente y durante mucho tiempo han estado asociadas a una perspectiva del ámbito profesional.

Lévy-Leboyer (2003)² las precisa como “la conjunción entre las características individuales y las requeridas para llevar a término misiones profesionales precisas”; Pont (2005)³ añade que “no podemos prescindir de los conocimientos, habilidades y actitudes que han de estar presentes para que la competencia se manifieste” (p. 44) y Spencer y Spencer, citado por De Miguel-Díaz (2005)⁴ define competencia como “una característica subyacente a una persona que está causalmente relacionada con el desempeño en un trabajo o situación” (p.22).

Las docentes de este seminario asumimos que:

La competencia es la capacidad que tiene el estudiante para afrontar con garantías situaciones problemáticas en un contexto académico o profesional determinado y, aunque en esta capacidad hay de base los atributos personales, no quiere decir que dichos atributos tengan que ser estáticos, si no que se van modelando y adaptando con nuevas respuestas según el contexto de actuación.

La definición de competencia es general y varía según el contexto y la dificultad del mismo. Es decir, en el caso de un estudiante, variará en función del nivel requerido en el curso en que se encuentre. Es por esto que para un crecimiento continuado de las características subyacentes a las competencias, se requiere que el estudiante tenga la oportunidad de situarse ante las diferentes situaciones profesionales con que se tendrá que afrontar, siendo las prácticas clínicas el contexto idóneo para desarrollar y evaluar las competencias profesionales.

¹ Las docentes que imparten el seminario participan en un proyecto iberoamericano que pretende determinar la presencia y el desarrollo de la competencia de pensamiento reflexivo-crítico en los diferentes currículos de Enfermería. También, identificar estrategias docentes coherentes para desarrollar dicha competencia en los estudiantes de Enfermería para validar modelos y didácticas para el desarrollo del PC.

² Lévy-Leboyer, C. (2003). Gestión de las Competencias. Cómo analizarlas, cómo evaluarlas, cómo desarrollarlas. Barcelona: Gestión 2000.

³ Pont, E. (2005). Les competències en l'exercici de la direcció. Dins de Màster en Administració i Gestió en cures infermeres, (Edit.), *L'Exercici de la direcció des de la perspectiva del tenir cura*. (p. 43-51). Barcelona: Fundació “La Caixa”.

⁴ De Miguel, M. (Dir) (2006). Modalidades de enseñanza centrada en el desarrollo de competencias. Orientaciones para promover el cambio metodológico en el espacio europeo de educación superior. Oviedo: Ediciones Universidad de Oviedo. Disponible en: http://www.uvic.es/sites/default/files/Ensenanza_para_competencias.PDF

Las competencias Enfermeras

Se está de acuerdo con Fernández (2005)⁵ que define las competencias enfermeras como un saber con conciencia, un “saber cómo” con capacidad reflexiva sobre sí mismo. En estas competencias, se integran: a) la técnica o “el saber” enfermero, b) la metodológica o “saber hacer”, c) la personal-social o “saber ser” i d) la participativa o “saber convivir”. Uno de los componentes que caracteriza estas capacidades es que integran: lo que se sabe, lo que se piensa y lo que se siente en la construcción de significados, en un marco de colaboración y comunicación con los otros.

Destacamos los trabajos de Schön⁶ que nos hacen dar cuenta que hay zonas indeterminadas de la práctica –como la incerteza, la singularidad y el conflicto de valores- que se escapan de los cánones de la racionalidad técnica que tanto tiempo ha dominado de manera preponderante en la actividad de las enfermeras y su formación. Schön nos ha hecho observar zonas y momentos de la práctica profesional, que no se habían visto hasta que el las definió. En esta misma línea, Medina⁷ clasifica las características de la práctica enfermera relevantes para su formación:

- El que cada problema sea considerado como único.
- La percepción ambigua de la naturaleza del problema.
- La resolución de problemas a través de la reflexión en la acción.
- La relación dialéctica entre saber y acción profesional.

Schön concluye que el profesional no actúa siguiendo la lógica instrumental de la racionalidad técnica sino que, el profesional es un práctico reflexivo que fundamenta sus acciones en un conocimiento práctico y tácito que se activa durante la acción y del cual se distinguen tres componentes: el conocimiento en la acción, la reflexión en la acción y reflexión sobre la acción.

Benner defiende la idea que la práctica profesional y las experiencias de las enfermeras son la fuente para el desarrollo teórico de la disciplina. El conocimiento práctico se obtiene al estar implicado en la situación, ya que es donde siempre intervienen más elementos de los que la teoría indica⁸. Esta idea aparece recogida en algún estudio reciente⁹ que muestra la visión de los estudiantes al final de su formación y que consideran que, todo y que teoría y práctica son insustituibles, es la práctica clínica la que dota de sentido a la teoría. Uno de los motivos es el poder enfrentarse a la situación real, situándose en el propio contexto donde están acaeciendo los hechos, donde se encuentra la persona atendida, donde la enfermera actúa y donde ellos mismos se verán involucrados.

⁵ Fernández, E. (2005). Competencias clínicas en Enfermería: modelos de aprendizaje y de gestión de la práctica. *Educare* 21(21).

⁶ Schön, D.A., (1998). La formación de profesionales reflexivos. Hacia un nuevo diseño de la enseñanza y el aprendizaje en las profesiones. Barcelona: Paidós.

⁷ Medina, J.L (1999). La pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería. Barcelona: Laertes.

⁸ Benner, P. (1987). Práctica progresiva en enfermería. Manual de comportamiento profesional. Barcelona: Grijalbo.

⁹ Arreciado, A. & Isla, M.P. Theory and practice in the construction of professional identity in nursing students: A qualitative study, *Nurse Educ. Today* (2015), <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2015.03.014>

Cònsul (2010)¹⁰ comparte con Medina que es necesario un replanteamiento de cómo se estructura el currículum enfermero, teniendo en cuenta que los conocimientos académicos son abstractos, descontextualizados, estables y rígidos. Por contra, los de la práctica son concretos y están en continua interacción entre la comprensión y la transformación, es inestable, complejo, incierto y saturado de valores como lo está también la realidad vivida.

“El conocimiento práctico clínico no puede ser formalizado ni enseñado dado que es muy difícil explicarlo de manera verbal, sólo puede ser demostrado por que se encuentra en la práctica de las enfermeras de manera implícita, personal i irrepetible”. Medina: (p. 215).

Pensamiento Crítico

El Pensamiento Crítico es una de las competencias finalistas que contemplan todos los planes docentes de Enfermería dado que se considera imprescindible para realizar un juicio clínico en la práctica de Enfermería. Así lo recogen los diferentes documentos institucionales que definen las competencias de los futuros profesionales.

Alfaro (2009: 1-9)¹¹ lo define como la “Capacidad para aplicar un pensamiento deliberado, dirigido a lograr un objetivo o propósito, pretende emitir juicios basados en evidencias, en los principios de la ciencia y el método científico”. Por su parte, la Red Iberoamericana de Investigación en Educación en Enfermería (RIIEE), lo define como el: “Proceso de razonamiento complejo, sistemático, dialógico y deliberado, autodirigido y orientado a la acción, cuyo fin primordial es elegir, con base en procesos intelectuales y afectivos (cognitivos, experienciales e intuitivos), las mejores opciones de respuestas que favorezcan la solución de problemas de Enfermería, en contextos bien definidos y de acuerdo a los postulados éticos de la profesión” (RIIEE, 2013). Añadir la definición desde la visión de competencia que Roca (2013) desarrolla del Pensamiento Crítico como: “un proceso metacognitivo activo que conlleva elaboración de juicio intencionado y reflexivo que mediante la activación de habilidades, actitudes y conocimientos nos orienta hacia la solución de problemas, la decisión y la acción más eficaz.”¹²

Hoy en día, la práctica reflexiva y el PC son términos muy familiares, en el ámbito de la práctica de enfermería. Son términos que pueden generar un amplio espectro de sensaciones y reacciones: desde la adhesión más entusiasta, hasta la ambigüedad y el escepticismo, pero se han incorporado en programas de formación inicial y continua de las enfermeras.

Estamos en un contexto que requiere poder implementar y evaluar estrategias pedagógicas que ayuden al estudiante a desarrollar el PC, la toma de decisiones argumentada, la memoria comprensiva y la competencia comunicativa.

¹⁰ Cònsul, M. (2010) Ensenyar i aprendre infermeria amb un currículum integrat per mitjà de l'aprenentatge basat en problemes. El cas de l'EUI Vall d'Hebron. Tesis doctoral. Facultat de Pedagogia de la Universitat de Barcelona. Disponible en: <http://www.tdx.cat/handle/10803/1373;jsessionid=463B96630C3BBA75895DC31EBFD8FEB6.tdx1>

¹¹ Alfaro-Lefevre, R. (2009). Pensamiento crítico y juicio clínico en enfermería: un enfoque práctico para un pensamiento centrado en los resultados. España: Elsevier.

¹² Roca, J. (2013) El desarrollo del Pensamiento Crítico a través de diferentes metodologías docentes en el Grado en Enfermería. Accesible en: <http://www.tdx.cat/browse?value=Roca+Llobet%2C+Judith&type=author>

Medina (2007) hace la propuesta de afrontar la formación enfermera como una práctica reflexiva por medio de una práctica experiencial con un prácticum caracterizado por:

- Ser el hilo conductor que estructure todo el currículum y no una simple reproducción de la actividad profesional.
- Tener una visión dialéctica entre conocimiento y acción.
- Ser un proceso de investigación.
- Ayudar a adquirir esquemas de interpretación holísticos más que analíticos.
- El rol de la profesora de prácticas más relevante para llevar a término conjuntamente un diálogo reflexivo sobre las acciones del cuidado.

Según Medina, se están desarrollando modelos alternativos basados en los trabajos de Schön y Benner, entre otros, que remarcan el conocimiento de la práctica como la base para informar y diseñar la acción curricular. Si bien es cierto que se puede extraer saberes muy valiosos de la práctica, no se puede trasladar una práctica directamente a la formación porque no es lo mismo “el saber” (saber qué) que el “saber hacer” (saber cómo). El saber es un conocimiento abstracto, descontextualizado y general que producen las disciplinas científicas; en cambio el saber hacer se concibe tanto como un conocimiento procedimental de las diferentes situaciones, construido por reglas, procedimientos técnicos y protocolos, con un “saber en la acción”, producto de la experiencia profesional, de conocimientos y de la relación activa con la práctica. Es el conocimiento del “saber hacer” que poseen las enfermeras expertas, altamente competentes y que tienen un control práctico en la acción.

También, y según el mismo autor, la práctica reflexiva no es un componente más de la práctica, si nó que es una habilidad transversal que no se puede separar de la totalidad. La diferencia entre el saber procedimental que utiliza sólo, reglas y protocolos, y un “hacer reflexivo” está en el hecho que este último implica que la enfermera forme parte de la situación en que interviene. Es decir, la enfermera, para entender la situación ha de comprender la manera como ella se relaciona con dicha situación.

A esta propuesta puede añadirse la formación mediante el Aprendizaje Basado en Problemas, que se diferencia de las metodologías tradicionales en que el estudiante empieza a conocer a partir de un problema y busca los principios y conceptos necesarios para poderlo entender y resolver. De este modo, si el objetivo es aplicar la fisiología para resolver problemas fisiológicos, las principales actividades de enseñanza aprendizaje tendrán que ir enfocadas a responder dichos problemas fisiológicos. En definitiva, si el objetivo es aprender a ser enfermera, la mejor manera de hacerlo es haciendo de enfermera a partir de los problemas con los que tendrá que trabajar. Esta estrategia docente se considera clave para motivar el estudio en profundidad y despertar el deseo de saber. También, favorece y refuerza la decisión de aprender tan necesaria a lo largo de la vida profesional¹³.

¹³ Cònsul, M., Medina, J.L. (2014). Fortalezas y debilidades del Aprendizaje Basado en Problemas desde la perspectiva profesional de las enfermeras tituladas. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(5), 724-730.

Accesible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692014000500724&script=sci_arttext&tlng=es

BIBLIOGRAFÍA

1. Alfaro-Lefevre, R. (2009). Pensamiento crítico y juicio clínico en enfermería: un enfoque práctico para un pensamiento centrado en los resultados. España: Elsevier.
2. Arreciado, A. & Isla, M.P. Theory and practice in the construction of professional identity in nursing students: A qualitative study, *Nurse Education Today* (2015). <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2015.03.014>
3. Benner, P. (1987). Práctica progresiva en enfermería. Manual de comportamiento profesional. Barcelona: Grijalbo.
4. Cònsul, M. (2010). Ensenyar i aprendre infermeria amb un currículum integrat per mitjà de l'aprenentatge basat en problemes. El cas de l'EUI Vall d'Hebron. Tesis doctoral. Facultat de Pedagogia de la Universidad de Barcelona. <http://www.tdx.cat/handle/10803/1373;jsessionid=463B96630C3BBA75895DC31EBFD8FEB6.tdx1>
5. Cònsul, M. & Medina, J.L. (2014). Fortalezas y debilidades del Aprendizaje Basado en Problemas desde la perspectiva profesional de las enfermeras tituladas. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(5), 724-730. http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692014000500724&script=sci_arttext&lng=es
6. De Miguel, M. (Dir) (2006). Modalidades de enseñanza centrada en el desarrollo de competencias. Orientaciones para promover el cambio metodológico en el espacio europeo de educación superior. Oviedo: Ediciones Universidad de Oviedo. http://www.uvic.es/sites/default/files/Ensenanza_para_competencias.PDF
7. Fernández, E. (2005). Competencias clínicas en Enfermería: modelos de aprendizaje y de gestión de la práctica. *Educare* 21.(21).
8. Medina, J.L. (1999). La pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería. Barcelona: Laertes.
9. Lévy-Leboyer, C. (2003). Gestión de las Competencias. Cómo analizarlas, cómo evaluarlas, cómo desarrollarlas. Barcelona: Gestión 2000.
10. Pont, E. (2005). Les competències en l'exercici de la direcció. Dins de Màster en Administració i Gestió en cures infermeres, (Edit.), *L'Exercici de la direcció des de la perspectiva del tenir cura*. (p. 43-51). Barcelona: Fundació "La Caixa".
11. Roca, J. (2013). El desarrollo del Pensamiento Crítico a través de diferentes metodologías docentes en el Grado en Enfermería. <http://www.tdx.cat/browse?value=Roca+Llobet%2C+Judith&type=author>
12. Schön, D.A. (1998). La formación de profesionales reflexivos. Hacia un nuevo diseño de la enseñanza y el aprendizaje en las profesiones. Barcelona: Paidós.

LOS PÓSTERES

UNIDAD DE PSICOSIS REFRACTARIA: DE QUÉ HABLAMOS CUANDO HABLAMOS DE ACTIVIDADES

AUTOR/ES

Isabel Alonso Durana, Amaia Ortiz de Zárate San Agustín, M^a Ángeles Ruiz de Azúa Velasco, Estibaliz Muñoz Rouco, Aitziber Ubis González.

INTRODUCCIÓN

La Unidad de Psicosis Refractaria es una unidad que tiene como principal razón de ser la atención integral a pacientes con enfermedades mentales graves.

El perfil de pacientes atendidos en su mayoría se adscribe al perfil de paciente diagnosticado de psicosis refractaria que presenta, en su evolución, síntomas positivos, negativos, déficits funcionales y alteraciones comportamentales.

El impacto de enfermedad refractaria en las personas atendidas en la unidad, se refleja en la:

- Afectación a nivel personal, familiar, socioeconómico
- Reducción media de esperanza de vida 15-20 años
- Aumento tasas de abuso de tóxicos
- Aumento riesgo suicidio
- Aumento comorbilidades físicas
- Pérdida productividad: menos de un tercio obtienen un empleo

Esta atención integral incluye el Tratamiento Farmacológico y la Rehabilitación Psicosocial, cuyo objetivo principal es la mejora en la funcionalidad de la persona.

Para la consecución de este objetivo, el equipo terapéutico de la unidad programa actividades entre las que destacan:

- Entrenamiento en habilidades sociales
- Psicoeducación
- Rehabilitación cognitiva
- Entrenamiento en Metacognición
- Educación para la Salud
- Actividades de la vida diaria

Actividades en las que la enfermera de salud mental tiene un peso específico, ya que la organización, ejecución y valoración de estas actividades recaen en ella.

Hasta hace no mucho tiempo las herramientas utilizadas para realizar esto tenían un carácter objetivo que dependían de los conocimientos y experiencia de la enfermera. Dentro de este conocimiento una parte importante es lo que hace referencia a taxonomía NNN.

OBJETIVOS

- Describir la correlación existente entre las actividades que se realizan en la Unidad de Psicosis Refractaria con las Taxonomías NOC y NIC.

- Evidenciar que las actividades programadas están enmarcadas dentro de las Intervenciones enfermeras (NIC).
- Evaluar la eficacia de las actividades mediante la evaluación continua de los indicadores de los criterios de resultados (NOC).
- Acercar el lenguaje enfermero a la práctica clínica diaria.

MATERIAL Y METODOS

Se creó un grupo de trabajo compuesto por cuatro enfermeras especialistas en salud mental con más de cinco años de experiencia laboral en la unidad y con amplios conocimientos de metodología y taxonomías enfermeras y por la Enfermera Interna Residente (EIR) que estaba realizando la rotación en la unidad.

1. Se revisaron y analizaron los objetivos terapéuticos que se pretenden conseguir con las diferentes actividades que se realizan en la unidad.
2. Se determinaron cuales eran los diagnósticos de enfermería en función de la precisión diagnóstica, relevancia, pertinencia y capacidad de intervención de enfermería.
3. Posteriormente cada enfermera del grupo de forma individual identificó los NOC y los indicadores que permitiesen evaluar la eficacia de dichas actividades y planteó el/los NIC correspondientes a cada actividad.
4. El grupo analizó las aportaciones de cada enfermera y se llegó a un consenso sobre cuales eran los NOC y los indicadores que más se ajustaban a esos objetivos. Además se identificaron los NIC correspondientes a cada actividad.

Una vez finalizado el trabajo, se realizó una reunión de todo el equipo de enfermería, donde se comunicaron los resultados del mismo y se plantearon acciones futuras para seguir trabajando

RESULTADOS

Los diagnósticos de enfermería que con más prevalencia se detectan en esas personas diagnosticadas de psicosis refractaria son:

- 00078 Gestión ineficaz de la propia salud r.c. déficit de conocimientos, percepción de barreras, demandas excesivas m.p. fracaso al incluir el régimen de tratamiento en la vida diaria, fracaso al emprender acciones para reducir los factores de riesgo, en su vida diaria hace elecciones ineficaces para alcanzar objetivos de salud
- 00193 Descuido personal r.c. deterioro funcional, habilidades de procesamiento ejecutivo m.p. no adherencia a las actividades relacionadas con la salud
- 00199 Planificación ineficaz de las actividades r.c. capacidad comprometida para procesar la información m.p. falta de logro de objetivos para la actividad elegida, falta de organización secuencial, ansiedad excesiva por la tarea que se va a realizar

Todas las actividades terapéuticas que se realizan en la unidad han podido ser correlacionadas con una o varias intervenciones enfermeras, encontrándose además criterios de resultado

Plan de Actividades Unidad de Psicosis Refractaria

LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
8:00 h Evolutivos Aseos	8:00 h Evolutivos Aseos	8:00 h Evolutivos Aseos	8:00 h Evolutivos Aseos	8:00 h Evolutivos Aseos
9:30 h Desayuno	9:30 h Desayuno	8:45 h Ctes/ Peso/ Escalas 9:30 h Desayuno	9:30 h Desayuno	9:30 h Desayuno
10:00 h Buenos Días	10:00 h Buenos Días	10:00 h Buenos Días	10:00 h Buenos Días	10:00 h Buenos Días
10:30 h Movilización	10:30 h Movilización	10:30 h Movilización	10:30 h Movilización	10:30 h Movilización
11:00 h Deporte/Huerta Patología dual	11:00 h Deporte/Huerta P.Bipolar	11:00 h Patología dual /Deporte	11:00 h Deporte/Huerta Esquizofrenia	11:00 h Deporte
12:00 h Periódico	12:00 h Lectura	12:00 h Dibujo comentado	12:00 h Gestión de emociones	12:00 h Metacognición / Juegos de mesa
13:15 h Comida	13:15 h Comida	13:15 h Comida	13:15 h Comida	13:15 h Comida
15:00 h Evolutivos	15:00 h Evolutivos	15:00 h Evolutivos	15:00 h Evolutivos	15:00 h Evolutivos
16:00 h Cine/ Documentales	16:00 h Juegos de mesa Esquizofrenia	16:00 h Juego grupal Relajación	16:00 h Juego para el cerebro	15:30 h Familias 16:00 h Educación para la salud
17:00 h Merienda	17:00 h Merienda	17:00 h Merienda	17:00 h Merienda	17:00 h Merienda
17:15 h Música	17:15 h T. Escritura (relato)	17:15 h Tema de actualidad	17:15 h Lectura Comentada(resumen)	
18:00 h Visitas / Salidas T.Libre	18:00 h Visitas / Salidas con pacientes	18:00 h Visitas / Salidas T.Libre	18:00 h Visitas / Salidas T.Libre	17:30 h Visitas / Salidas T.Libre
20:15 h Cena	20:15 h Cena	20:15 h Cena	20:15 h Cena	20:15 h Cena

específicos para cada una de ellas.

HIGIENE-VESTIDO-GESTIÓN ECONÓMICA:

NIC: 1805 AYUDA CON EL AUTOCUIDADO: AIVD

1800 AYUDA CON EL AUTOCUIDADO

NOC 0300 AUTOCUIDADOS: AVD					
INDICADORES	Gravemente comprometido	Sustancialmente comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	No comprometido
030006 Higiene					
030007 Higiene bucal					
NOC 0306 AUTOCUIDADOS: AIVD					
INDICADORES	Gravemente comprometido	Sustancialmente comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	No comprometido
030603 Compra las cosas necesarias para la casa					
030612 Controla el dinero					

030614 Viaja en transporte público
030617 Controla su propia medicación no parenteral

MOVILIZACIÓN Y DEPORTE:

NIC: 0200 FOMENTO DEL EJERCICIO

NOC 1633 PARTICIPACIÓN EN EL EJERCICIO					
INDICADORES	Nunca demostrado	Raramente demostrado	A veces demostrado	Frecuentemente demostrado	Siempre demostrado
163309 Realiza ejercicio correctamente					
163327 Se adhiere al programa de ejercicios					
163326 Varía el ejercicio					

PSICOEDUCACIÓN (ESQUIZOFRENIA, T.BIPOLAR, PATOLOGÍA DUAL):

NIC: 5616 ENSEÑANZA: MEDICAMENTOS PRESCRITOS

5602 ENSEÑANZA: PROCESO DE ENFERMEDAD

NOC 1803 CONOCIMIENTO: PROCESO DE LA ENFERMEDAD					
INDICADORES	Ningún conocimiento	Conocimiento escaso	Conocimiento moderado	Conocimiento sustancial	Conocimiento extenso
180306 Signos y síntomas de la enfermedad					
180310 Signos y síntomas de las complicaciones de la enfermedad					
180308 Estrategias para minimizar la progresión de la enfermedad					
NOC 1813 CONOCIMIENTO: RÉGIMEN TERAPÉUTICO					
INDICADORES	Ningún conocimiento	Conocimiento escaso	Conocimiento moderado	Conocimiento sustancial	Conocimiento extenso
181316 Beneficios del control de la enfermedad					
181306 Régimen de medicación prescrita					
181302 Responsabilidades de autocuidado para el tratamiento en curso					
NOC 1601 CONDUCTA DE CUMPLIMIENTO					
INDICADORES	Ningún	Conocimiento	Conocimiento	Conocimiento	Conocimiento

	conocimiento	escaso	moderado	sustancial	extenso
160104 Acepta el diagnóstico del profesional sanitario					

RELAJACIÓN:

NIC: 6040 TERAPIA DE RELAJACIÓN

NOC 1211 NIVEL DE ANSIEDAD					
INDICADORES	Grave	Sustancial	Moderado	Leve	Ninguno
121105 Inquietud					
121108 Irritabilidad					
121117 Ansiedad verbalizada					
121129 Trastorno de los patrones del sueño					
NOC 1402 AUTOCONTROL DE LA ANSIEDAD					
INDICADORES	Nunca demostrado	Raramente demostrado	A veces demostrado	Frecuentemente demostrado	Siempre demostrado
140207 Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad					
140217 Controla la respuesta de ansiedad					

LECTURA COMENTADA/PERIÓDICO/TALLER DE ESCRITURA:

NIC: 4680 BIBLIOTERAPIA

NOC 0907 ELABORACIÓN DE LA INFORMACIÓN					
INDICADORES	Gravemente comprometido	Sustancialmente comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	No comprometido
090710 Comprende un párrafo					
090711 Comprende una historia					
090704 Muestra procesos del pensamiento organizados					
090705 Muestra procesos del pensamiento lógicos					

JUEGOS DE MESA/JUEGO GRUPAL:

NIC: 5360 TERAPIA DE ENTRETENIMIENTO

NOC 1604 PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES DE OCIO					
INDICADORES	Nunca demostrado	Raramente demostrado	A veces demostrado	Frecuentemente demostrado	Siempre demostrado
160405 Demostración de creatividad durante las actividades de ocio					
160403 Uso de habilidades sociales de interacción apropiadas					

GESTIÓN DE EMOCIONES:

NIC: 4370 ENTRENAMIENTO PARA CONTROLAR LOS IMPULSOS

4362 MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA: HABILIDADES SOCIALES

NOC 1410 AUTOCONTROL DE LA IRA					
INDICADORES	Nunca demostrado	Raramente demostrado	A veces demostrado	Frecuentemente demostrado	Siempre demostrado
141001 Identifica cuando se enfada					
1401002 Identifica cuando está frustrado					
141004 Identifica situaciones que provocan ira					
NOC 1502 HABILIDADES DE INTERACCIÓN SOCIAL					
INDICADORES	Nunca demostrado	Raramente demostrado	A veces demostrado	Frecuentemente demostrado	Siempre demostrado
150205 Uso de la asertividad					
150216 Utiliza estrategias de resolución de conflictos					
NOC 1405 AUTOCONTROL DE LOS IMPULSOS					
INDICADORES	Nunca demostrado	Raramente demostrado	A veces demostrado	Frecuentemente demostrado	Siempre demostrado
140502 Identifica sentimientos que conducen a acciones impulsivas					
140501 Identifica conductas impulsivas perjudiciales					
140504 Identifica consecuencias de las acciones impulsivas propias a los demás					
NOC 1215 CONCIENCIA DE UNO MISMO					
INDICADORES	Nunca	Raramente	A veces	Frecuentemente	Siempre

	demostrado	demostrado	demostrado	demostrado	demostrado
121509 Reconoce los patrones de conducta personales					
121521 Reflexiona sobre las interacciones con los demás					

METACOGNICIÓN:

NIC: 4700 RESTRUCTURACIÓN COGNITIVA

NOC 0906 TOMA DE DECISIONES					
INDICADORES	Gravemente comprometido	Sustancialmente comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	No comprometido
090602 Identifica alternativas					
090603 Identifica las consecuencias posibles de cada alternativa					
090606 Reconoce el contexto social de la situación					
NOC 0919 PENSAMIENTO ABSTRACTO					
INDICADORES	Gravemente comprometido	Sustancialmente comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	No comprometido
091902 Identificación de los múltiples significados de un concepto					
091907 Utilización de representaciones visuales para acelerar la comprensión de conceptos y relaciones					
091909 Integración en los juicios de las relaciones entre los conceptos anteriormente comprendidas					
091914 Utilización de afirmaciones o conclusiones razonables a partir de inferencias					

REHACOP/MÚSICA/CINE/DOCUMENTALES:

NIC: 4310 TERAPIA DE ACTIVIDAD

5326 POTENCIACIÓN DE LAS APTITUDES PARA LA VIDA DIARIA

NOC 0900 COGNICIÓN					
INDICADORES	Gravemente comprometido	Sustancialmente comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	No comprometido
090003 Atiende					
NOC 0905 CONCENTRACIÓN					

INDICADORES	Gravemente comprometido	Sustancialmente comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	No comprometido
090502 Se mantiene centrado					
090503 Responde a señales visuales					
090504 Responde a señales auditivas					
NOC 0908 MEMORIA					
INDICADORES	Gravemente comprometido	Sustancialmente comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	No comprometido
090801 Recuerda información inmediata de forma precisa					
090802 Recuerda información reciente de forma precisa					
090803 Recuerda información remota de forma precisa					
NOC 0907 ELABORACIÓN DE LA INFORMACIÓN					
INDICADORES	Gravemente comprometido	Sustancialmente comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	No comprometido
090704 Muestra procesos de pensamiento organizados					
090705 Muestra procesos de pensamiento lógicos					
090716 Comprende símbolos universales					
090711 Comprende una historia					
090712 Explica la similitud entre dos elementos					
090713 Explica la dispridad entre dos elementos					

CONCLUSIONES

Realizar esta correlación nos permite documentar nuestra práctica diaria a través del lenguaje normalizado, facilitando la inclusión del lenguaje enfermero en nuestra práctica asistencial.

La utilización de los Criterios de resultado nos ayuda a evaluar la eficacia de dichas actividades.

BIBLIOGRAFÍA

1. Moorhead S., Johnson M., Maas M.L., Swanson E. Clasificación de los resultados de enfermería (NOC). 5ª Edición. Barcelona: Elsevier; 2013.

2. Bulechek G.M., Butcher H.K., McCloskey J. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 6ª Edición. Barcelona: Elsevier; 2013.
3. Ortiz de Zárate A., Alonso I., Ubis A., Ruiz de Azúa M.A. Guías de cuidados de Enfermería en Salud Mental: Trastorno mental grave de larga evolución. Barcelona: Elsevier Masson; 2010.

ASPECTOS PSICOLOGICOS EN EL PACIENTE OSTOMIZADO: PLAN DE CUIDADOS

AUTOR/ES

Teresa San Emeterio Izacelaya

PALABRAS CLAVE

Aspectos psicológicos ostomía taxonomías marcaje ansiedad imagen corporal

INTRODUCCIÓN

Diversos estudios y la evidencia relacionan los cuidados de los aspectos psicológicos el marcaje de la ostomía con la mejora de la calidad de vida del paciente ostomizado

OBJETIVOS

Diseño de un plan de cuidados de los aspectos psicológicos del paciente ostomizado

MATERIAL Y MÉTODOS

Plan de cuidados individualizado a lo largo del proceso

RESULTADOS

La información adecuada y los cuidados integrales disminuyen el impacto psicológico que supone la ostomía

CONCLUSIONES

Diversos factores determinan el impacto psicológico en el paciente ostomizado Hay que estar alerta a las manifestaciones y prevenirlas para que el diagnostico de riesgo no se convierta en real. Se abre un campo de investigación fuera del ámbito hospitalario

BIBLIOGRAFÍA

1. Nanda Internacional Diagnósticos Enfermeros Definición y Clasificación 2012-2014 T Heathr Herman Phd Rn Luis M.T. Diagnosticos Enfermeros Revisión Critica y Guía Practica Barcelona Elsevier Masson 2008

ESTIMACIÓN DE LA COMPLEJIDAD DE CUIDADOS Y CARGA ASISTENCIAL ENFERMERA MEDIANTE EL USO DE TAXONOMÍAS

AUTOR/ES

Roberto Abad-García, Aitziber Gutiérrez-García de Cortázar, Aitziber Ubis-González, Imanol Gago-Alonso, Miren Garrastatxu Landaluce-Oqueranza, Ana María Chueca-Ajuria

PALABRAS CLAVE

Taxonomías enfermeras, complejidad de cuidados, carga asistencial, Osanaia, planes de cuidados estandarizados.

INTRODUCCIÓN

La reciente implantación de la estación clínica informatizada Osanaia en todos los puestos de enfermería de la red de Osakidetza en sus tres ámbitos asistenciales (Atención Primaria, Atención Especializada y Salud Mental) supone una oportunidad para la medición de aspectos de la actividad enfermera a los que no se podía llegar con los sistemas de información disponibles hasta este momento. Para ello es necesario aprovechar la ventaja que aporta la utilización de las taxonomías enfermeras en cuanto a la facilidad de su manejo informático en base a su codificación y a su potencial para hacer visible la complejidad del cuidado enfermero.

Osanaia y la aplicación consecuente de la metodología enfermera en base a las taxonomías NANDA-NOC-NIC permiten obtener datos de actividad y resultados más allá de la medición de las caídas, las úlceras por presión y los indicadores de Oferta Preferente que se venían midiendo habitualmente. Esto puede redundar beneficiosamente en el análisis y mejora de la calidad y seguridad de los cuidados ofertados en la red, así como en la gestión de los recursos humanos y materiales.

OBJETIVOS

Definir indicadores de actividad enfermera cuya medición pueda ser realizada en un futuro cercano en base a los datos extraídos de los registros efectuados en la estación clínica Osanaia e integrada en los cuadros de mando de gestión corporativa.

MATERIAL Y MÉTODOS

La estación clínica Osanaia está fundamentada en la utilización de la metodología enfermera aplicando tres taxonomías reconocidas internacionalmente para la clasificación de:

- Los diagnósticos de enfermería: taxonomía NANDA-I
- Los resultados de enfermería: taxonomía NOC
- Las intervenciones de enfermería: taxonomía NIC

La inclusión de estas taxonomías en el sistema no es aleatoria y responde a la obligatoriedad legal expresada en el Real Decreto 1093/2010 de 3 de septiembre (por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud) y el

Decreto 38/2012 de 13 de marzo del Gobierno Vasco (que regula la historia clínica y los derechos y obligaciones de pacientes y profesionales de la salud en materia de documentación clínica). Estas normas vienen a refrendar el consenso a nivel internacional sobre el uso de las taxonomías incluídas, que posibilitan nombrar respuestas humanas, resultados de la práctica enfermera e intervenciones enfermeras de la misma manera en cualquier parte del mundo y facilitan la inclusión de estos elementos en los sistemas de información de los prestadores de servicios sanitarios.

En cualquiera de las tres taxonomías, cada uno de los ítems que las componen recibe una etiqueta y un código numérico que permiten diferenciarlo de los demás. De esta manera, la explotación de datos de los sistemas que las utilizan es relativamente simple.

Dado que la implantación de Osanaia es reciente y se está progresando en el manejo de unas taxonomías que no se venían utilizando hasta este momento de manera universal en todos los ámbitos asistenciales de Osakidetza (especialmente en el caso de la taxonomía NOC), en estos primeros momentos los datos más fiables que se podrán obtener serán los que nos permitan construir indicadores de proceso y no de resultados directos en salud.

Como indicadores de proceso interesan especialmente aquellos que permitan evaluar y optimizar en consecuencia la distribución de los recursos. En ese aspecto, se ha pensado que las primeras explotaciones se podrán dirigir fundamentalmente a la obtención de indicadores que hagan referencia a la complejidad de los cuidados aplicados y a la carga asistencial real de cada enfermera.

En este punto se debe tener en cuenta que sistemas estructurados en base a Unidades de Enfermería, como Osanaia, permitirán además realizar comparativas entre los datos obtenidos de la explotación en distintas Unidades, Organizaciones y Comunidad Autónoma.

COMPLEJIDAD DE LOS CUIDADOS

Como indicador de proceso, la complejidad de los cuidados hace referencia a la necesidad teórica de atención enfermera de cada paciente con un proceso abierto en Osanaia, medida en base a los diagnósticos codificados en ese proceso asistencial abierto.

Cómo medirlo:

En la taxonomía NIC se incluye una estimación temporal necesaria para la realización de cada una de las intervenciones incluídas en la taxonomía. Si bien dicha estimación puede resultar poco ajustada para la práctica enfermera habitual en nuestro medio (recordemos que las tres taxonomías han sido desarrolladas en el ámbito asistencial norteamericano), si permite realizar una graduación de la complejidad de las intervenciones asignando una puntuación correlativa en función del tiempo estimado para su realización. Así:

- Las intervenciones con tiempo estimado de realización de 15 minutos o menos corresponderían al nivel 1 (1 punto)
- Las intervenciones con tiempo estimado de realización de 16 a 30 minutos corresponderían al nivel 2 (2 puntos)

- Las intervenciones con tiempo estimado de realización de 31 a 45 minutos corresponderían al nivel 3 (3 puntos)
- Las intervenciones con tiempo estimado de realización de 46 a 60 minutos corresponderían al nivel 4 (4 puntos)
- Las intervenciones con tiempo estimado de realización superior a 60 minutos corresponderían al nivel 5 (5 puntos)

Por otro lado, el funcionamiento de Osanaia se ha estructurado sobre la oferta de planes de cuidados preconfigurados en base a diagnósticos NANDA-I (en los que se han predefinido los resultados en taxonomía NOC y también las intervenciones en taxonomía NIC), en base al consenso de diferentes grupos de profesionales de enfermería. En definitiva, se ha estimado a priori la complejidad del cuidado a prestar en función de cada diagnóstico de enfermería incluido en el sistema.

Esta estructura en base a planes preconfigurados permite asignar una puntuación a cada uno de esos planes sumando los puntos correspondientes a cada intervención que se ha incluido en el mismo. Por ejemplo, en el plan preconfigurado en las Unidades de enfermería de adultos en Atención Primaria correspondiente al diagnóstico 00078-Gestión ineficaz de la propia salud se han incluido las intervenciones: 4360-Modificación de la conducta (5 pts.), 7140-Apoyo a la familia (5 pts.), 5602- Enseñanza: proceso de la enfermedad (2 pts.), 5440-Aumentar los sistemas de apoyo (3 pts.), 5612-Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito (2 pts.), 5616-Enseñanza: medicamentos prescritos (2 pts.), y 5614-Enseñanza: dieta prescrita(2 pts.). Así, la complejidad de este plan de cuidados se expresa mediante la suma de las puntuaciones de sus intervenciones: 21 puntos. Esta puntuación se asignará en la herramienta de explotación (o, como alternativa, en el módulo de configuración) a cada plan preconfigurado. En este momento, se hace necesario advertir que, dado que cada diagnóstico NANDA-I lleva asociado un plan preconfigurado diferente en función del ámbito asistencial (Atención Primaria, Atención Especializada y Salud Mental), la puntuación de cada uno será también diferente en función de cada ámbito.

La herramienta de explotación de Osanaia deberá permitir extraer datos acerca de los diagnósticos que cada paciente tiene codificados en su proceso y sumar las puntuaciones de todos ellos, obteniendo una puntuación final para ese paciente. Esa puntuación expresaría siempre la complejidad teórica de los cuidados que el paciente precisa, pues estamos basando su cálculo en el plan preconfigurado asociado a cada diagnóstico, sin tener en cuenta las modificaciones que sobre el mismo pueda haber realizado la enfermera interviniente en la atención de ese paciente (eliminando o añadiendo nuevas intervenciones) en base a su pensamiento crítico y juicio clínico.

En función de este cálculo, podrían obtenerse medias u otros estadísticos referidos a cupos, Unidades de Enfermería, Organizaciones y Comunidad Autónoma. Las primeras extracciones de datos nos permitirán establecer rangos y percentiles que permitan graduar el indicador (baja-moderada-elevada complejidad).

Es necesario además tener en cuenta para el cálculo de este indicador dos funcionalidades concretas de Osanaia, Dispositivos y Heridas y la denominada Condicionantes del plan:

- En cuanto a la primera funcionalidad citada, en un mismo paciente se pueden incluir varios dispositivos o heridas, cada uno con su propio plan de cuidados en el que el diagnóstico puede ser coincidente con el de otro dispositivo o herida. En estos casos cada plan de cada dispositivo o herida debe tenerse en cuenta individualmente como si de diagnósticos diferentes se tratase y sumar su puntuación al total, que nos dará la complejidad teórica del paciente.
- Condicionantes del Plan es la funcionalidad que permite introducir planes de cuidados estandarizados en base a procesos concretos de salud o enfermedad (por ej.: fractura de cadera, diabetes mellitus, niño sano...) y que agrupan varios diagnósticos que en ocasiones también pueden introducirse en el plan desde otras utilidades de Osanaia (Dominios, Riesgos Asociados...), pero con variaciones en las intervenciones que incluyen. En estos casos es necesario introducir un factor corrector en el cálculo de la complejidad teórica del paciente. Ese factor corrector será el resultado de restar a la puntuación obtenida del condicionante la puntuación del diagnóstico coincidente e introducido al plan desde otra funcionalidad (por ejemplo, complejidad del diagnóstico X del Condicionante – complejidad del mismo diagnóstico introducido por Dominios). Será ese factor corrector el que se suma a la puntuación total y no la puntuación del Condicionante. Como los planes de cuidados asociados a cada Condicionante también están preconfigurados en el sistema, es sencillo calcular el factor corrector correspondiente a cada uno y tenerlo predefinido en el sistema de explotación.

CARGA ASISTENCIAL

Este indicador de proceso hace referencia a la complejidad real de los cuidados dispensados a cada paciente y se expresa mediante la suma de las puntuaciones de todas las intervenciones de enfermería incluidas en el plan de cuidados del proceso del paciente en un momento concreto.

De esta manera se pueden evidenciar las individualizaciones del plan (por adición o eliminación de intervenciones de los planes preconfigurados) así como las intervenciones colaborativas derivadas de la prescripción médica no medicamentosa. Para ello estableceremos un cociente en el que el numerador sea la puntuación final obtenida al sumar las puntuaciones de las intervenciones incluidas en el plan del paciente en un momento concreto (situación real) y el denominador la puntuación obtenida en el indicador de complejidad de los cuidados (situación teórica).

La puntuación resultante de ese cociente nos proporcionará información sobre:

- Si es = 1: el paciente requiere los cuidados estimados
- Si es < 1: el paciente requiere menos cuidados de los estimados
- Si es > 1: el paciente requiere más cuidados de los estimados

También para este indicador, podrían establecerse medias y otros estadísticos que nos permitan comparar cupos, Unidades de Enfermería, Organizaciones y Comunidad Autónoma.

OTROS INDICADORES

Osanaia debe poder aportar información acerca tanto del nº de caídas como del nº de úlceras por presión registradas en el sistema, tal y como se vienen midiendo tradicionalmente en Atención Especializada. Estos datos podrán obtenerse de determinadas variables (por ej. Fecha de caída o Fecha de aparición) de los correspondientes formularios de registro.

No debemos olvidar no obstante la capacidad de Osanaia para aportar otro tipo de información que pueda interesar en momentos determinados, en base a:

- los datos registrados en los distintos formularios que incluye (motivos de retirada de dispositivos de acceso venoso u otros catéteres, escalas...)
- frecuencias de cada uno de los elementos que componen cada taxonomía: diagnósticos, resultados e intervenciones

Permitiendo comparativas entre cupos, Unidades de Enfermería, Organizaciones y Comunidad Autónoma.

RESULTADOS

El cociente obtenido de la comparativa entre la complejidad de cuidados post-individualización del plan de cuidados y la complejidad medida antes de dicha individualización, la carga asistencial real, nos permitirá definir si el paciente o grupo de pacientes atendidos por una misma enfermera precisa más, menos o los cuidados estimados y así orientar la distribución de recursos humanos y materiales. El cálculo agregado de estos indicadores nos permitirá conocer y comparar la misma información referida a Unidades de Enfermería, Organizaciones de Servicios y Comunidad Autónoma.

DISCUSIÓN

En el momento actual todavía no se han desarrollado los requerimientos técnicos que se precisan para realizar esta explotación de datos. Se está definiendo de forma complementaria la estrategia global de obtención de datos del sistema Osanaia, así como las funcionalidades que debe incluir la herramienta de explotación o, en su defecto, la información que Osanaia debe aportar a otros sistemas de explotación de datos utilizados en Osakidetza.

Todo en su conjunto permitirá a corto plazo disponer de una batería de indicadores integrados en los cuadros de mando de gestión corporativa, tanto de proceso como de resultado directo en salud de la población atendida. En relación a estos últimos consideramos fundamental el papel que pueda jugar la utilización de la taxonomía NOC. De las tres taxonomías, quizá sea la taxonomía NOC la menos conocida en nuestro medio y, por lo tanto, la que más dudas y dificultades en su utilización está planteando desde la implantación de Osanaia en Osakidetza. Se trata sin embargo de una potente herramienta para la medición de resultados que, una vez superadas las dificultades iniciales, nos aportará información valiosa sobre el impacto de los cuidados de enfermería aplicados en cada Unidad, permitiendo incluso cálculos de coste-efectividad. Por las razones expuestas, los indicadores de resultados deberán ser definidos en el momento en el que las auditorías a realizar sobre el uso de la taxonomía NOC permitan

considerar superadas esas dificultades iniciales y arrojen mayor luz sobre las áreas a medir, los períodos e intervalos de medición y la graduación de los resultados obtenidos.

El conocimiento de la carga asistencial real de cada enfermera, Unidad de Enfermería u Organización de servicios, en combinación con el conocimiento de otros indicadores asociados al impacto en salud de los cuidados enfermeros, contribuirá a nuestro entender a arrojar alguna luz al debate actual sobre los ratios enfermera/paciente y su influencia objetiva sobre la seguridad de la atención prestada.

CONCLUSIONES

Las taxonomías enfermeras son una herramienta útil para visibilizar la carga asistencial enfermera y mejorar la distribución de los recursos.

BIBLIOGRAFÍA

1. NANDA-I. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2012-2014. Herdman TH, editora. 1 ed. Barcelona: Elsevier España; 2012.
2. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC: Medición de resultados en salud). 5ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2013.
3. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner C. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2009.
4. Alfaro-LeFevre R. Aplicación del Proceso enfermero. 5ª ed. Barcelona: Masson; 2007
5. Carpenito-Moyet LJ. Planes de cuidados y documentación clínica en enfermería. 2ª ed. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España; 2005.
6. Lundberg, C., Warren, J., Brokel, J., Bulechek, G., Butcher, H., McCloskey Dochterman, J., Johnson, M., Mass, M., Martin, K., Moorhead, S., Spisla, C., Swanson, E., & Giarrizzo-Wilson, S. (June, 2008). Selecting a Standardized Terminology for the Electronic Health Record that Reveals the Impact of Nursing on Patient Care. Online Journal of Nursing Informatics (OJNI), 12, (2). Disponible en http://ojni.org/12_2/lundberg.pdf

LACTANCIA MATERNA EFICAZ: REGISTRO DEL PROCESO ENFERMERO

AUTOR/ES

Arteagabeitia López, Ascensión; Gutiérrez de la Cruz, Amaya Ana

Hospital Universitario de Cruces

INTRODUCCION Y OBJETIVOS

Desde la puesta en marcha en nuestro Servicio (Junio 2014) de la herramienta informática OSANAIA para registro del Proceso de Cuidados de Enfermería, se pretende que todo el personal conozca y trabaje con el “lenguaje enfermero”, y se apliquen las taxonomías internacionalmente aceptadas para nombrar y describir todo lo relacionado con el cuidado.

El objetivo del trabajo es describir el Proceso de Atención de Enfermería (P.A.E.) en la promoción, fomento y apoyo a la Lactancia Materna Exclusiva durante los seis primeros meses de vida, y complementada con otros alimentos hasta los dos años o más según recomendación de la O.M.S.

VALORACION

1. Valoración por DOMINIOS: obligatorios 1, 7, 11 y 12
2. Identificación de problemas de salud
3. Formulación del diagnóstico enfermero
4. Elección de resultados e indicadores buscados en el paciente
5. Ejecución e intervenciones para dirigir estas a la consecución de resultados (actividades)

Nos centramos en el DOMINIO 7, dentro del “desempeño del rol”, en la Lactancia Materna, eligiendo para la valoración los signos de buen agarre y succión efectiva.

- Signos de buen agarre:
 - Boca grande
 - Labios evertidos
 - Mentón y nariz rozando el pecho
 - No dolor
 - Se observa parte superior de areola
- Signos de succión efectiva:
 - Mejillas redondeadas
 - Sonido de deglución
 - Succión rítmica y lenta
 - Vaciamiento de senos

DIAGNOSTICO

Formulamos el Diagnóstico Enfermero según la Taxonomía NANDA

00106 “LACTANCIA MATERNA EFICAZ”

RESULTADOS

Según la Taxonomía NOC, se eligen los resultados buscados en el paciente (en el caso concreto de las puérperas el binomio madre-recién nacido)

1000 “ESTABLECIMIENTO DE LA LACTANCIA MATERNA: LACTANTE”

Se puntúan los siguientes indicadores, del 1 al 5, según se observe la actitud del lactante al colocarlo al pecho.

- Alineación y unión adecuadas
- Compresión areolar adecuada
- Lactante satisfecho tras la lactación
- Mínimo de ocho tomas al día
- Succión y colocación de la lengua correctamente

1001 “ESTABLECIMIENTO DE LA LACTANCIA MATERNA: MADRE”

Se puntúan los siguientes indicadores, del 1 al 5, según el nivel de conocimientos y/o experiencia de la madre (madre primeriza o madre con experiencia previa en lactancia materna)

- Comodidad de la posición durante la alimentación
- Interrupción de la succión antes de retirar al lactante del pecho
- Nivel de llenado del pecho previo a la lactancia
- Reconoce rápidamente los signos de hambre
- Reconocimiento de deglución en el lactante
- Reflejo de eyección de leche
- Satisfacción con el proceso de lactancia
- Sostiene el pecho manteniéndolo en forma de “C”
- Técnicas para evitar la hipersensibilidad de los pezones
- Utilizar el apoyo familiar

1002 “MANTENIMIENTO DE LA LACTANCIA MATERNA”

Se puntúan los siguientes indicadores, del 1 al 5 dependiendo de los conocimientos de la madre y de observar la relación de esta con su entorno familiar.

Conocimiento de los recursos de apoyo

Percepción de apoyo familiar para la lactancia materna

Se planifica la evaluación de indicadores al ingreso, al alta y en cualquier circunstancia que precise revalorar al paciente durante el ingreso, con el fin de conseguir un aumento en la puntuación o la puntuación máxima en cada indicador. Se dejan abiertos tras el alta hospitalaria para que se continúe trabajando sobre ellos en Atención Primaria.

INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES

Según la Taxonomía NIC, realizamos las intervenciones y actividades

6710 “FOMENTAR EL ACERCAMIENTO”

671023 Disponer de intimidad familiar durante la interacción inicial con el recién nacido

671024 Animar a los padres a tocar y hablar al recién nacido

5244 “ASESORAMIENTO EN LA LACTANCIA”

524403 Proporcionar información acerca de las ventajas y desventajas de la alimentación

524413 Mostrar la forma de amamantar si procede

5606 “ENSEÑANZA: INDIVIDUAL”

560611 Identificar los objetivos de enseñanza necesarios para conseguir las metas

560621 Reforzar la conducta si se considera oportuno

5210 “GUIA DE ANTICIPACION”

521002 Enseñar acerca del desarrollo y comportamiento normal si procede

521003 Proporcionar información sobre expectativas realistas relacionadas con él

EVALUACION

El trabajar con Taxonomías permite unificar criterios, que todos los miembros del equipo conozcan la meta a conseguir y que dirijan sus esfuerzos hacia ello.

Utilizando los instrumentos de medición, dirigiendo las intervenciones realizadas, planteando primero los resultados a conseguir, y como se conseguirán, se logrará el éxito del Plan de Cuidados.

BIBLIOGRAFIA

1. <http://taxonomiaenfermera.com/pag/noc.html> (visitada en Marzo2015)
2. <http://enfermeriaactual.com/nanda-taxonomia-etiquetas/>(visitada en Marzo2015)
3. Johnson, Marion, ed.lit; Interrelaciones NANDA, NOC Y NIC. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones; Elsevier España, Madrid 2006

PACIENTE PLURIPATOLÓGICO CRÓNICO COMPLEJO Y ENFERMERÍA DE ENLACE HOSPITALARIO. TAXONOMÍA-PENSAMIENTO CRÍTICO REFERENTE A UN CASO

AUTOR/ES

M^a Olga Tellechea Rodríguez, Raquel Rodríguez Cerezo, M^a José Fernández Landa, Rosario Rodríguez Hernández, Carlos Félix Cano Santa Coloma, M^a Carmen Alonso Nogales.

PALABRAS CLAVE

Paciente pluripatológico crónico complejo, Enfermería de Enlace Hospitalario, Taxonomía NANDA, Resultados NOC, Intervenciones NIC, PAE.

INTRODUCCION

El envejecimiento de la población de Euskadi y en consecuencia el aumento de las enfermedades crónicas y de la dependencia exige una respuesta específica por parte del sistema de salud. Nuestro sistema sanitario no puede ofrecer sólo un seguimiento y cuidados discontinuos ligados a las agudizaciones o descompensaciones de las patologías crónicas, si no que se requiere fomentar la coordinación, la continuidad de los cuidados y garantizar un uso eficiente y equitativo de los recursos (1-2). En este sentido se han realizado profundos cambios organizativos, conceptuales y estructurales, recogidos en Las Líneas Estratégicas y Planes de Acción de Osakidetza 2013 – 2016 (3), trabajando para dar una respuesta integrada a la cronicidad, vejez y dependencia.

Con el objetivo general de Preservar el Sistema Sanitario Vasco como público, universal y de calidad se proponen unas líneas estratégicas que marcaran el camino a seguir para preservar como tal nuestra sanidad. Teniendo a las Personas como eje central del Sistema de Salud.

En la segunda línea general, encontramos la relativa a la vejez, la cronicidad y la dependencia.

El objetivo 2-2 trata de Avanzar en la implantación y consolidación del sistema de información clínica unificado, que tienda hacia una historia clínica única y bilingüe. Integrando los sistemas de información asistenciales entre los diferentes ámbitos asistenciales y agentes sociales (Osabide AP, Osabide Global, Osanaia)

El objetivo 2-4, trata de Desplegar nuevos ámbitos competenciales de enfermería (4), reorientando a los profesionales, especialmente en los perfiles de enlace hospitalario y de práctica avanzada en atención primaria, mediante las siguientes acciones:

2.4.1. Implementar y consolidar competencias de enfermería adaptadas a las necesidades de los pacientes crónicos.

2.4.2. Potenciar a la enfermería existente hacia la práctica avanzada

2.4.3. Identificar nuevas competencias enfermeras necesarias para llevar a cabo una práctica de enfermería avanzada.

OBJETIVOS

Los objetivos de nuestro trabajo son:

1. Elaborar un plan de cuidados de un hombre de 92 años crónico complejo, con diagnósticos: HTA, DM II, EPOC, ACV, IRC, Cardiopatía Isquémica, FA, que ingresa en el hospital por fractura de cadera tras caída casual, precisando intervención quirúrgica para implantación de prótesis parcial de cadera izquierda.
2. Elaborar un plan de cuidados individualizado y continuo, en coordinación con enfermera referente de la Unidad, partiendo de este caso clínico, siguiendo los 13 Dominios NANDA (5) y utilizando las taxonomías enfermeras NANDA-NOC-NIC (6-7), mediante la herramienta informática enfermera Osanaia (8), para lograr la máxima independencia y autonomía del paciente tras ingreso hospitalario

DESCRIPCION DEL CASO

Presentamos el caso de un hombre de 92 años de edad, crónico complejo, que ingresó en HUC en Febrero de 2015.

Antecedentes Personales

Varón de 92 años

- No alergias medicamentosas conocidas.
- Exfumador hasta hace 20-25 años de 1 puro/día. Bebedor leve.
- HTA, DM II y Dislipemia en tratamiento farmacológico.
- EPOC grave
- ACV isquémico en 2006.
- Fibrilación auricular crónica.
- Cardiopatía isquémica con infarto agudo de miocardio anterior en 2008
- Estenosis de Arteria Mesentérica Superior del 95 % sin datos de sufrimiento intestinal
- Insuficiencia renal crónica
- Hiperplasia prostática benigna.
- El paciente en su situación basal es dependiente leve para realizar las ABVD. El paciente es independiente para 4 actividades instrumentales de la vida diaria. Su índice de fragilidad antes del ingreso era de 2 puntos, debido principalmente a su edad y SFB II/IV.
- Seguimiento EPA

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Valoración de enfermería

Durante el ingreso en el HUC se realizó la valoración de enfermería según los 13 dominios NANDA.

1. Promoción de la salud:

Se trata de un paciente polimedicado, con más de 4 fármacos diarios. Con buena adherencia al tratamiento aunque supervisado por su hija. Refiere vacunación antigripal en 2014. Se describe normopeso.

2. Nutrición:

La dieta que consume es diabética e hiposódica. En su estado basal come casi la totalidad de la ración recomendada en su dieta.

3. Eliminación e intercambio:

Patrón intestinal diario. No refiere síntomas urinarios y/o intestinales. Es continente.

4. Actividad/reposo:

Refiere tener buena calidad de sueño.

Durante este ingreso, se muestra dependiente grave para las ABVD ya que tras la fractura de cadera le es imposible caminar sin ayuda, ir al aseo, subir escaleras... en definitiva, todo lo relacionado con la movilidad. En cuanto a las AIVD, el paciente se muestra independiente para 2 de ellas (tomar la medicación y manejar el dinero). Su índice de fragilidad incrementó hasta los 4 puntos, ya que durante el ingreso presentó un importante deterioro cognitivo debido a este.

Debido a su EPOC, mantiene su estado de ligera limitación de la actividad física, NYHA II/IV.

5. Percepción/cognición:

Durante todo el ingreso el paciente se mantuvo alerta. Debido a la edad utiliza gafas para ver adecuadamente y oye si le hablan alto.

6. Autopercepción:

Durante el ingreso, se muestra impotente, temeroso... sobre todo en relación con su enfermedad y las expectativas de futuro relacionadas con la misma. Ve alterado su rol social y su control sobre el entorno además de un deterioro funcional relacionado con la fractura.

7. Rol/relaciones:

Vive con una hija, que se encarga de todos los trámites administrativos además del control de la medicación. Tienen buena relación familiar.

La hija refiere que hasta ahora, no es problema cuidar de su padre y espera que se recupere tras la intervención y volver a la situación en que se encontraba anteriormente.

8. Sexualidad:

Debido a su situación basal y su incremento de dependencia tras el ingreso, le es casi imposible participar en actividades sexuales.

9. Afrontamiento/tolerancia al estrés:

La familia presenta buena adaptación al problema de salud. El paciente muestra temor ante la situación futura.

10. Principios vitales:

No se apreciaron conflictos ni de creencias ni de valores. El paciente se manifiesta católico.

11. Seguridad/protección:

El estado de la piel del paciente es adecuado.

Tras el ingreso y durante el mismo, el paciente presenta riesgo de caídas, debido a factores extrínsecos/ambientales, ya que se fracturó la cadera tras caída en su domicilio al tropezar con una alfombra y, factores intrínsecos, debidos a la alteración de la movilidad y a la medicación que toma.

12. Confort:

El paciente refiere dolor agudo relacionado con la caída y la intervención quirúrgica para reparar la cadera.

DIAGNOSTICOS

Al igual que la valoración, al desarrollar los diagnósticos conjuntamente con la enfermera de la Unidad, las EEHs, nos centramos en aquellos diagnósticos referentes a la dependencia, la autoestima y el cuidador (Tabla 1).

Así, como EEHs, trabajamos los diagnósticos siguientes:

- Déficit de autocuidados: Alimentación, Baño, Uso del inodoro. Hay que tener en cuenta que el paciente, pasa de un Barthel de dependencia leve a dependencia total.
- El paciente, anteriormente a la fractura de cadera, andaba de manera independiente. Tras la intervención, su deambulación se alteró considerablemente, estando encamado.
- En cuanto a la Intolerancia a la actividad, tenemos que tener en cuenta que partimos de un NYHA II/IV, y con la fractura de cadera, esta se puede agravar.
- El paciente se encuentra preocupado, con miedo por su futuro, de ahí diagnosticamos el Riesgo de baja autoestima situacional.
- Por último, su hija, cuidador principal, se muestra con miedo de que su padre no pueda volver a su situación basado anterior, con el consiguiente riesgo a padecer riesgo de cansancio del cuidador.

RESULTADOS

Los resultados fueron encaminados a la recuperación del paciente para poder hacer su vida habitual.

La evaluación de los resultados la escala Likert de 5 puntos (del 1 al 5), reflejando en ella la puntuación basal de partida y el valor del resultado obtenido tras las intervenciones, siendo el valor 1 el más bajo, manifestando el total desacuerdo, y el 5 la puntuación más alta, para la aceptación de las actitudes consideras como positivas, manifestando el total acuerdo.

Podemos decir, que tras la aplicación del Plan de Cuidados, el paciente logró realizar gran cantidad de autocuidados, así como cierta movilidad, podía andar por la habitación con andador en el momento del alta. Su autoestima había mejorado al ver que poco a poco podía realizar una vida lo más parecida a la previa al ingreso y el cuidador principal pensaba que con trabajo y siguiendo el Plan de Cuidados, su padre volvería a estar como antes, y con ello la unidad familiar también.

La evaluación se adjunta en la tabla 3.

INTERVENCIONES

Con las intervenciones realizadas se consiguió mejorar considerablemente los resultados.

Las intervenciones de las EEHs (tabla 2), fueron encaminadas para intentar ayudar, tanto a paciente como cuidador, la comprensión de que con la realización de las intervenciones, tanto por la enfermera de la planta como por nosotras, y la participación activa del paciente y cuidador, entre todos lograríamos la máxima independencia y autonomía del paciente.

Tabla 1

DIAGNOSTICOS NANDA	RESULTADOS NOC	INTERVENCIONES NIC
00101 Déficit de autocuidado: alimentación	0300 Autocuidados: Actividades de la Vida Diaria (AVD)	1803 Ayuda con los autocuidados: alimentación
00108 Déficit de autocuidado: Baño	0300 Autocuidados: AVD	1801 Ayuda con los autocuidados: baño/higiene
00110 Déficit de autocuidado: Uso del Inodoro	0300 Autocuidados: AVD	1804 Ayuda con los autocuidados: baño
00085 Deterioro de la movilidad física	0200 Ambular	0200 Fomento del ejercicio
00092 Intolerancia a la actividad	0005 Tolerancia a la actividad	0180 Manejo de la energía
00153 Riesgo de baja autoestima situacional	1205 Autoestima	5270 Apoyo emocional
00062 Riesgo de cansancio del cuidador	2208 Factores estresantes del cuidador familiar	7040 Apoyo al cuidador principal

Tabla 2

INTERVENCIONES NIC	ACTIVIDADES
1803 Ayuda con los autocuidados: alimentación	180322 Proporcionar ayuda física, si precisa 180310 Colocar al paciente en una posición cómoda
1801 Ayuda con los autocuidados: baño/higiene	180108 Proporcionar ayuda hasta que le paciente sea totalmente capaz de asumir los autocuidados

1804 Ayuda con los autocuidados: baño	180402 Ayudar al paciente en el inodoro/cuñia a intervalos especificados
0200 Fomento del ejercicio	20006 Animar al individuo a empezar y/o continuar con el ejercicio
0180 Manejo de la energía	18021 Ayudar al paciente/cuidador a establecer metas realistas de actividades 18030 Facilitar la alternancia de periodos de reposo y actividad
5270 Apoyo emocional	527015 Proporcionar ayuda en la toma de decisiones
7040 Apoyo al cuidador principal	704013 Enseñar al cuidador la terapia del paciente de acuerdo con las preferencias de éste 704030 Animar al cuidador durante los momentos difíciles del paciente

Tabla 3

DIAGNOSTICOS NANDA	RESULTADOS NOC	EVALUACION DE INDICADORES	
00101 Déficit de autocuidado: alimentación	0300 Autocuidados: Actividades de la Vida Diaria (AVD)	Come	Basal 3 Resultado 5
00108 Déficit de autocuidado: Baño	0300 Autocuidados: AVD	Se baña	Basal 1 Resultado 3
00110 Déficit de autocuidado: Uso del Inodoro	0300 Autocuidados: AVD	Uso del inodoro	Basal 1 Resultado 3
00085 Deterioro de la movilidad física	0200 Ambular	Ambulación	Basal 1 Resultado 3
00092 Intolerancia a la actividad	0005 Tolerancia a la actividad	Manejo de la energía	Basal 2 Resultado 4
00153 Riesgo de baja autoestima situacional	1205 Autoestima	Aceptación de las propias	Basal 1

		limitaciones	Resultado 3
00062 Riesgo de cansancio del cuidador	2208 Factores estresantes del cuidador familiar	Factores estresantes referidos por el cuidador	Basal 1 Resultado 3

BIBLIOGRAFÍA

1. Eusko Jaurlaritza-Gobierno Vasco. Dpto. Sanidad y Consumo. Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi. Ed. EJ-GV, Servicio central de publicaciones del Gobierno Vasco. Julio 2010.
2. Eusko Jaurlaritza-Gobierno Vasco. Compartiendo el avance de la estrategia de la cronicidad. 1ª ed. Ed. EJ-GV, Servicio central de publicaciones del Gobierno Vasco. Febrero 2012.
3. Osakidetza. Líneas estratégicas y planes de acción 2013-2016. Junio 2013.
4. Osakidetza. Proyecto estratégico 8: Competencias avanzadas de enfermería. 1ª ed. Noviembre 2012.
5. NANDA. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación, 2009-2011. Madrid. Elsevier, 2010.
6. Moorhead S, Johnson M, Mass M. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 4ª ed. Madrid. Elsevier, 2009.
7. McCloskey J, Bulechek GM. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 5ª ed. Madrid. Elsevier, 2009.
8. Chueca Ajuria AM, Cidoncha Moreno MA, Gutiérrez García de Cortázar A, Ubis González A, Peña González ML Abad-García R. Puesta en marcha de Osanaia en Osakidetza: aunando la práctica basada en la evidencia y la clínica. Rev Paraninfo Digital, 2013; 19. Disponible en: <<http://www.index-f.com/para/n19/083p.php>> Consultado el 26 de Marzo de 2015

PLANIFICAR CUIDADOS AL PACIENTE DIABÉTICO EN UN CENTRO DE SALUD

AUTOR/ES

Consolación Pena-Meilán, Pilar González-González, Purificación Morado-Quiñoá, Javier Coria-Abel

PALABRAS CLAVE

Planificar, Cuidados, Gestión, Salud

INTRODUCCIÓN

Los cuidados enfermeros son fundamentales para conseguir cambios en las conductas de los pacientes, es por ello que las enfermeras debemos poseer habilidades que nos permitan identificar las respuestas humanas.

En nuestro Centro de Salud, el 20% de la población a la que atendemos es diabética, por lo que hemos estandarizado la planificación de cuidados basándonos en dos diagnósticos: GESTIÓN INEFICAZ DE LA PROPIA SALUD (00078) y DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA GESTIÓN DE LA PROPIA SALUD, lo que nos permitiría trabajar con el mismo resultado esperado y adecuar las intervenciones al requerimiento de los pacientes en cada momento del proceso.

VALORACIÓN

La valoración se realiza en la consulta, según los patrones funcionales de Gordon, historia médica, pruebas de laboratorio y también hemos utilizando escalas de valoración propias y compartidas por el equipo multidisciplinar para la valoración del entorno, recursos y la familia/cuidador.

Según el resultado de la valoración, el 17% de estos pacientes manifiestan deseos de manejar el tratamiento de la enfermedad y de reducir los factores de riesgo y el 3% de los pacientes restantes demuestran dificultad para reducir los factores de riesgos y se sienten incapaces de incluir el régimen de tratamiento en su vida diaria.

En cuanto a los cuidadores, en el 90% de los casos el soporte familiar es adecuado.

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS

Disposición para mejorar la gestión de la propia salud

Gestión ineficaz de la propia salud

RESULTADOS

Autocontrol: diabetes

INTERVENCIONES

Ayuda en la modificación de sí mismo

Enseñanza: proceso de enfermedad

Enseñanza: dieta prescrita

Enseñanza: medicamentos prescritos

Administración de medicación: intradérmica

Administración de medicación: oral

Enseñanza: cuidados de los pies

Manejo de la hipoglucemia

Manejo de la hiperglucemia

Asesoramiento

EVALUACIÓN

La utilización de la taxonomía NNN permite evaluar los efectos de las intervenciones, ya que los indicadores de resultado facilitan la medición de forma continua del estado de salud de los pacientes.

Cada resultado evalúa el estado individual y establece una medición basal (desde 1 -nunca demostrado- hasta 5 -siempre demostrado-) que sirve para comparar con las pautas postintervención.

BIBLIOGRAFÍA

1. T. Heather Herdman, PhD, RN (editores). NANDA Internacional DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS: DEFINICIONES Y CLASIFICACIÓN 2009-2011. Elsevier, 2010.
2. MacCloskey Dochterman J, Bulechek Gloria M (editoras). Clasificación de Intervenciones (NIC). Elsevier.
3. Moorhead S, Johnson M, Maas M. Clasificación de Resultados (NOC). Elsevier-Mosby.

LESION MEDULAR. PLAN DE CUIDADOS

AUTOR/ES

Marta Cid-Sánchez, Montserrat Cuadrado-Rebollares, Inés Lodeiro-Mendieta, Carmen Manrique-Muñoz, Verónica Rodríguez-García.

PALABRAS CLAVE

Condicionante del plan, lesión medular, revisión crítica

INTRODUCCIÓN

Tras un año de implantación de la herramienta informática de gestión de cuidados de enfermería, Osanaia, en nuestra Unidad de Lesionados Medulares, de referencia en la Comunidad Autónoma Vasca, hemos verificado que la idiosincrasia y la complejidad de los cuidados del lesionado medular no quedan reflejadas en el condicionante del plan de cuidados actual.

OBJETIVOS

Modificar el condicionante del plan de cuidados existente para que nos permita identificar las particularidades que para el individuo supone presentar una lesión medular durante un ingreso hospitalario.

MATERIAL Y MÉTODOS

- Revisión crítica del condicionante del plan preestablecido.
- Selección de diagnósticos NANDA, resultados NOC e intervenciones NIC basándonos en nuestro juicio clínico y experiencia en el cuidado.

RESULTADOS

- Desarrollo de un nuevo condicionante del plan de cuidados como complemento de la correcta valoración individualizada al ingreso.
- Presentación y consenso con el resto del equipo de enfermería.

CONCLUSIONES

La modificación de la condicionante lesión medular, recogida en Osanaia, nos permite ganar operatividad en la práctica diaria enfermera ajustándose mejor a las necesidades de cuidado del lesionado medular.

Osanaia tiene una gran potencialidad como programa de gestión de cuidados de enfermería ya que nos facilita:

- Unificar criterios, disminuyendo la variabilidad de la práctica clínica enfermera.
- Optimizar cuidados

BIBLIOGRAFÍA

1. NANDA-I. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2009-2011. 1 ed. Barcelona: Elsevier España; 2010

2. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4ªed. Barcelona: Elsevier España; 2009.
3. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5ªed. Barcelona: Elsevier España; 2009
4. Alfaro-LeFevre R. Pensamiento crítico y juicio clínico en enfermería. 4ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2009
5. Enfermería y Lesión Medular. Un texto sencillo para un cuidado complejo. ASEPEYO 2002

PROYECTO PROMETEO: PROCESO METODOLÓGICO ENFERMERO. IMPLANTACIÓN, CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES ENFERMERAS

AUTOR/ES

Jaume Riu-Gol, Alberto Sánchez-Aranda, Anna Cruz-Oliveras, Daniel Regaña-Velázquez

INTRODUCCIÓN

El proyecto PROMETEO surge de la necesidad de conocer el estado actual del Proceso Metodológico Enfermero en los centros de idcsalud en Catalunya, Clínica del Vallés, Hospital Universitari Sagrat Cor y Hospital General de Catalunya, como requerimiento previo para el establecimiento de una nueva herramienta informática en la que dicho Proceso estará representado y descrito en su totalidad siguiendo el modelo teórico de V. Henderson y bajo el lenguaje estandarizado de las taxonomías NANDA-NOC-NIC.

El proyecto se estructura en dos fases: una 1ª fase o fase previa diseñada para conocer cuál es la situación de partida, y desarrollada entre los años 2013-2014; y una 2ª fase o fase conclusiva, que se llevará a cabo durante el período 2015-16, para determinar el progreso obtenido post-realización de las acciones de mejora recomendadas en la primera fase.

Por Proceso Metodológico Enfermero entendemos el proceso que dirige y orienta el ejercicio de la profesión de enfermería, estableciendo, organizada y sistemáticamente¹, las etapas de la acción enfermera; un proceso dinámico, cambiante, y centrado en los resultados; un proceso que fomenta el pensamiento crítico y se constituye en su modelo para enfermería²; un proceso, en definitiva, cuya finalidad es proporcionar los mejores cuidados de salud.

Pero para que esto sea así, es necesario contar con una serie de presupuestos conceptuales, conocimiento y actitud, presentes a priori en todo profesional, que junto a las habilidades personales/instrumentales refuerzan su pensamiento crítico y faciliten la aplicación del Proceso en el cuidado de los pacientes. Los estudios publicados al respecto, indican que estos elementos pueden interferir, positiva o negativamente, en la evolución y adecuación del PE, aunque no hay consenso sobre cuál de ellos predomina y ejerce mayor influencia³⁻⁹. No obstante, cabe señalar, que ambos elementos interactúan y se refuerzan recíprocamente: sin un sólido corpus de conocimientos no es posible generar más conocimiento; se actúa según hábitos adquiridos y una rutina interiorizada, lejos de una práctica basada en la evidencia; los cuidados enfermeros estarán exentos de calidad y, como consecuencia, seguirán siendo “cuidados invisibles”, que aumentarán su dependencia de otros colectivos y limitarán su carácter autónomo; se instaurará la insatisfacción laboral y una actitud negativa frente a la propia actividad¹⁰, y ante actitudes negativas es imposible progresar en el conocimiento de la disciplina enfermera, ni mejorar cualitativamente en la atención a los pacientes. Este será el punto de mira del presente trabajo, ofrecer unos cuidados cualitativamente excelentes.

OBJETIVOS

- Identificar el grado de implantación y uso del Proceso Metodológico Enfermero (PE)

- Identificar el nivel de conocimiento de enfermería sobre el PE
- Conocer la actitud de enfermería ante el PE
- Averiguar si el conocimiento y la actitud influyen en la implantación y uso del PE

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño

Se realizó estudio observacional, de tipo transversal descriptivo y transversal correlacional, de aplicación multicentro y para un conjunto determinado de profesionales de enfermería.

Población

Enfermeras de Hospitalización, UCI y Urgencias de los diferentes turnos de trabajo, de los centros idcsalud en Catalunya (Hospital General de Catalunya, Hospital Universitari Sagrat Cor y Clínica del Vallés).

Población = 376 (CV = 23, HGC = 177 y HUSC = 176).

Diferencias instrumentales (Historia Clínica): HGC y CV formato electrónico, HUSC en papel.

Determinación de la muestra: se aplicó la fórmula para poblaciones finitas $n = N / \{1 + [e^2 (N-1) / z^2 pq]\}$ estableciendo un margen de error del 5%, un nivel de confianza del 95% y un nivel de heterogeneidad del 50%, dando un tamaño aconsejable de la muestra de 194 individuos.

Variables de estudio

Variables laborales, académicas, instrumentales, cognitivas y conductuales.

Obtención de los datos

Confección de un instrumento de medición triple, encuesta autoadministrada.

Acceso: inicialmente a través de la Intranet y, posteriormente, en formato papel.

Período de recolección de datos: 3 meses (abril - junio/2013) y de 6 a 7 meses para el análisis y la elaboración del estudio (finalización: febrero/2014).

Prueba piloto a 10 enfermeras del área de gestión, modificando parcialmente algún enunciado.

Nº de encuestas: de la muestra aconsejable de 194 individuos se obtuvieron 166 encuestas, 60 de las cuáles se descartaron por incompletas.

Instrumento utilizado: "Cuestionario sobre el Proceso Enfermero Brooking/ECope/Bowman", compuesto por 3 cuestionarios: Brooking (implantación y uso del PE, de Brooking J.¹¹, adaptado al contexto español por Zaragoza A. (2004), presentando validez de contenido y de criterio y fiabilidad α -Cronbach > 0,7), ECoPE (conocimiento sobre el PE, confeccionado por el autor del estudio, pendiente de validación y fiabilidad) y Bowman (actitud frente al PE, de Bowman GS (1893), validado para el ámbito anglosajón). Cada cuestionario estaba compuesto por una introducción con el objetivo del cuestionario, una parte con preguntas académico-laborales, común en los tres, y, por último, las preguntas específicas del cuestionario:

- Brooking. 33 preguntas con respuestas valoradas del 1 al 5 correspondientes a 5 categorías, entre *Nunca* y *Siempre*, convertidas en tres grados de implantación:

Generalmente NO implantado, No sé y Generalmente implantado. Se analizaron las respuestas para cada etapa del PE, además de las referentes a: formación del profesional, participación de la familia e implicación de la organización.

- ECoPE. 12 preguntas de opción múltiple (A-B-C) y una única respuesta válida, valorada con 1 punto. Se establecen 4 grupos según el número de respuestas correctas: menos de 6 (C° insuficiente); entre 6 y 8 (C° escaso); entre 9 y 10 (C° bueno) y más 10 (C° excelente), convirtiéndolos en dos únicos niveles de conocimiento: *Conocimiento deficiente* (C° insuficiente + C° escaso) y *Conocimiento óptimo* (C° bueno + C° excelente).
- Bowman. 20 preguntas, 10 positivas y 10 negativas, con respuestas valoradas según escala aditiva de Likert de 5 categorías, *Totalmente en desacuerdo, En desacuerdo, No sé, De acuerdo y Totalmente de acuerdo*, agrupándolas en 3 grados de actitud: *Actitud positiva, Indiferencia y Actitud negativa.*

Análisis estadístico

Los resultados se volcaron a una plantilla Excel y, una vez depurados los datos, se procesaron en el programa estadístico SPSS v.19 para su análisis cuantitativo, descriptivo e inferencial (frecuencias, porcentajes, medias, desviaciones típicas y coeficientes de correlación de Pearson, entre otros). El análisis se realizó de forma global y por centro.

Aspectos éticos

Se consideraron las normas éticas publicadas en 1991 por el Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas (CIOMS) en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS), en lo referente a confidencialidad, privacidad, participación, uso de datos, etc.

No se solicitó consentimiento informado a los participantes por su carácter anónimo y por la inclusión, en la introducción de los tres cuestionarios, del objetivo del estudio. Se solicitó, en cambio, consentimiento a la Dirección de Enfermería de idcsalud de Catalunya, siendo el proyecto aprobado por el Comité de Ética e Investigación Clínica (CEIC) del centro.

RESULTADOS

106 encuestas válidas. Distribución: 14 (13,2%) en CV, 39 (36,8%) en HUSC y 53 (50,0%) en HGC. Por unidades: 68,9% Hospitalización, 19,8% Urgencias y 11,3% UCI.

Académico-laborales

Perfil profesional obtenido: profesional titulado hace más de 20 años (34,9%), con experiencia laboral de más de 15 (50%), que cursó sus estudios en la Universidad de Barcelona (51,9%) y los amplió con cursos de postgrado (38%) y/o máster (18%), siendo su situación laboral actual fija (90,6%) y centrada en el ámbito de Hospitalización (69%), en cuya unidad trabaja desde hace aproximadamente 9 años.

Implantación del PE

Porcentaje global obtenido: inferior al 50%.

Por fases del PE: Valoración 86,2%, Diagnóstico 46,5%, Planificación 39,6%, Ejecución 63,0%, Evaluación 44,4%. También se analizó: Participación familiar 35,5%, Organización 41,3% y Formación 47,7%. De los centros, sólo idcsalud HGC presentó un porcentaje superior al 50%.

Tabla 1

Implantación PE	HUSC	HGC	CV
Generalmente NO implantado	52,7 %	35,3 %	38,7 %
No lo sé	39,5 %	9,4 %	11,9 %
Generalmente implantado	7,8 %	55,3 %	49,4 %

Conocimiento sobre el PE

Porcentaje global: 63,7% de respuestas correctas frente al 36,3 % de incorrectas.

Por centro: HGC 66.8% correctas y 33,2% incorrectas; HUSC 62,0% correctas y 38,0% incorrectas; CV 56,5% correctas y 43,5% incorrectas.

Extrapolando el nº de aciertos en grados de conocimiento (insuficiente, escaso, bueno y excelente) y éstos, a su vez, en niveles de conocimiento (deficiente y óptimo) se obtuvieron altos porcentajes de conocimiento *deficiente*, tal y como muestran las siguientes tablas:

Tabla 2

ECOPE - Nivel de Conocimiento	HUSC	HGC	CV
Insuficiente (Respuestas correctas menos de 6)	5,1 %	11,3 %	14,3 %
Escaso (Respuestas correctas entre 6 y 8)	64,1 %	49,1 %	78,6 %
Bueno (Respuestas correctas entre 9 y 10)	25,7 %	30,2 %	7,1 %
Excelente (Respuestas correctas más de 10)	5,1 %	9,4 %	0,0 %

Tabla 3

Conocimiento PE	HUSC	HGC	CV
Conocimiento deficiente (Insuficiente + Escaso)	69,2 %	60,4 %	92,9 %
Conocimiento óptimo (Bueno + Excelente)	30,8 %	39,6 %	7,1 %

Actitud frente al PE

Porcentaje global: 70,9% de respuestas favorables a enunciados positivos y un 42,2% desfavorables a enunciados negativos, ambos indicativos de actitud positiva en un 56,5%.

Por centro: mayor número de respuestas que reflejaban una actitud positiva sobre el PE

Tabla 4

(P)	Respuestas	
	f	%
Agrupación respuestas		
10 enunciados positivos		
5. Totalmente de acuerdo	391	36,9%
4. De acuerdo	360	34,0%
3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo	188	17,7%
2. En desacuerdo	69	6,5%
1. Totalmente en desacuerdo	52	4,9%
Total	1060	100,0%

f: Respuestas (10 preguntas x 106 encuestas = 1060)

Tabla 5

(N)	Respuestas	
	f	%
Agrupación respuestas		
10 enunciados negativos		
5. Totalmente en desacuerdo	242	22,8%
4. En desacuerdo	206	19,4%
3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo	235	22,2%
2. De acuerdo	248	23,4%
1. Totalmente de acuerdo	129	12,2%
Total	1060	100,0%

f: Respuestas (10 preguntas x 106 encuestas = 1060)

Tabla 6

Actitud ante el PE	Respuestas			Tipo Actitud
	f	(%)	$\sum f$ $\sum(\%)$	
(P) Totalmente de acuerdo + (N) Totalmente en desacuerdo	633	(29,8)	1199 (56,5)	Actitud positiva
(P) De acuerdo + (N) En desacuerdo	566	(26,7)		
(P) Ni de acuerdo ni en desacuerdo + (N) Ni de acuerdo ni en desacuerdo	423	(20,0)	423 (20,0)	Indiferencia
(P) En desacuerdo + (N) De Acuerdo	317	(15,0)	498 (23,5)	Actitud

(P) Totalmente en desacuerdo + (N) Totalmente de acuerdo	181	(8,5)		negativa
Total	2120	(100,0)	2120	(100,0)

f: Respuestas (20 preguntas x 106 encuestas = 2120) P. Enunciados Positivos N. Enunciados Negativos

Relación entre variables

- Análisis de tablas de contingencia y correlaciones entre variables obteniendo:
- Implantación/Conocimiento: no existe correlación entre ambas variables.
- Implantación/Actitud: el 12,96% (0,3602) de la Implantación podía ser explicado por la Actitud positiva, siendo el restante 87,04% una variabilidad no explicada. La correlación es directa, a mayor porcentaje de Actitud positiva mayor porcentaje de Implantación del PE, aunque baja. Fases del PE con correlación positiva: Diagnóstico (0,277), Planificación (0,399), Ejecución (0,351) y Evaluación (0,291).
- Conocimientos/Actitud: no existe correlación entre ellas.

Tabla 7

Relación entre variables		Implantación	Conocimientos	Actitudes
Implantación	Correlación Pearson	de 1	,007	,360**
	Sig. (bilateral)		,943	,000
	N	106	106	106
Conocimientos	Correlación Pearson	de ,007	1	-,026
	Sig. (bilateral)	,943		,793
	N	106	106	106
Actitudes	Correlación Pearson	de ,360**	-,026	1
	Sig. (bilateral)	,000	,793	
	N	106	106	106

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

- Implantación/Datos académico-profesionales: inesperadamente, se obtuvo relación de dependencia inversa entre Implantación/Años de titulación. El coeficiente de correlación fue de -0,224 y el nivel de significación de 0,021. Así, un 50,17% (-

0,2242) de la Implantación del PE podría ser explicada por los Años de titulación del personal, pero de forma inversa, es decir, al aumentar los años se produce una disminución de la implantación del Proceso.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos muestran coincidencias y discrepancias con otros autores en relación a las variables estudiadas:

- **Implantación** y uso del PE. Menos del 50% de los profesionales afirmaron utilizar el Proceso. Fase más utilizada: Valoración seguida de la Ejecución. Coinciden los datos con los aportados por Takahashi et al. (2008) y Domingo¹²: ambos señalan la Valoración como la fase de mayor implantación y la Planificación como la de menor implantación.
- **Conocimiento**. El alto porcentaje obtenido de Conocimiento deficiente coincide con Hagos (2014), siendo en este autor aún más elevado. Zaragoza (2004) obtiene resultados parecidos e indica que este hecho impide el uso pleno del Proceso. Por el contrario, Mahmoud & Bayoumy (2014) obtienen el 94,6% de conocimiento óptimo. Aún así, se coincide con ellos en señalar la fase Diagnóstica como la de menor implantación.
- **Actitudes**. Se coincide con Rojas¹³ en la obtención de actitudes positivas, aunque en éste se da también un alto porcentaje de actitudes neutras, sin encontrar una explicación.
- **Relaciones**. Los datos obtenidos en Conocimiento/Implantación discrepan con la mayoría de autores: mientras se afirma mayoritariamente la existencia de relación entre estas variables, en el presente estudio se descarta tal relación. Por el contrario, con respecto al binomio Actitud/Implantación, los datos muestran que las actitudes positivas influyen en el grado de implantación y uso del PE, en contraposición de nuevo con los autores anteriores.

CONCLUSIONES

El PE en los centros idcsalud en Catalunya presenta un nivel medio de implantación y uso. Así mismo, el conocimiento que sobre él tienen las enfermeras es escaso, aunque su actitud es positiva, evidenciando que a mayor porcentaje de enfermeras con actitud positiva ante el Proceso, mayor será el nivel de implantación y uso de este último; en cambio, la implantación descende cuando aumentan los años de titulación de enfermería. A mayor antigüedad = Menor implantación y uso del PE.

Todo esto se traduce en la necesidad de reforzar la presencia del Proceso Metodológico Enfermero en la práctica asistencial como herramienta y modelo de pensamiento crítico que, a su vez, garantice el desarrollo del juicio clínico necesario para una adecuada toma de decisiones sobre los cuidados del paciente.

RECOMENDACIONES

- Aprovechar el potencial que ofrece la actitud positiva de enfermería, sugiriendo aumentar y fomentar su presencia y participación en la elaboración de los procedimientos asistenciales.
- Modificación de los programas de formación continuada de idcsalud Catalunya o creación de nuevos cursos formativos con el objetivo de solventar las deficiencias de conocimiento sobre el Proceso Enfermero y superar así la dicotomía formación académica/práctica asistencial.
- Fomentar y facilitar el acceso a fuentes de información como medio de aprendizaje (póster, newsletters, recursos electrónicos...)
- Establecer proyectos organizativos que den solución a los elementos señalados por los encuestados como determinantes negativos (burocracia y tiempo) que pueden colisionar con la implantación y uso del Proceso Enfermero.
- Desarrollar un sistema de registros de enfermería funcional y práctico, aplicado a cada una de las etapas del Proceso Enfermero y que permita el fomento del pensamiento crítico como garante para la toma de decisiones; que traduzca la práctica asistencial y la represente; que facilite la transmisión de la información; que englobe a todos los integrantes de la asistencia, emisores y receptores incluyendo, como exigencia sine que non, la participación activa de los pacientes y sus familiares; y que, en su naturaleza intrínseca, adopte las características de un sistema de comunicación antes que el de un registro de ejecución meramente impositiva.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alfaro R. Aplicación del proceso enfermero: guía paso a paso. 3ª ed. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica, 1999
2. Alfaro R. Pensamiento crítico y Juicio clínico en enfermería. 4ª ed. Elsevier. Barcelona, 2009:(65)
3. Zaragoza A. Implementing the nursing process in a teaching hospital ward: an action research study. University of Glasgow: Scotland; 2004.
4. Takahashi AA, Bottura AL, Michel JLM & Fernandes de Souza M. Difficulties and facilities pointed out by nurses of university hospital when applying the nursing process. Acta Paul Enferm 2008; 21 (1):32-8
5. Mahmoud MH & Bayoumy HM. Barriers and facilitators for execution of nursing process from nurses' perspective. Int J Adv Res. 2014; Vol 2, Issue 2, 300-315
6. Adeyemo FO & Olaogun AAAE. Factors affecting the use of nursing process in health institutions in Ogbomosho Town, Oyo State. Int. J. Med. Pharm. Sci. 2013; vol. 3, Issue 1, Mar,91-98
7. Aguilar-Serrano L, López M, Bernal ML, Ponce G y Rivas JG. Nivel de conocimientos acerca del proceso enfermero y la percepción de autoeficacia para su aplicación. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc, 2008;16(1): 3-6

8. Hagos F, Alemseged F, Balcha F, Berhe S, Aregay A. Application of Nursing Process and Its Affecting Factors among Nurses Working in Mekelle Zone Hospitals, Northern Ethiopia. *Nurs Res Pract*, Volume 2014
9. Souza E, Turrini R, Sousa R, Baltar VT, Monteiro da Cruz D. Atitudes dos profissionais de enfermagem relacionadas ao Processo de Enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*. 2012; 46 (Esp): 130-137. São Paulo: Brasil
10. Bowman GS, Thompson D, Sutton T. Nurses' attitudes towards the nursing process. *J Adv Nurs* 1983;8, 2 125-129
11. Brooking J. Patient and family participation in nursing care: the development of a nursing process measuring scale. Thesis submitted for the degree of Doctor of Philosophy (Ph. D). University of London, King's College: UK; 1986
12. Domingo M. Implantación del proceso enfermero en el Hospital General Universitario de Alicante;2007. Cuestionario Brooking@ 2004
13. Rojas JG. Factores relacionados con la aplicación del proceso de atención de Enfermería y las taxonomías en 12 unidades de cuidado intensivo de Medellín. Proyecto de grado para el título de Magister en Enfermería. Universidad de Antioquía: Medellín (2009: 89)

PROYECTO PROMETEO. PRIMERA ACCIÓN DE MEJORA: HACIENDO VISIBLE EL PROCESO METODOLÓGICO ENFERMERO

AUTOR/ES

Jaume Riu-Gol, Alberto Sánchez-Aranda, Anna Cruz-Oliveras, Daniel Regaña-Velázquez

INTRODUCCIÓN

El **proyecto PROMETEO** obedece a la necesidad de conocer el estado actual del Proceso Metodológico Enfermero en los centros de idcsalud en Catalunya, Clínica del Vallés, Hospital Universitari Sagrat Cor y Hospital General de Catalunya, como requerimiento previo para el establecimiento de una nueva herramienta informática en la que dicho Proceso estará representado y descrito en su totalidad siguiendo el modelo teórico de V. Henderson y bajo el lenguaje estandarizado de las taxonomías NANDA-NOC-NIC.

El proyecto se estructura en dos fases: una 1ª fase o fase previa diseñada para conocer cuál es la situación de partida y desarrollada entre los años 2013-2014; y una 2ª fase o fase conclusiva, que se llevará a cabo durante el período 2015-16, para determinar el progreso obtenido post-realización de las acciones de mejora recomendadas en la primera fase.

Los resultados del estudio realizado en esa 1ª fase, llamado “Proyecto PROMETEO. Análisis del Proceso Metodológico Enfermero. Implantación, conocimiento y actitud enfermera en idcsalud Catalunya”, demostraron una moderada implantación y uso del Proceso, su escaso conocimiento por parte de enfermería y la actitud positiva de este colectivo ante dicho Proceso, única variable que ejercerá influencia sobre él. Se propusieron una serie de recomendaciones/acciones de mejora con la finalidad de reforzar la presencia del Proceso Metodológico Enfermero, y fomentar así el pensamiento crítico entre el personal de enfermería como base para una toma de decisiones que facilite la ejecución de unos cuidados competentes.

De ahí la creación de esta **Primera Acción de Mejora** como Póster explicativo del Proceso Metodológico Enfermero, con la que se pretende dar respuesta a las recomendaciones que surgieron en el estudio anteriormente citado.

La hemos titulado “**Haciendo visible el Proceso Metodológico Enfermero**” ya que entendemos que sólo así es posible crecer como profesión, plasmando nuestro Proceso y dándole visibilidad, visibilidad dirigida tanto a profesionales como a pacientes y familiares, visibilidad que traduce nuestro modelo de pensamiento crítico como garantía de elección y aplicación de unos cuidados, centrados en los resultados del paciente y guiados por la mejor evidencia disponible

OBJETIVOS

- Difundir, visibilizar y hacer accesible el Proceso Metodológico Enfermero a todos los integrantes de la asistencia sanitaria, pacientes, familiares y profesionales de todos y cada uno de los ámbitos.
- Fomentar entre enfermería el pensamiento crítico, como proceso que conduce a la obtención de un juicio clínico sólido y necesario para la correcta toma de decisiones sobre los cuidados más adecuados para el paciente.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño

Se confeccionó cada imagen siguiendo el modelo teórico del Proceso Metodológico Enfermero de 5 fases descrito por la ANA (American Nurses Association) del 2010 en su *Nursing: Scope and Standards of Practice*¹. Se tuvo en cuenta también la relación entre las etapas del Proceso y los principios del modelo conceptual de V. Henderson, descrita por M.T. Luis Rodrigo en *De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI*².

Se resaltaron aquellas ideas centrales en cada Fase del Proceso.

Se añadió una sexta Fase, denominada “Fase de Registro”, para resaltar la importancia de los registros enfermeros como garantía para una correcta ejecución del Proceso, por Fases y en su globalidad, y como propuesta personal del autor.

Se realizó una primera composición en formato .ppt, jpeg y tif, tanto en catalán como en castellano.

Se confeccionan, por el servicio de Marketing, 50 Pósteres en cartón-pluma, apaisados y a todo color, en castellano, con unas dimensiones de 60x80.

Población

48 unidades de los ámbitos de Hospitalización, UCI, Urgencias, Consultas Externas, Quirófano, Cirugía ambulatoria y Salas de espera centrales de los centros idcsalud Catalunya, Hospital General de Catalunya, Hospital Universitari Sagrat Cor y Clínica del Vallés.

Se dejan 2 pósteres para reposición.

Ubicación

Zonas visibles de las distintas unidades/servicios (entrada, pasillos, salas de espera...), dependiendo de las características de cada una de ellas.

RESULTADOS

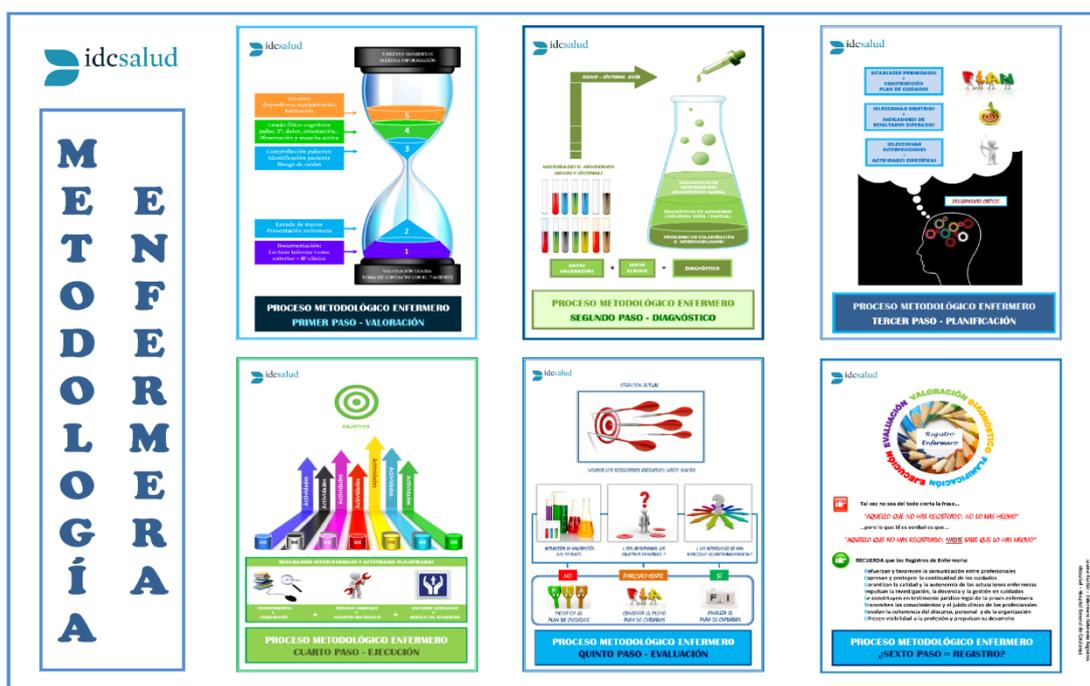
Durante el primer semestre del 2014 se lleva a cabo el desarrollo y la elaboración del Póster “**Metodología Enfermera**”, iniciando su ubicación definitiva a principios del mes de septiembre del mismo año.

La ubicación de los Póster se hizo por Fases:

1. Implantación inicial en el H. Universitari Sagrat Cor.
2. Extensión de la implantación en Clínica del Vallés y Hospital General de Catalunya.

3. Realización de “píldoras informativas” durante el proceso de colocación del Póster.
4. Elaboración de Newsletter en formato electrónico y en formato papel, ambas con refuerzo formativo suplementario.

Debido al corto período de tiempo que el Póster ha estado expuesto, no es factible evaluar ahora su impacto. Habrá que esperar hasta la finalización del proyecto PROMETEO en su conjunto, que conlleva la aplicación de las distintas Acciones de Mejora y Recomendaciones dadas en el estudio de la primera fase así como la repetición de dicho estudio inicial, como condición necesaria para poder analizar adecuadamente su influencia sobre los profesionales y sobre los pacientes y familiares.



CONCLUSIONES

A la espera de la finalización de todo el Proyecto PROMETEO, como primeras conclusiones cabe señalar:

- La percepción positiva de la aceptación del Póster por parte del personal asistencial, así como la muestra de interés de los pacientes y familiares por el Proceso Metodológico Enfermero.
- Se logra hacer visible y accesible el Proceso Metodológico Enfermero como reflejo del pensamiento crítico de enfermería y apoyo para la toma de decisiones en la determinación de los mejores cuidados de los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Henderson, V. (1987). The nursing process in perspective. Guest Editorial. Journal of Advanced Nursing, 12, 657-658
2. Alfaro R. (2009). Pensamiento crítico y Juicio clínico en enfermería. 4ª ed. Elsevier. Barcelona.

3. Luis Rodrigo, MT. (2005). De la teoría a la práctica. El pensamiento de V. Henderson en el siglo XXI. 3ª ed. Mason. Barcelona.
4. American Nurses Association (2010). Nursing: Scope and Standards of Practice, 2nd Edition. Silver Spring. Maryland.
5. Zema, Jane (2011). Tenga éxito en su plan de cuidados. Nursing, Vol.20, Nº 10

PUNTO DE INFLEXIÓN EN EL SABER ENFERMERO: EL PENSAMIENTO CRÍTICO

AUTOR/ES

Mari Carmen García-García

PALABRAS CLAVE

Ciencia, enfermería, conocimiento, pensamiento

INTRODUCCIÓN

La enfermería es una ciencia aplicada a la práctica profesional, ahora emergente aunque a lo largo de la historia han existido “barreras” que han retrasado su desarrollo como ciencia. La ciencia constituye un cuerpo organizado o sistemático de conocimientos que hace uso de leyes o principios generales. De esta forma, el punto de inflexión del saber enfermero con respecto al conocimiento científico se encuentra en el pensamiento crítico, ya que el conocimiento científico es crítico por naturaleza mientras que el saber enfermero es acrítico.

OBJETIVOS

Exponer las principales diferencias entre el conocimiento común y el conocimiento científico, partiendo como punto de inflexión del pensamiento crítico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha aplicado un diseño de carácter descriptivo basado en una estrategia de búsqueda de la literatura científica en las bases de datos Elsevier, Cochrane, Scielo y Google Académico seleccionando los artículos más relevantes publicados en los últimos años.

RESULTADOS

El conocimiento científico se caracteriza por ser sistemático, usar el método científico, basado en el pensamiento crítico, universal, comprobable, razonamiento teórico, progresivo, con lenguaje preciso y apropiado, explicación, posibilidad de predicción, objetividad, acumulativo y con exigencia de coherencia y consistencia. Mientras que el conocimiento común es asistemático, se obtiene sin método, acrítico, particular, no comprobable, razonamiento práctico, no hace progresar el conocimiento, lenguaje ambiguo, descripción, imposibilidad de predicción, subjetivo, episódico y carece de coherencia y consistencia.

CONCLUSIONES

La gran aportación del conocimiento científico y de la ciencia pasa por la creación de lenguajes convencionales, la continua búsqueda por parte del científico, la formulación de conceptos, mayor comprensión de las cosas, etc. Estas son herramientas de trabajo de la ciencia y permiten al científico ordenar y comunicar aquella parcela de la realidad que está analizando. El conocimiento científico es universal, nos proporciona verdades científicas que son objetivas y es un conocimiento acumulativo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Brito Brito P.R. La enfermería como ciencia emergente. ENE Revista, Vol. 1, 2007.
2. Mariscal Crespo M.I. La enfermería sin límites y los límites de la enfermería. Enfermería Clínica, Elsevier Doyma, Vol. 22 (3), 2012
3. Mariscal Crespo, M.I. La Enfermería basada en la disciplina, 2000.
4. Castrillon Agudelo M.C. La práctica de enfermería como objeto de estudio. Investigación y educación en enfermería, Vol. 10 (2), 2014.
5. Mínguez Moreno I., Siles González J. Pensamiento crítico en enfermería: de la racionalidad técnica a la práctica reflexiva. Universidad de Alicante, Vol. 14 (4), 2014.

COMPETENCIAS DE ESTUDIANTES DE ENFERMERIA PARA GENERAR Y APLICAR EVIDENCIA

AUTOR/ES

Yolanda Martin-Vaquero. Carmen Villar-Bustos

PALABRAS CLAVE

Práctica clínica basada en la evidencia. Enfermería. Cuestionario.

INTRODUCCIÓN

La práctica basada en la evidencia (PBE) es un proceso complejo. Aplicarlo implica poseer conocimientos y habilidades para buscar, evaluar y utilizar la evidencia, además de una actitud positiva hacia esta práctica.

En el año 2013 con el nuevo plan de estudios de Grado de Enfermería comienza a impartirse en el Escuela Universitaria de Enfermería de Zamora de la Universidad de Salamanca la asignatura Ciencia y Evidencia dentro del plan de estudios de 4º curso para generar una actitud crítica entre los alumnos y desarrollar la competencias específicas (CIN 30): “realizar investigación en relación con las diferentes materias de enfermería estudiadas”.

Entre los objetivos de esta asignatura entre otros están:

Conocer y aplicar los fundamentos y principios teóricos y metodológicos de la enfermería. Basar las intervenciones de la enfermería en la evidencia científica y en los medios disponibles. Establecer mecanismos de evaluación, considerando los aspectos científico-técnicos y los de calidad. (1)

Para alcanzar las competencias de la asignatura, junto con el programa teórico de metodología científica y práctica basada en Evidencia (PBE), se realizan prácticas en el aula: lectura crítica de trabajos de investigación y taller de revisiones sistemáticas con lectura crítica de un artículo científico.

Se pretende al finalizar el grado que los estudiantes, futuros profesionales tengan un pensamiento crítico con todos los conocimientos y habilidades adquiridas para usar el método científico, la aplicación del proceso de enfermería, tomar decisiones bien informadas basadas en los resultados de las investigaciones y desempeñar su práctica profesional diaria en la evidencia disponible

Igualmente que sean flexibles, que se adapten a los medios, conscientes de sus recursos y capacidades, conocedores de sus limitaciones, que pidan ayuda cuando lo necesiten, que sean creativos (busquen nuevas formas de hacer las cosas), proactivos que se anticipen a los problemas buscando soluciones y de mente abierta

Al finalizar la asignatura se realiza una evaluación que sirve para comprobar actitudes, conocimientos y habilidades.

OBJETIVOS

Conocer la autopercepción sobre conocimientos, habilidades y actitudes ante la PBE de los estudiantes de cuarto curso de la Escuela Universitaria de Enfermería de Zamora.

Analizar la tendencia en dos cursos académicos consecutivos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo mediante la realización del CUESTIONARIO DE COMPETENCIAS EN PRÁCTICA BASADA EN LA EVIDENCIA (CACH-PBE) de Ruzafa M. et al (2013) tras conseguir la autorización de la autora de su uso (2,3). El cuestionario ha sido diseñado para evaluar el nivel de Competencia de los estudiantes de enfermería en Práctica Basada en la Evidencia. Es auto-administrado dirigido a estudiantes de enfermería.

Consta de 25 ítems que detectan desde un alto nivel de Competencia hasta un bajo nivel de Competencia ante la PBE. Estructurado en tres dimensiones: 13 que valoran la actitud, 6 ítems las habilidades y 6 los conocimientos.

Para el análisis descriptivo se siguen las instrucciones de los autores. Se usa escala de 5 puntos Likert: valor máximo "Muy de acuerdo"=5 y valor mínimo "Muy en desacuerdo"=1. De los 25 ítems que conforman el cuestionario 9 han sido redactados en sentido inverso, de forma que las respuestas en la categoría 1 "muy en desacuerdo" cambia a 5 "muy de acuerdo"; la categoría 2 pasa a puntuarse como 4; la opción 3 no se modifica; la 4 pasa a ser 2 y la 5 pasa a ser 1.

La población de estudio son todos los alumnos de cuarto curso de Grado de Enfermería

Los datos se recogieron el último día de clase de la asignatura impartida por los docentes en los cursos académicos 2013-14 y 2014-15

Previo a la cumplimentación del cuestionario, se explicó a los participantes el objetivo, la participación de los alumnos fue voluntaria, garantizándose su anonimato.

RESULTADOS

El cuestionario fue respondido por 45 alumnos del curso 2013-14 y 46 en el 2014-15 (75% población). En 2014-15 la media de edad es 22 (20-26), 84,8% mujeres.

El índice global de competencias ante PBE es 3'8 (2013-14)// 3'7 (2014-15) nivel de competencia similar en ambos cursos académicos, no hay diferencias significativas, siendo 5 el máximo.

Las puntuaciones medias obtenidas en las tres dimensiones fueron:

	2013-14	2014-15
Actitud	4,1 (2'7- 4'8)	4,0 (2'8- 4'8)
Conocimientos	3'7 (2'2- 4'7)	3'7 (2'2- 4'5)

Habilidades	3'5 (2'2- 4'7)	3'3 (1'8- 4'3)
-------------	----------------	----------------

La dimensión de la actitud tiene un 57'4% // 55'2% de respuestas positivas, 17'4% // 17'6% de respuestas neutras y 25'1% // 26'4% de respuestas negativas. Los resultados por cada ítem de ambos cursos académicos evaluados se reflejan en la Tabla 1: "Dimensión actitud".

En 2013-14 el ítem A7 "La práctica de la PBE mejora el cuidado del paciente." fue el mejor valorado con media de 4'6 y en 2014-15 el A1 "La PBE ayuda en la toma de decisiones en la práctica clínica" con una media de 4'6.

El 95'6 % // 100 % considera que la Practica Basada Evidencia (PBE) ayuda en la toma de decisiones. En 2013-14 el 91'1% está en desacuerdo que la PBE no se ponga en práctica y en 2014-15 el 91'3% están desacuerdo que los cambios que experimentan los cuidados con la aplicación de la PBE sean mínimos.

En la dimensión habilidades 37% // 36'2% están muy de acuerdo o de acuerdo, 27'4%//34'1% ni de acuerdo ni en desacuerdo y un 35'6%//29'7% en desacuerdo o muy en desacuerdo.

En la tabla 2: "Dimensión habilidades" se recoge la media de los 6 ítems, siendo la más alta 3'8//3'7 el ítem H1 "Me siento capaz de plantear una pregunta clínica para iniciar la búsqueda de la mejor evidencia científica"

El ítem C1 de la dimensión conocimientos "Conozco cómo formular preguntas clínicas estructuradas según el formato PICO (paciente, intervención, comparación y resultado)" tiene la media más alta 4'3//4'2. El 52'6 % // 57'6% da respuestas positivas. Tabla 3: "Dimensión conocimientos".

CONCLUSIONES

Las características sociodemográficas de los alumnos corresponden con las propias del grado.

El estudio ha pretendido evaluar la competencia sobre práctica basada en la evidencia al finalizar los estudios de grado en dos cursos consecutivos. Los resultados demuestran que tienen una actitud positiva frente a la PBE lo que potenciará su predisposición a adquirir conocimientos y habilidades en esta metodología. Ambos grupos se comportan de forma similar.

La actitud lograda es básica en los futuros profesionales. Tener pensamiento crítico producirá que su práctica diaria obtenga mejores resultados en sus pacientes. Conocimientos y habilidades son básicos y tendrán que ser mejorados para facilitar la actividad profesional.

El resultado es optimista y apoya la decisión de que esta asignatura esté en el plan de estudios de grado. Es fundamental recibir esta formación como apoyo al trabajo fin de grado, para su iniciación a la práctica clínica enfermera y generar así una actitud crítica.

El cuestionario ha sido de fácil aplicación, es útil y los alumnos no manifestaron ninguna incidencia.

Para futuras investigaciones se podría valorar la intervención educativa realizando al inicio y final del curso el cuestionario y volver a evaluar cuando estén en la práctica clínica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Guía Académica 2013-2014. Grado en Enfermería. Escuela Universitaria de Enfermería de Zamora. Secretaría General Universidad De Salamanca. Salamanca, 2013
2. Ruzafa-Martínez M, López-Iborra L, Madrigal-Torres M. Attitude towards Evidence-Based Nursing Questionnaire: development and psychometric testing in Spanish community nurses. *J Eval Clin Pract.* 2011 Aug; 17(4):664-70.
3. Ruzafa-Martínez M, López-Iborra L, Moreno-Casbas T, Madrigal-Torres M. Development and validation of the competence in evidence based practice questionnaire (EBP-COQ) among nursing students. *BMC medical education* 2013, 13(1):19. doi:10.1186/1472-6920-13-19
4. Martínez Díaz JD, Jiménez Rodríguez D, Muñoz Ronda FJ, Aguilera Manrique G, López Valverde MA, Rodríguez Salvador MM. Competencia de las enfermeras de cuidados críticos para integrar y aplicar la práctica basada en la evidencia. *Metas Enferm abr* 2014; 17(3): 20-26.

Tabla 1: "Dimensión actitud"

	ESCALA DE ACTITUD ANTE LA PRÁCTICA BASADA EN LA EVIDENCIA (PBE)	Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo	Positivas	Neutras	Negativas		
A1	La PBE ayuda en la toma de decisiones en la práctica clínica.	57,8 %	37,8 %	4,4%			95,6 %	4,4%		4,5	13-14
		63,04 %	36,96 %				100,0 %			4,6	14-15
A2	Confío en poder evaluar críticamente la calidad de un artículo científico.	13,3 %	55,6 %	31,1 %			68,9 %	31,1 %		3,8	13-14
		8,70 %	52,17 %	39,13 %			60,9 %	39,1 %		3,7	14-15
A3	La aplicación de la PBE permitirá definir mejor el rol enfermero.	51,1 %	33,3 %	13,3 %	2,2%		84,4 %	13,3 %	2,2%	4,3	13-14
		39,13 %	50,00 %	10,87 %			89,1 %	10,9 %	%	4,3	14-15
A4	El contrato de enfermería debería incluir tiempo para la lectura y valoración de la literatura.	24,4 %	42,2 %	26,7 %	6,7%		66,7 %	26,7 %	6,7%	3,8	13-14
		10,87 %	47,83 %	28,26 %	13,04 %		58,7 %	28,3 %	13,0 %	3,6	14-15
A5	La aplicación mayoritaria de la PBE permitirá aumentar la autonomía respecto a otras profesiones.	48,9 %	37,8 %	11,1 %	2,2%		86,7 %	11,1 %	2,2%	4,3	13-14
		41,30 %	52,17 %	2,17 %	2,17 %		93,5 %	2,2%	2,2%	4,3	14-15

A 6	Me agrada- ría mucho que cuando trabaje como enfermera se esté aplicando la PBE.	48,9 %	42,2 %	6,7%	2,2%		91,1 %	6,7%	2,2%	4, 4	13- 14
		47,83 %	30,43 %	10,87 %	6,52 %		78,3 %	10,9 %	6,5%	4, 1	14- 15
A 7	La práctica de la PBE mejora el cuidado del paciente.	64,4 %	28,9 %	6,7%			93,3 %	6,7%		4, 6	13- 14
		60,87 %	32,61 %	4,35 %	3,26 %		93,5 %	4,3% 3,3%		4, 5	14- 15
A 8	Desearía poder contribuir a la aplicación de la PBE en un futuro.	17,8 %	40,0 %	37,8 %	4,4%		57,8 %	37,8 %	4,4%	3, 7	13- 14
		17,39 %	36,96 %	32,61 %	10,87 %		54,3 %	32,6 %	10,9 %	3, 5	14- 15
A 9 *	La lectura de artículos científicos no me interesa.	2,2%	8,9%	22,2 %	40,0 %	26,7%	11,1 %	22,2 %	66,7 %	3, 8	13- 14
		2,17 %	15,22 %	21,74 %	43,48 %	17,39 %	17,4 %	21,7 %	60,9 %	3, 6	14- 15
A 10 *	Los cambios que experimentarán los cuidados con la aplicación de la PBE serán mínimos.		2,2%	15,6 %	26,7 %	55,6%	2,2%	15,6 %	82,2 %	4, 4	13- 14
				8,70 %	58,70 %	32,61 %		8,7% 91,3 %		4, 2	14- 15
A 11 1 *	Me alegra que la PBE sea sólo una corriente teórica que no se pone en práctica.	2,2%	2,2%	4,4%	24,4 %	66,7%	4,4%	4,4%	91,1 %	4, 5	13- 14
			2,17 %	10,87 %	50,00 %	36,96 %	2,2%	10,9 %	87,0 %	4, 2	14- 15
A 12	Si tuviera oportunidad realizaría un curso de PBE.	26,7 %	40,0 %	24,4 %	8,9%		66,7 %	24,4 %	8,9%	3, 8	13- 14
		13,04 %	39,13 %	32,61 %	15,22 %		52,2 %	32,6 %	15,2 %	3, 5	14- 15

A 1 3 *	No está entre mis prioridades profesionales futuras practicar la PBE.	4,4%	13,3 %	22,2 %	37,8 %	22,2%	17,8 %	22,2 %	60,0 %	3, 5	13- 14	
			17,39 %	26,09 %	45,65 %	10,87 %	17,4 %	26,1 %	56,5 %	3, 3	14- 15	
	MEDIA		27,9 %	29,6 %	17,4 %	12,0 %	13,2%	57,4 %	17,4 %	25,1 %	4, 1	13- 14
			23,4 %	31,8 %	17,6 %	19,1 %	7,5%	55,2 %	17,6 %	26,7 %	4, 0	14- 15

Tabla 2: "Dimensión habilidades"

	Escalas de CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES en enfermería basada en la evidencia (EBE)	Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo	Positivas	Neutras	Negativas	media	
H 1	Me siento capaz de plantear una pregunta clínica para iniciar la búsqueda de la mejor evidencia científica.	8,9%	64,4%	22,2%	4,4%		73,3%	22,2%	4,4%	3,8	13-14
		10,9%	52,2%	28,3%	8,7%		63,0%	28,3%	8,7%	3,7	14-15
H 2 *	No me siento capaz de realizar búsquedas de evidencia científica en las principales bases de datos de ciencias		17,8%	17,8%	55,6%	8,9%	17,8%	17,8%	64,4%	3,6	13-14
		2,2%	15,2%	32,6%	43,5%	6,5%	17,4%	32,6%	50,0%	3,4	14-15
H 3 *	No me siento capaz de buscar la información científica acerca del tema en los repertorios bibliográficos		11,1%	20,0%	60,0%	8,9%	11,1%	20,0%	68,9%	3,7	13-14
		2,2%	13,0%	32,6%	45,7%	6,5%	15,2%	32,6%	52,2%	3,4	14-15
H 4	Me siento capaz de evaluar la calidad de un artículo científico.	4,4%	42,2%	37,8%	15,6%		46,7%	37,8%	15,6%	3,4	13-14
		2,2%	39,1%	43,5%	10,9%	4,3%	41,3%	43,5%	15,2%	3,2	14-15
H 5 *	No me siento capaz de analizar si los resultados obtenidos en un estudio científico son válidos.	2,2%	24,4%	24,4%	44,4%	4,4%	26,7%	24,4%	48,9%	3,2	13-14
		4,3%	30,4%	26,1%	39,1%		34,8%	26,1%	39,1%	3,0	14-15
H 6	Me siento capaz de analizar la utilidad	2,2%	44,4%	42,2%	11,1%		46,7%	42,2%	11,1%	3,4	13-14

	práctica de un estudio científico.		45,7 %	41,3 %	10,9 %	2,2 %	45,7 %	41,3 %	13,0 %	3,3	14-15
	MEDIA	3,0%	34,1 %	27,4 %	31,9 %	3,7 %	37,0 %	27,4 %	35,6 %	3,5	13-14
		3,6%	32,6 %	34,1 %	26,4 %	3,3 %	36,2 %	34,1 %	29,7 %	3,3	14-15

Tabla 3: "Dimensión conocimientos"

	Escalas de CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES en enfermería basada en la evidencia (EBE)	Muy de acuerdo	De acuerdo	NI de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo	Positivas	Neutras	Negativas	media	
C1	Conozco cómo formular preguntas clínicas estructuradas según el formato PICO	35,6 %	60,0 %	2,2%	2,2%		95,6 %	2,2%	2,2%	4,3	13-14
		39,1 %	50,0 %	6,5%	4,3%		89,1 %	6,5%	4,3%	4,2	14-15
C2	Conozco las principales fuentes que ofrecen la información revisada y catalogada desde el punto de vista de la evidencia	28,9 %	48,9 %	15,6 %	6,7%		77,8 %	15,6 %	6,7%	4,0	13-14
		34,8 %	52,2 %	13,0 %			87,0 %	13,0 %		4,2	14-15
C3*	No conozco las características más importantes de los principales diseños de investigación.	2,2%	15,6 %	22,2 %	46,7 %	13,3%	17,8 %	22,2 %	60,0 %	3,5	13-14
		6,5%	15,2 %	34,8 %	41,3 %	2,2 %	21,7 %	34,8 %	43,5 %	3,2	14-15
C4	Conozco los distintos niveles de evidencia de los diseños de los estudios de	17,8 %	60,0 %	15,6 %	6,7%		77,8 %	15,6 %	6,7%	3,9	13-14
		13,0	43,5	26,1	15,2	2,2	56,5	26,1	17,4	3,5	14-

	investigación.	%	%	%	%	%	%	%	%		15
C 5 *	No conozco los distintos grados de recomendación respecto a la adopción de un determinado procedimiento médico o intervención sanitaria.	2,2%	15,6 %	35,6 %	37,8 %	8,9 %	17,8 %	35,6 %	46,7 %	3,4	13- 14
			15,2 %	34,8 %	47,8 %	2,2 %	15,2 %	34,8 %	50,0 %	3,4	14- 15
C 6	Conozco las principales medidas de asociación (RR, OR, etc...) y medidas de impacto potencial	4,4%	24,4 %	40,0 %	15,6 %	15, 6%	28,9 %	40,0 %	31,1 %	2,9	13- 14
		15,2 %	60,9 %	15,2 %	4,3%	2,2 %	76,1 %	15,2 %	6,5%	3,8	14- 15
	MEDIA	15,2 %	37,4 %	21,9 %	19,3 %	6,3 %	52,6 %	21,9 %	25,6 %	3,7	13- 14
		18,1 %	39,5 %	21,7 %	18,8 %	1,4 %	57,6 %	21,7 %	20,3 %	3,7	14- 15

PLAN DE CUIDADOS PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN PERSONAS CON EPILEPSIA

AUTOR/ES

Roberto García-Barriuso, Itziar Chavarri-Rubio, Lourdes Villafruela-Pelaz, Esther Riego-Suarez, Sonia Pardo-delalglesia.

PALABRAS CLAVE

Plan de cuidados, Diagnósticos, Formación, Resultados, Indicadores, Intervenciones, promoción de la salud, Epilepsia.

INTRODUCCIÓN

La gestión eficaz de la propia salud requiere inexorablemente de un conocimiento basado en la evidencia y de una disposición para utilizarlo.

En el contexto de la epilepsia, esta realidad toma aun mayor relevancia si cabe, ya que, aunque conocida desde la antigüedad, hoy en día esta enfermedad sigue ligada a muchas falsas creencias que perjudican a quien la padece.

En la Unidad de Epilepsia del Hospital Universitario Cruces interactuamos con personas cuya patología es de difícil control farmacológico, por lo que el conocimiento y aplicación de los cuidados adecuados toma una gran relevancia.

Con la intención de desarrollar un estudio sobre la relación entre el conocimiento de esta enfermedad y sus cuidados, es decir, la capacidad de gestión de su salud y la calidad de vida, en personas con epilepsia farmacorresistente y utilizando la taxonomía Nanda, NOC y NIC, hemos desarrollado un plan de cuidados para valorar la capacidad de gestión de la salud y la disposición a mejorarla, de estos usuarios/as, realizar una intervención enfermera adecuada y posteriormente evaluar los resultados de nuestras intervenciones.

Registrando los datos recopilados a través de OSANAIA, aportamos un valor añadido, al tener los datos recogidos en la historia clínica, disponibles para otros cuidados y posteriores estudios.

Para que la valoración y evaluación sea lo más objetiva posible, hemos consensuado unas escalas para cuantificar los indicadores utilizados.

OBJETIVOS

- General:
 - implementar una metodología de trabajo común en la formación de personas con epilepsia farmacorresistente.
- Específicos:
 - Generar una herramienta para valorar las necesidades de formación y para evaluar los resultados de las intervenciones en formación y educación
 - Consensuar escalas objetivas para valorar y evaluar los indicadores.
 - Dejar constancia en la historia clínica de los datos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Hemos realizado sesiones de trabajo conjuntas y on line empleando técnicas de grupo nominal, lluvia de ideas y otras. Utilizado aplicación OSANAIA, implementada en Osakidetza para la gestión de los cuidados de enfermería, así como los libros de la NANDA “Diagnósticos enfermeros”, “Clasificación de Resultados de Enfermería” (NOC) y “Clasificación de Intervenciones de Enfermería” (NIC), para recopilar todos los diagnósticos, resultados, intervenciones y actividades pertinentes en el ámbito de la promoción de la salud (Dominio1), Gestión de la salud (Clase 2). Para generar el plan de cuidados, el equipo ha analizado, debatido y seleccionado aquellos ítems que más se ajustaban a nuestros objetivos y que podemos aplicar con efectividad a los usuarios/as que ingresan en nuestra unidad.

Posteriormente al seleccionar los indicadores para valorar la situación de partida y evaluar los resultados de nuestras intervenciones, consideramos oportuno establecer unas escalas objetivas para que tanto en la valoración inicial como en las posteriores evaluaciones, pudiésemos eliminar las posibles variaciones inherentes a la subjetividad de las apreciaciones personales, y así fuesen lo menos subjetivas posible.

El plan de cuidados se estructura de la siguiente manera:

DIAGNOSTICO

Gestión ineficaz de la propia salud. (Cod. 00078)

Definición: Patrón de regulación e integración en la vida cotidiana, de un régimen terapéutico para el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas, que es insatisfactorio para alcanzar los objetivos relacionados con la salud.

Características definitorias: Fracaso al incluir el régimen de tratamiento en la vida diaria, Fracaso al emprender acciones para reducir los factores de riesgo, en su vida diaria hace elecciones ineficaces para alcanzar objetivos de salud, verbaliza deseos de manejar la enfermedad, verbaliza dificultades con los tratamientos prescritos.

Factores relacionados: Complejidad del sistema de cuidados de salud. Complejidad del régimen terapéutico. Conflicto de decisiones. Dificultades económicas. Demandas excesivas (Ej. individuales, familiares). Conflicto familiar. Patrones familiares de cuidado de la salud. Inadecuación del número de claves para la acción. Déficit de conocimientos. Régimen. Percepción de barreras. Impotencia. Percepción de gravedad. Percepción de susceptibilidad. Percepción de beneficios. Déficit de soporte social.

RESULTADOS

Conducta de cumplimiento: medicación prescrita. (Cod. 1623)

- Indicadores:

Tiene una lista de todas las medicaciones con dosis y frecuencia. (162301)

0. No aplicable

Menores de 14 años, Dependientes para las ABVD (Bajo CI, Demencias...).

1. Nunca demostrado	No colaborador, rehúsa el TTo.
2. Raramente demostrado	Apunta <33% de las pautas o todas en < 33% de las ocasiones.
3. A veces demostrado	Apunta el 33-66% de las pautas o todas en el 33-66% de las ocasiones.
4. Frecuentemente demostrado	Apunta el 66-99% de las pautas o todas en el 66-99% de las ocasiones.
5. Siempre demostrado	Apunta >99% de las pautas o todas en >99% de las ocasiones.

Toma toda la medicación a los intervalos prescritos. (162304)

0. No aplicable	Menores de 14 años, Dependientes para las ABVD (Bajo CI, Demencias...).
1. Nunca demostrado	No colaborador, rehúsa el TTo.
2. Raramente demostrado	Olvida 4 o más tomas al mes.
3. A veces demostrado	Olvida entre 2 ó 3 tomas al mes.
4. Frecuentemente demostrado	Olvida una toma al mes.
5. Siempre demostrado	No olvida ninguna toma, usa correctamente cajita dosificadora.

INTERVENCIONES

Enseñanza medicamentos prescritos. (Cod. 5616)

Los medicamentos prescritos en Epilepsia tienen unas peculiaridades y unos efectos secundarios que conviene que conozca el usuario de los mismos.

- Actividades:

Evaluar la capacidad del paciente para administrarse los medicamentos él mismo. (561610)

Informar sobre las consecuencias de no tomar o suspender bruscamente la medicación. (651613)

Instruir acerca de la administración correcta de cada medicamento. (561618/19)

Facilitar el aprendizaje.(Cod. 5520)

Es una tarea importante de enfermería el favorecer y simplificar la tarea de aprendizaje del tratamiento medicamentoso y todo lo que ello conlleva, máxime en usuarios polimedicados y con cambios de pautas.

- Actividades:

Ajustar la instrucción al nivel de conocimientos y comprensión del paciente.
(552003)

Corregir las malas interpretaciones de la información, si es el caso. (552007)

Relacionar la información con los deseos/necesidades personales del paciente.
(552032)

Repetir la información importante. (552033)

Responder a las preguntas de una forma clara y concisa. (552034)

RESULTADOS

Conocimiento: cuidados en la enfermedad (Cod. 1824)

- Indicadores:

Proceso específico de la enfermedad. (182402)

0. No aplicable	Menores de 14 años, Dependientes para las ABVD (Bajo CI, Demencias...).
1. Ningún conocimiento	Desconoce totalmente la enfermedad. <10 (de 50) aciertos en el cuestionario*
2. Conocimiento escaso	Entre 11 – 20 (de 50) aciertos en el cuestionario.
3. Conocimiento moderado	Entre 21 – 30 (de 50) aciertos en el cuestionario.
4. Conocimiento sustancial	Entre 31 – 40 (de 50) aciertos en el cuestionario.
5. Conocimiento extenso	> de 41 (de 50) aciertos del cuestionario.

* *Extraído del libro “50 respuestas sobre las crisis epilépticas y la epilepsia”.*

Recursos sanitarios. (182409)

0. No aplicable	Menores de 14 años, Dependientes para las ABVD (Bajo CI, Demencias...).
1. Ningún conocimiento	No conoce ningún recurso sanitario
2. Conocimiento escaso	Conoce 1 vía de acceso a los recursos sanitarios.
3. Conocimiento moderado	Conoce 2 vías de acceso a los recursos sanitarios.
4. Conocimiento sustancial	Conoce 3 vías de acceso a los recursos sanitarios.
5. Conocimiento extenso	Conoce 4 o más vías de acceso a los recursos sanitarios.

INTERVENCIONES

Enseñanza: Proceso de enfermedad. (Cod. 5602)

Es imprescindible el conocimiento del proceso de la enfermedad que se padece para poderse responsabilizar del autocuidado.

- Actividades:

Evaluar el nivel actual de conocimientos relacionado con el proceso de enfermedad específico. (560210)

Fomentar los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones y/o controlar el proceso de enfermedad.

Instruir al paciente/familia sobre cuáles son los signos y síntomas de alerta.

Proporcionar información al paciente/familia cerca de la enfermedad/proceso.

Precauciones contra las convulsiones. (Cod.2690)

Una de las complicaciones más peligrosas de la epilepsia son los accidentes producidos durante las crisis convulsivas, por lo que damos unas recomendaciones para prevenirlos.

- **Actividades:**

Determinar que el paciente cuidador lleve un registro de fármacos tomados y de la aparición de actividades convulsivas.

Informar al paciente que avise si presenta síntomas prodrómicos.

Instruir a la familia/cuidador acerca de los primeros auxilios en caso de ataque convulsivo.

Instruir al paciente acerca de los factores desencadenantes.

DIAGNOSTICO

Disposición para mejorar la gestión de la propia salud (Cod. 00162)

Definición: Patrón de regulación e integración en la vida cotidiana, de un régimen terapéutico para el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas, que es suficiente para alcanzar los objetivos relacionados con la salud y que pueden ser reforzados.

Características definitorias: Las elecciones de la vida diaria son apropiadas para satisfacer los objetivos (prevención o tratamiento). Describe la reducción de factores de riesgo. Manifiesta deseo de manejar el tratamiento de la enfermedad (tratamiento, prevención de secuelas). Expresa mínimas dificultades con los tratamientos prescritos. No hay una aceleración inesperada de los síntomas de la enfermedad.

RESULTADOS

Conducta de adhesión. (Cod. 1600)

- **Indicadores:**

Busca información relacionada con la salud a partir de diversas fuentes (Cod. 160002).

0. No aplicable	Menores de 14 años, Dependientes para las ABVD (Bajo CI, Demencias...).
1. Nunca demostrado	No colaborador, rechaza la enfermedad, no busca información.
2. Raramente demostrado	Ha buscado información de una fuente, escucha al personal sanitario.

- 3. A veces demostrado Ha buscado información de 2 fuentes.
- 4. Frecuentemente demostrado Ha buscado información de 3 fuentes.
- 5. Siempre demostrado Ha buscado información de 4 o más fuentes.

Pregunta cuestiones (Cod. 160001).

- 0. No aplicable Menores de 14 años, Dependientes para las ABVD (Bajo CI, Demencias...).
- 1. Nunca demostrado No colaborador, rechaza la enfermedad, no pregunta.
- 2. Raramente demostrado Realiza una pregunta genérica, no concreta o no ajustada a su caso.
- 3. A veces demostrado Realiza una pregunta específica, concreta o ajustada a su caso.
- 4. Frecuentemente demostrado Realiza 2 preguntas específicas, concretas o ajustadas a su caso.
- 5. Siempre demostrado Realiza 3 o más preguntas específicas, concretas o ajustadas a su caso.

INTERVENCIONES

Facilitar la autorresponsabilidad. (Cod. 4480)

En la concepción de la salud en el siglo XXI se considera uno de los pilares fundamentales del éxito terapéutico.

- Actividades:

Animar a que el paciente asuma tanta responsabilidad de sus propios autocuidados como sea posible.

Determinar si el paciente tiene conocimientos adecuados acerca del estado de los cuidados de salud

Fomentar la participación activa del paciente.

Potenciación de la disposición de aprendizaje. (Cod. 5540)

Debemos fomentar una actitud positiva hacia el aprendizaje para empoderar a las personas sobre su salud.

- Actividades:

Ayudar al paciente a desarrollar confianza en su capacidad, si procede.

Facilitar la aceptación de la situación por parte del paciente, si procede.

Lograr la participación de la familia/seres queridos, si resulta oportuno.

RESULTADOS

Control del riesgo. Cod. 1902)

- Indicadores

Reconoce factores de riesgo. (Cod. 190201)

0. No aplicable	Menores de 14 años, Dependientes para las ABVD (Bajo CI, Demencias...).
1. Nunca demostrado	No colaborador, rechaza la enfermedad, no conoce factores de riesgo.
2. Raramente demostrado	Sospecha de algún factor de riesgo pero no está seguro de ninguno.
3. A veces demostrado	Conoce un factor de riesgo.
4. Frecuentemente demostrado	Conoce dos o más factores de riesgo.
5. Siempre demostrado	Conoce todos los factores de riesgo que atañen a su caso.

Se compromete con estrategias de control del riesgo. (Cod. 190206).

0. No aplicable	Menores de 14 años, Dependientes para las ABVD (Bajo CI, Demencias...).
1. Nunca demostrado	No colaborador, rechaza la enfermedad, no se compromete.
2. Raramente demostrado	Sigue una o varias estrategias de control del riesgo de forma ocasional.
3. A veces demostrado	Sigue una estrategia de control del riesgo de forma continuada.
4. Frecuentemente demostrado	Sigue 2 estrategias de control del riesgo de forma continuada.
5. Siempre demostrado	Sigue 3 o más estrategias de control del riesgo de forma continuada.

INTERVENCIONES

Identificación de riesgos (Cod. 6610)

Para poder minimizar los riesgos y evitar posibles complicaciones es imprescindible reconocerlos.

- Actividades:

Dar prioridad a las áreas de disminución de riesgos, en colaboración con el individuo/grupo.

Determinar el cumplimiento con los tratamientos médicos y de cuidados.

Educación sanitaria.(Cod. 5510)

Es la herramienta más importante para conseguir cambios positivos y duraderos de actitud responsable hacia la salud de uno.

- Actividades:

Centrarse en beneficios de salud positivos inmediatos o a corto plazo para conductas de estilo de vida positivas, en lugar de a largo plazo o (...) negativas

Establecer prioridades de las necesidades identificadas (...) en función de las preferencias del paciente (...)

Proporcionar la información que precise.

RESULTADOS

Hemos creado un plan de cuidados consensuado, que será implementado por todo el personal de la unidad, para realizar una promoción de la salud unificada y coherente, en las personas con una epilepsia refractaria al tratamiento farmacológico que acudan a la unidad para realizarse un registro de larga duración Video-EEG.

Hemos adaptado nuestro sistema de trabajo para poderlo realizar utilizando una taxonomía internacionalmente reconocida, mediante la aplicación OSANAIA implementada en Osakidetza, seleccionamos los diagnósticos, las intervenciones NIC y los resultados NOC más pertinentes

CONCLUSIONES

A través de este plan de cuidados podemos hacer una valoración individualizada de las necesidades sobre la gestión de la salud de los usuarios de la unidad de epilepsia. Determinamos los resultados que esperamos obtener, como consecuencia de las intervenciones que realiza el equipo de enfermería, mediante las actividades apropiadas en cada momento. Por otro lado, evaluamos los resultados de este plan de una forma unificada mediante la utilización de una escala objetiva consensuada por el equipo, que hemos vinculado a los seis niveles de los indicadores para la valoración basal inicial, las subsiguientes evaluaciones, así como para establecer las dianas a lograr.

Disponer de esta metodología consensuada facilita la aplicación uniforme de cuidados, es fundamental para el tratamiento e intercambio científico y pueden ser una buena herramienta para la investigación enfermera sobre promoción de la salud.

La utilización de la herramienta OSANAIA, integrada en nuestro trabajo diario, para la recogida de datos no solo simplifica la recopilación de datos sino que además estos quedan integrados en la historia clínica con una taxonomía universalmente reconocida para que puedan ser válidos y accesibles a futuros planes de cuidados e investigaciones

BIBLIOGRAFÍA

1. Mercadé Cerdá JM, Sancho Rieger J, Mauri Llerda JA, López González FJ, Salas Puig X. Editores. Guía oficial de práctica clínica en epilepsia. Madrid: Luzan5; 2012
2. Carreño M, Casas C, Gil-Nagel A, Salas J, Serratosa JM, Villanueva V. Tratado de Epilepsia. Luzán 5, SA; 2011.
3. NANDA-I. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2009-2011. 1 ed. Barcelona: Elsevier España; 2010
4. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2009.

5. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2009.http://www.todosobreepilepsia.com/index.php?option=com_content&view=article&id=408:prejuicios-y-epilepsia&catid=19:epilepsia-e-infancia&Itemid=432 [visita 11/01/2015]
6. Sánchez JC, Galán J, Serrano P. 50 Respuestas sobre las crisis epilépticas y la epilepsia. Disseny directe SL;2004
7. Arribas AA, Santamaría JM, Domingo M, Sellán C, Borrego R, Gómez JL. Estudio descriptivo y analítico de los diagnósticos de enfermería y su clasificación edición 2009-2011. Madrid: FUDEN; 2011.
8. Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería. AENTDE. (Editores). IX Jornadas de Trabajo AENTDE. "Construyendo estructuras de investigación". Barcelona. AENTDE. 2013. Ponencia: Bases y estructuras para el desarrollo de la Investigación en Taxonomías. Dra. Mª Teresa Lluch Canut.
9. Sánchez Alvarez JC, Galán Barranco J, Serrano Castro P. 50 respuestas sobre las crisis epilépticas y la epilepsia. Barcelona: Disseny directe; 2004.

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL: ESQUIZOFRENIA Y CONSUMO PERJUDICIAL DE TOXICOS

AUTOR/ES

Ana Merino Rodríguez

INTRODUCCIÓN

El abuso de tóxicos en personas con patología mental se está convirtiendo en uno de los problemas más significativos en el ámbito de la psiquiatría y cada vez es mayor el número de servicios de Salud Mental que tienen que desarrollar intervenciones integradas en personas afectadas de un trastorno mental junto con un trastorno por abuso de sustancias (1).

La Taxonomía NNN (NANDA, NIC, NOC) aporta a las enfermeras una guía estandarizada de actuación basada en la evidencia científica, sin olvidar que el plan de cuidados es un proceso dinámico que permite reajustar los diagnósticos en función de la evolución que vaya teniendo la persona.

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

DATOS PREVIOS

Varón de 36 años ingresado involuntariamente en la Unidad de Rehabilitación del Hospital de Zamudio.

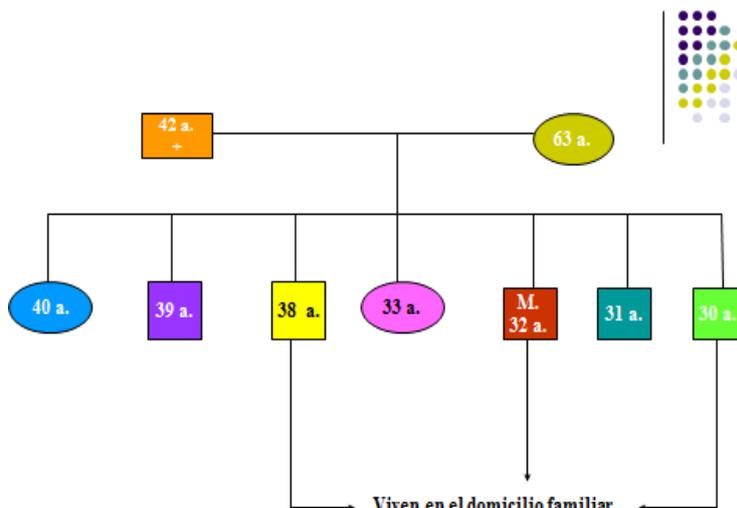
Antecedentes psiquiátricos

- Debuta con Esquizofrenia (F20.x) a los 22 años, aunque la familia ya refería personalidad difícil desde la adolescencia (arisco, retraído, poco sociable, irritable).
- Varios ingresos en unidad de agudos del Hospital General y en unidades de media estancia. En seguimiento en Hospital de Día su población, muy reticente a acudir.
- Comienza consumo de alcohol y anfetaminas a los 15 años.
- Las recaídas han sido asociadas al consumo de tóxicos.

Datos familiares

- Padre alcohólico fallecido de neumonía cuando el paciente tenía 7 años.
- Quinto de siete hermanos.
- Actualmente vive con la madre y dos hermanos.
- Refiere mala relación con la madre y con el hermano menor (llegando a tener agresiones físicas con éste último) e insiste en que no quiere regresar a casa cuando se vaya de alta.
- La cuidadora principal es la madre, viuda desde hace 10 años y refiere sentirse desbordada por la situación.

Genograma



Dominios de la NANDA alterados

Dominio 1: PROMOCIÓN DE LA SALUD

- Consumo importante de tóxicos que le producen alteraciones en la conducta.
- Inicio de consumo de tóxicos en la etapa inicial de la adolescencia, previo al diagnóstico de Esquizofrenia.
- Nula conciencia de enfermedad y efecto perjudicial del abuso de sustancias en el proceso de su enfermedad y las relaciones familiares.
- Adherencia al tratamiento bajo supervisión familiar o sanitaria.

Dominio 7: ROL- RELACIONES

- Cuidadora principal la madre, viuda desde hace 10 años. Refiere que la convivencia con él resulta cada vez más compleja, se siente agotada y desbordada por la situación.
- A nivel familiar conductas violentas con su hermano menor.
- Trabajos estacionales en los que ha permanecido poco tiempo por su conducta inadecuada.
- Relaciones sociales escasas y todas ellas en el mundo marginal del consumo.

PLAN DE CUIDADOS

DIAGNOSTICO

Mantenimiento infeccioso de la salud

Relacionado con dificultad para mantener un estilo de vida saludable

Manifestado por abandono del tratamiento farmacológico y terapéutico

RESULTADOS

(1602) Conducta de fomento de la salud. **(00099)**

INDICADORES	Nunca demostrado	Raramente demostrado	A veces demostrado	Frecuetmt demostrado	Siempre demostrado
-------------	------------------	----------------------	--------------------	----------------------	--------------------

(160201)					
Utiliza conductas para evitar los riesgos	1	2	3	4	5

(160203)					
Supervisa los riesgos de la conducta personal	1	2	3	4	5

(0924) Control de riesgo Consumo de drogas.

INDICADORES	Nunca demostrado	Raramente demostrado	A veces demostrado	Frecuetmt demostrado	Siempre demostrado
-------------	------------------	----------------------	--------------------	----------------------	--------------------

(190401)					
Reconoce el riesgo del abuso de drogas.	1	2	3	4	5

(190402)					
Reconoce las consecuencias personales relacionadas con el abuso de drogas	1	2	3	4	5

(190414)					
Reconoce cambios en el estado de salud	1	2	3	4	5

(1606) Participación en las decisiones sobre la asistencia

INDICADORES	Inadecuado	Ligeramente adecuado	Moderadamente adecuado	Sustancialmente adecuado	Completamente adecuado
INDICADORES	Nunca demostrado	Raramente demostrado	A veces demostrado	Frecuentemente demostrado	Siempre demostrado
(160608) Utiliza técnicas de resolución de problemas para conseguir los resultados deseados.	1	2	3	4	5
(160610) Identifica apoyo disponible para conseguir los resultados deseados.	1	2	3	4	5



Inicio del plan de cuidados.



Una vez finalizado el plan de cuidados.

INTERVENCIONES

Las intervenciones están enfocadas para que el paciente adquiera conocimientos relacionados con su patología y así poder afrontar la enfermedad de una forma más eficaz, con el objetivo de erradicar el consumo perjudicial de tóxicos.

(4420) Acuerdo con el paciente

- Ayudar al paciente a establecer objetivos realistas, que puedan conseguirse.
- Explorar con el paciente las razones del éxito o falta de éste.

(5230) Aumentar el afrontamiento

- Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad
- Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados

(4510) Tratamiento de sustancias nocivas

- Discutir con el paciente el impacto que tiene el consumo de sustancias en el estado físico y/o psíquico o la salud general.
- Ayudar al paciente a identificar los efectos de la dependencia de sustancias químicas sobre la salud, la familia y los quehaceres diarios

- Ayudar al paciente a seleccionar una actividad alternativa que sea incompatible con la sustancia consumida

DIAGNÓSTICO

(00074) Afrontamiento familiar comprometido

Relacionado con prolongación de la enfermedad o progresión de la incapacidad que agota la capacidad de apoyo de las personas de referencia.

Manifestado por resultados poco efectivos al intentar brindar apoyo o ayuda, expresiones de cansancio en el desempeño del rol del cuidador.

RESULTADOS

(2205) Rendimiento del cuidador principal: Cuidador directo.

INDICADORES	Inadecuado	Ligeramente adecuado	Moderadamente adecuado	Sustancialmente adecuado	Completamente adecuado
(250503) Conocimiento de proceso de enfermedad.	1	2	3	4	5
(220504) Conocimiento del plan de tratamiento.	1	2	3	4	5
(220515) Provisión de un entorno seguro y protegido	1	2	3	4	5



Inicio del plan de cuidados.



Una vez finalizado el plan de

INTERVENCION

Las actividades de esta intervención promueven una gestión emocional eficaz por parte de la familia con el fin de favorecer unas relaciones familiares sanas.

(7140) Apoyo a la familia

- Valorar la reacción emocional de la familia frente a la enfermedad del paciente
- Escuchar las inquietudes, sentimientos y preguntas de la familia. Incluir a los miembros de la familia junto con el paciente en la toma de decisiones acerca de los cuidados, cuando resulte apropiado

EVALUACIÓN DE RESULTADOS

En relación al usuario, el diagnóstico trabajado fue (00099) *Mantenimiento infectivo de la salud*. Los indicadores reflejan una evolución de dos puntos respecto a la puntuación basal en los resultados: (1602) *Conducta de fomento de la salud* y (1606) *Participación en las decisiones sobre la asistencia*, mientras que la evolución en el resultado (0924) *Control de riesgo Consumo de drogas* fue de tan solo un punto. Este último resultado fue el que más limitó la evolución positiva, ya que no consideraba el Cannabis como una droga ni asumía el efecto negativo que producía en él.

En relación a la familia el diagnóstico trabajado fue (00074) *Afrontamiento familiar comprometido*, en este caso la evolución fue de un punto pero se parte de una puntuación basal mayor, ya que la madre y el hermano ya habían participado con anterioridad en grupos de ayuda para familiares.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sue Moorhead, Marion Johnson, Meridean L. Maas, Elizabeth Swanson. Clasificación de Resultado de Enfermería (NOC). 5ª Edición. Elsevier España S.A. 2013.
2. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación. Elsevier España S.A. 2012.
3. Gloria M. Bulechek, Howard K. Butcher, Joanne M. Dochterman, Cheryl M. Wagner. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6ª Edición. Elsevier España S.A. 2013.
4. Nestor Szerman, Carlos Álvarez Vara, Miquel Casas. Patología Dual en Esquizofrenia: opciones terapéuticas. Editorial Glosa

DE LAS MUSAS AL TEATRO: IMPLANTACIÓN DE LA APLICACIÓN DE GESTIÓN DE CUIDADOS ENFERMEROS OSANAIA

AUTOR/ES

Alejandro Aparicio-Alonso, Carmen Gistau-Torres, Belén Jiménez-Valero, Cristina López-Barruso, María del Coro Ruiz-Villagarcía

PALABRAS CLAVE

Implantación, aplicación informática, plan de cuidados.

INTRODUCCIÓN

En 2010 Osakidetza disponía de 2 herramientas para la planificación y el registro de los cuidados de enfermería: Zaineri en Salud Mental y Atención Especializada y Osabide AP en Atención Primaria. Tras el RD 1093/2010 surge la necesidad de adaptar la metodología y la sistemática de trabajo de los profesionales de enfermería. Para ello, Osakidetza adquirió un producto comercial (osaNAIA) y crea el Equipo Técnico Consultor (ETC) para el proyecto NAIA que se encargaría de adaptar esta aplicación a las necesidades de los profesionales.

En octubre de 2013 comenzó la implantación de la aplicación en el Hospital Universitario Araba.

OBJETIVOS

Implantar la aplicación de cuidados de enfermería osaNAIA en el Hospital Universitario Araba.

MATERIAL Y MÉTODOS

Designación de las enfermeras referentes del HUA.

Formación de estas referentes y de la unidad en que se hizo el pilotaje.

Manual de usuario y presentación PWP de apoyo para la formación. Presencia de las referentes en la unidad durante la implantación.

En octubre de 2013, las referentes del HUA asumieron la fase de despliegue del programa según el cronograma previamente establecido.

La implantación se hacía en 2 semanas. En la primera, con formación teórico-práctica con casos específicos de cada unidad y, la segunda, se implantaba con apoyo presencial de referentes y con personal asistencial de refuerzo.

RESULTADOS

En marzo de 2014 se había desplegado en 27 unidades de hospitalización. Desde entonces se continúa implantando en unidades especiales.

CONCLUSIONES

El equipo de referentes fue clave para el éxito de la implantación.

Las dificultades (resistencias al cambio, desconocimiento de la metodología NANDA-NOC-NIC...) se minimizaron gracias a enfermeras de refuerzo en las unidades y a la experiencia y dedicación de las referentes.

Una continua evaluación y una visión crítica de la herramienta facilitan la mejora y adaptación de la misma a la práctica asistencial.

BIBLIOGRAFÍA

1. Equipo Técnico Consultor del Proyecto NAIA. Organización Central Osakidetza. Manual de usuario de osaNAIA.2012.
2. North American Nursing Diagnos NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros Definiciones y clasificación 2009-2011. Barcelona. Elsevier España SL. 2011.
3. Moorhead, S.; Johnson, M.; Maas, ML.; Swanson, E. : editores. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Barcelona. Elsevier España SL. 2009.
4. Bulechek, GM.; Butcher, HK; McClaskey Dochterman, J.: editores. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Barcelona. Elsevier España SL. 2009.

COEVALUACIÓN COMO MÉTODO DE APRENDIZAJE EN LA RESOLUCIÓN DE CASOS CLÍNICOS

AUTOR/ES

Lidia Fernández-Donaire, Francisca Ruíz-Mata, Cecilia Brando-Garrido, Meritxell Sastre-Rus

PALABRAS CLAVE

Coevaluación; Aprendizaje; Taxonomía NANDA; Casos clínicos; Satisfacción

INTRODUCCIÓN

El Espacio Europeo de Educación Superior supuso un cambio de paradigma en la metodología enseñanza-aprendizaje, enfatizando en actividades pedagógicas como la resolución de casos clínicos, que favorece el pensamiento crítico, y la coevaluación, que permite al estudiante adquirir mayor protagonismo en su proceso de aprendizaje.

OBJETIVOS

Favorecer el aprendizaje de la Taxonomía NANDA mediante la aplicación de casos clínicos, involucrando a los estudiantes en su proceso de aprendizaje-evaluación.

MATERIAL Y MÉTODOS

La actividad se enmarca dentro de la asignatura de segundo curso *Módulo Integrado de Cuidados de Enfermería del Adulto* y se desarrolló durante el primer semestre del curso 2014-2015, tras la docencia de distintos temarios relacionados con taxonomía NANDA. Los estudiantes debían resolver un caso de forma autónoma y asistir a las sesiones, donde intercambiaban los resultados con los compañeros en el momento de la corrección. Todos ellos disponían de una rúbrica para corregir y evaluar cada caso. Al finalizar las sesiones se les entregó un cuestionario de satisfacción con 10 ítems, que debían valorarse con una escala tipo Likert de 1 (no adecuado) a 5 (muy adecuado), y tres preguntas con aspectos cualitativos.

RESULTADOS

Contestaron el cuestionario 61 estudiantes de un total de 143 matriculados. Se obtuvieron las medias de las puntuaciones de los ítems valorados por los estudiantes. El ítem que exploraba la percepción de aprendizaje obtuvo la puntuación más alta.

CONCLUSIONES

Pese a que los estudiantes valoran positivamente el método de resolución de casos clínicos para favorecer el aprendizaje de la Taxonomía NANDA, muestran una escasa satisfacción por el método de coevaluación. La falta de experiencia previa en la resolución de casos clínicos, y el hecho de que vaya vinculado a la evaluación de la asignatura justificaría que los estudiantes sientan más seguridad en su propia corrección que en la que reciben por parte de los compañeros.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cano, E. (2015). Evaluación de la formación. Algunas lecciones aprendidas y algunos retos de futuro. *Educar*. 51(1), 109-125.
2. Solano, B. S. (2014). Auto y coevaluación, complementariedad significativa en la evaluación de las ciencias sociales. *Escenarios*. 12(1), 34-49.
3. ANECA (2014). Guía de apoyo para la redacción, puesta en práctica y evaluación de los resultados del aprendizaje. Madrid: Versión 1.0.
4. Aradilla, A., Antonin, M., Fernández, P., Flor, P. (2008). *Competències en Infermeria: perfil formatiu basat en competències*. Bellaterra: Universitat Autònoma de Barcelona.
5. Fernández Donaire, L. (2008). *La Historia de la Enfermería en el contexto del Espacio Europeo de Educación Superior. Vivencia de un cambio*. Bellaterra: Universitat Autònoma de Barcelona.
6. Saiz, C., Rivas, S. (2008). Intervenir para transferir en Pensamiento crítico. *Revista Praxis*, 10 (13): 129-149.

EVALUACIÓN DE INDICADORES: ESCALAS DE LIKERT CON PUNTOS DE CORTE

AUTOR/ES

Marta Flores-Martínez, Alejandro Aparicio-Alonso, Blanca Nieves Gallejones-Albuerne, Carmen Gistau-Torres, Milagros Ferro-Villar, Ainhoa Menica-Gómez

PALABRAS CLAVE

Evaluación, indicadores, signos vitales.

INTRODUCCIÓN

En octubre de 2013 comenzó la implantación de la aplicación informática osaNAIA de gestión de cuidados de enfermería en el Hospital Universitario Araba.

En la fase de despliegue en el Hospital Universitario Araba se detectaron diversas dificultades. Una de ellas era la subjetividad en el uso de las escalas validadas correlacionadas con la escala Likert. Este problema era transmitido por los profesionales asistenciales a las referentes. Por este motivo, se decidió elaborar un documento con escalas tipo Likert con puntos de corte en los indicadores relacionados con signos vitales.

OBJETIVOS

Facilitar el manejo de la herramienta osaNAIA y unificar criterios en cuanto a la valoración de indicadores relacionados con signos vitales a través de la elaboración de un documento con escalas tipo Likert con puntos de corte.

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión de guías de práctica clínica.

Reuniones con profesionales médicos y de enfermería expertos.

Elaboración del documento con escalas tipo Likert con puntos de corte en indicadores relacionados con signos vitales.

Difusión del mismo en las unidades de hospitalización.

RESULTADOS

Se realizó y difundió el documento a la enfermería de las unidades de hospitalización. El uso del mismo unificó criterios en el hospital a la hora de hacer las valoraciones de los indicadores relacionados con signos vitales.

CONCLUSIONES

Es preciso un pensamiento crítico en el día a día de los profesionales de enfermería para mejorar las aplicaciones y adaptarlas a la práctica diaria.

La revisión continua de los planes de cuidados y la relación directa con los profesionales asistenciales es necesaria para detectar y comunicar las dificultades con la aplicación y

mejorarla constantemente. Las mejoras aumentan el grado de aceptación de la misma, además de hacer que los criterios sean más uniformes y los registros más veraces.

BIBLIOGRAFÍA

1. Equipo Técnico Consultor del Proyecto NAIA. Organización Central Osakidetza. Manual de usuario de osaNAIA.2012.
2. North American Nursing Diagnos NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros Definiciones y clasificación 2009-2011. Barcelona. Elsevier España SL. 2011.
3. Moorhead, S.; Johnson, M.; Maas, ML. .; Swanson, E.: editores. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Barcelona. Elsevier España SL. 2009.
4. Bulechek, GM.; Butcher, HK; McClaskey Dochterman, J.: editores. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Barcelona. Elsevier España SL. 2009.
5. Mancia, G.; Fagard, R.; Narkiewicz, K.; Redon, J.; Zanchetti, A.; Böhm, M. Guía de práctica clínica de la ESH/ESC 2013 para el manejo de la hipertensión arterial. Rev. Esp. Cardiol. 2013; 66(10): 880.e1-880.e64.

ATENCIÓN DOMICILIARIA EN CUIDADOS CRÓNICOS: CASO CLÍNICO

AUTOR/ES

Rosa M^a Roure-Murillo; Roser Parache-Coyo; Carmen Parache-Coyo

PALABRAS CLAVE

Atención domiciliaria, crónicos, caso clínico

INTRODUCCIÓN

La Sra. Teresa de 90 años de edad con Alzheimer, Diabetes Mellitus tipo 2, Hipertensión Arterial, Incontinencia Urinaria y Fecal, Accidente Isquémico Transitorio (AIT), es dada de alta del Hospital y va a casa de una de sus hijas, la Sra. Carmen, de 70 años, viuda, que es la que desea cuidarla. La Sra. Carmen vive con una de sus hijas Trini, soltera, administrativa en paro, que la ayuda en el cuidado de su madre.

La Sra. Teresa tiene un Clinical Risk Groups (CRG) de 7, se identifica como paciente en modelo de atención a la cronicidad avanzada por su afectación clínica de mayor gravedad, con un pronóstico de vida probable inferior de 12-18 meses comparándola con el estándar de personas con las mismas enfermedades o condiciones de base, mayor prevalencia e intensidad que exigen una visión integral, abordaje mayoritariamente paliativo, mayor atención y soporte a la estructura cuidadora, planificación de decisiones anticipadas para gestionar las crisis. Respuesta negativa a la pregunta sobre el pronóstico vital del instrumento Necpal.

VALORACIÓN

Valoración enfermera, al paciente y cuidadora, según necesidades de Virginia Henderson: La Sra. Teresa es dependiente en todas las necesidades, precisando ayuda de la cuidadora, la cual es independiente en las actividades de la vida diaria.

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS

Déficit de autocuidado en: alimentación 00102, baño 00108, uso del inodoro 00110, vestido 00109

Riesgo de síndrome de desuso 00040

Riesgo de caídas 00155

Riesgo de cansancio del rol de cuidador 00062

Disposición para mejorar el confort 00183

RESULTADOS

Preparación del cuidador familiar domiciliario 2202

Rendimiento del cuidador principal: cuidados directos 2205

Rendimiento del cuidador principal: cuidados indirectos 2206

Resistencia del papel del cuidador 2210

Estado de comodidad 2008

INTERVENCIONES

Apoyo al cuidador principal 7040

Aumentar los sistemas de apoyo 5440

Control del estado de ánimo 5330

Apoyo en la toma de decisiones 5250

EVALUACIÓN

La Sra. Teresa está confortable y bien cuidada por su hija y nieta. La cuidadora principal está feliz de tener a su madre en casa atendiéndola en lo que necesita, no se siente cansada ni agobiada, ella sale a caminar, hace un curso para cuidadores en el Centro Cívico del Barrio, se va alternado los cuidados con su hija Trini. Conoce su enfermedad y las posibles complicaciones que pueden surgir, sabiendo cómo actuar ante ellas. Actualmente vamos haciendo las visitas domiciliarias una vez al mes, telefónicas cada 15 días y a demanda por parte de la cuidadora.

BIBLIOGRAFÍA

1. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificación. Nanda Internacional Nursing Diagnoses: & Clasification 2012-2014. Editorial Elsevier 2013, Barcelona.
2. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Medición de Resultados en Salud, 5ª edición. Moorhead Sue, Johnson Marion, Maas Meridean L., Swanson Elisabeth. Elsevier 2014, Barcelona.
3. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Sexta edición. Bulechek Gloria M., Butcher Howard K., Dochterman Joanne M., Wagner Cheryl M. Elsevier 2014, Barcelona.

PAE: ABORDAJE DE UNA SESIÓN DE HEMODIALISIS

AUTOR/ES

Natalia Pilar Lanzas-Garzón, Ana Alicia Torres-Reyes

INTRODUCCIÓN

La paciente tiene 44 años acude una vez a la semana al hospital desde hace un mes y medio para realizarse hemodiálisis, durante 4 horas. Está diagnosticada de síndrome nefrótico clínico y bioquímico secundario a glomerulonefritis membranoproliferativa tipo I, con importante sobrecarga.

La hemodiálisis es una terapia de sustitución renal, que tiene como finalidad suplir parcialmente la función de los riñones¹.

VALORACIÓN POR PATRONES DE MAJORY GORDON

Percepción y mantenimiento de la salud.

- Presenta el catéter en la yugular izquierda, este es su 2º catéter. El 1º se lo pusieron en la femoral derecha. Ha sido intervenida para ponerle un catéter peritoneal, se está esperando que se cicatrice para ver si funciona, por lo que ha estado ingresada durante 2 días.
- En el brazo izquierdo tiene una cicatriz, de cuando la intervinieron para una fístula.
- En este año ha estado enferma con neumonía y se le ha roto 2 costillas, no ingresó.
- En el 2010, fue diagnosticada de hipertensión secundaria y anemia. Y estuvo ingresada durante 2 semanas por la cesárea.
- Fue intervenida en el 2009 de apendicitis.
- Presenta hábitos nocivos, fuma de 5 a 10 cigarrillos diarios. Sin intención de dejarlo.
- Tratamiento antes/después hemodiálisis: Aranesp 40/l, Venofer. Hibor 3500
- Tratamiento en casa: Renagel 800;0-1-1, Adalat oros 30 mg;1- 0- 1, Bisoprolol 5 mg; 1- 0-1, Doxazosuba 8 mg;1- 0-1, Seguril 40 mg 1- 1 –1, Pantoprazol 20 mg 1- 0- 0 , Zemplar 1 mgr 1 comp en las cenas, días alternos (pares), Rosuvastatina 5 mg 0-0-1, Ezetimibe 10 mg 0-1-0, Prednisona 5 mg 1- 0- 0, Bonviva :1 comprimido al mes.
- Trabaja como profesora de psicología en la universidad, ahora está de baja.

Nutricional y metabólico

- Pesa 58.80 y mide 1.75, su IMC es de 18,94, presenta un bajo peso.
- Las comidas las realiza habitualmente en la cocina en compañía de su marido e hijo. Realiza 6 comidas al día, no pica entre horas. Desayuno: tostada de aceite o margarina con un café con leche. Media mañana: un café con leche o un dulce. Comida: y cena: variada, aunque ligera. Merienda: un café con leche. Y antes de acostarse come siempre algo, que puede ser desde una fruta a un bocadillo.
- Sigue una dieta pobre en sal y en potasio. Debe evitar tomar quesos y derivados de la leche. Y tomar un vaso de leche al día y una pieza de fruta.

- Le gusta beber bastante, pero ahora lo tiene restringido, dice tomar un litro y medio de agua.
- Ha tenido pérdidas y ganancias de peso, ha llegado a pesar 70 kg y perder 20kg.
- La piel la presenta íntegra, aunque presenta sequedad. Usa crema hidratante. Tiene edemas por el cuerpo.
- Con respecto a la temperatura, tiene 36°, y dice ser extremista, en invierno tiene mucho frío y en verano muy calurosa.

Eliminación

- Respecto a la eliminación urinaria, todavía tiene la capacidad de orinar. En referencia al patrón intestinal, dice ir al baño todos los días una vez, el color de las heces es negra. No suda.

Actividad y ejercicio

- TA: 145/95
- Viene por su propio pie. No realiza ningún tipo de ejercicio, desde que fue diagnosticada, debido a sentirse cansada y sin ganas. Tiene varices en las piernas.
- Para entretenerse ve la tele, habla con sus amigos, escribe, lee y sale a pasear.

Sueño y descanso

- Su patrón habitual ha cambiado, le cuesta conciliar el sueño, y dice dormir alrededor de cinco horas. Toma orfidal, prescrito por el médico. Se levanta temprano, y lo hace sin estar descansada. Antes dormía siesta ahora no, porque no tiene sueño, solo cuando está en la hemodiálisis se queda dormida.

Cognitivo y perceptual

- Refiere dolor por todo el cuerpo, debido a la medicación. Es un dolor continuo, no muy intenso. Dice sentirse como cuando te va a dar fiebre.
- No tiene problemas de audición, aunque ha tenido varios problemas de otitis. En la vista tiene miopía, usa gafas, aunque dice usarlas poco.
- Ha notado cambios en la falta de concentración y atención, se lo achaca a la medicación que toma.
- Siente hormigueos por el cuerpo.

Autopercepción y autoconcepto

- Se describe a sí misma como fantástica y paciente. Se encuentra a gusto consigo misma. Aunque siente que se han producido cambios en su cuerpo y en las cosas que puede hacer, así como en los sentimientos hacia ella misma.
- Y dice enfadarse bastante. Siente miedo y a veces presenta ansiedad y lo que le ayuda es razonar la situación y adaptarse a ella.
- No ha perdido la esperanza y sigue controlando las cosas de su vida.

Rol y relaciones

- Vive con su marido y su hijo de cuatro años, que es la alegría de su vida.
- Cuando tiene algún problema lo suele contar a sus más allegados.
- Su familia ha afrontado bien la situación y le muestra su apoyo.
- No ha abandonado a su grupo de amigos, sigue manteniendo el contacto con ellos.

Sexualidad y reproducción

- Las relaciones sexuales con su marido son satisfactorias, aunque han cambiado algo desde su enfermedad.
- Antes usaba anticonceptivos orales.
- La menstruación le comenzó con 13 años. No ha tenido problemas menstruales. Y tiene la menopausia desde el 2011.
- No se realiza revisiones mamarias.
- Ha estado embarazada solo una vez, se le complicó, el niño nació con 31 semanas, y se le realizó una cesárea de urgencia.
- La secreción vaginal ha disminuido.
- Adaptación y tolerancia al estrés
- En estos últimos años, se han producido diversos cambios en su vida. Ante una situación de crisis llora y presenta un poco de ansiedad. La forma de adaptarse es razonar la situación, hablar sus penas con su marido y centrarse en su hijo.

Valores y creencias

- Católica, practicante de vez en cuando, aunque no considera que sea importante en su vida. Sus valores hacia la vida han cambiado desde la enfermedad.

DIAGNÓSTICOS, RESULTADOS E INTERVENCIONES²

Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos r/c edemas periféricos:

NOC	NIC
Equilibrio hídrico(0601)	Manejo de líquidos (4021)

Alteración de la eliminación urinaria r/c la disminución de la función renal para regular y excretar productos de desecho, agua y electrolitos:

NOC	NIC
Equilibrio hídrico (0601)	Diálisis

Deterioro de la integridad cutánea r/c catéter peritoneal y yugular m/p alteraciones de la superficie de la piel:

NOC	NIC
Integridad del acceso de diálisis (1105)	Cuidados de la zona de punción

(3660)

Ansiedad r/c amenaza de cambio en el estado de salud:

NOC

NIC

Autocontrol de la ansiedad (1402)
Escucha activa (4420)

Riesgo de infección r/c catéter peritoneal, yugular:

NOC

NIC

Control de riesgo (1902) Control de infecciones (6540)

Otros diagnósticos: Alteración del patrón del sueño, Alteración del bienestar, Riesgo de lesión, Déficit de conocimientos.

EVALUACIÓN

Ingres a las 14 horas: Hemodiálisis

Pesamos y toma de TA. Preparación del campo para conectar a la paciente. Curamos el punto de punción con betadine y colocación de un apósito. Comprobamos funcionamiento del catéter, extrayendo los 2 ml de heparina de cada vía, limpiamos el orificio con betadine, conectamos la arterial y poco después la venosa, protegemos con una gasa la zona de unión y a continuación determinamos el tiempo de duración y el peso a perder. Administramos hibor 3500.

Diagnósticos y problemas presentes: riesgo de desequilibrio de volumen, ansiedad, deterioro de la integridad cutánea, riesgo de infección.

Evolución de los resultados esperados:

- Equilibrio hídrico(0601): escala de medida desde gravemente comprometida a no comprometida (1-5)

Presión arterial: presión arterial de 145/95

Edema periférico: Gravemente comprometido (1) presenta edemas en pies y ojos.

- Integridad del acceso de diálisis (1105) Con la escala nunca gravemente comprometido a no comprometido (1-5) se valorara

Coloración cutánea de la zona de punción.: Levemente comprometido (4)

- Autocontrol de la ansiedad: (1402): escala nunca demostrado a siempre demostrado (1-5)

Busca información para reducir la ansiedad: a veces demostrado (3) pregunta las dudas que tiene.

Controla la respuesta de ansiedad: frecuentemente demostrado (4), no se le ve muy ansiosa, sabe adaptarse a las circunstancias

- Control del riesgo (1902) Con la escala nunca demostrado a siempre demostrado (1-5) se valorará

Supervisa los factores de riesgo: a veces demostrado

Desarrolla estrategias de control del riesgo efectivas: a veces demostrado

15 horas:

Se valora a la enferma. Se encuentra dormida, no se le toma la tensión.

Diagnósticos y problemas presentes: riesgo de desequilibrio de volumen, ansiedad, deterioro de la integridad cutánea, riesgo de infección,

Evolución de los resultados esperados:

- Equilibrio hídrico(0601):

Presión arterial: no se le toma por estar dormida

Edema periférico: sustancialmente comprometido (2) van disminuyendo.

- Integridad del acceso de diálisis (1105):

Coloración cutánea de la zona de punción.: Levemente comprometido (4)

Autocontrol de la ansiedad: (1402):

Busca información para reducir la ansiedad: a veces demostrado (3) pregunta las dudas que tiene.

Controla la respuesta de ansiedad: frecuentemente demostrado (4), no se le ve muy ansiosa, sabe adaptarse a las circunstancias.

- Control del riesgo (1902):

Supervisa los factores de riesgo: a veces demostrado.

Desarrolla estrategias de control del riesgo efectivas: a veces demostrado.

16 horas:

Refiere picor, se avisa al médico y administramos una ampolla de polaramine IV. Toma de TA.

Diagnósticos y problemas presentes: riesgo de desequilibrio de volumen, ansiedad, deterioro de la integridad cutánea, riesgo de infección. Aparece alteración del bienestar r/c picor.

Evolución de los resultados esperados:

- Equilibrio hídrico(0601): escala de medida desde gravemente comprometida a no comprometida (1-5)

Presión arterial: 166/100

Edema periférico: sustancialmente comprometido (2) van disminuyendo.

- Integridad del acceso de diálisis (1105):

Coloración cutánea de la zona de punción.: Levemente comprometido (4)

- Autocontrol de la ansiedad: (1402):

Busca información para reducir la ansiedad: a veces demostrado (3) pregunta las dudas que tiene.

Controla la respuesta de ansiedad: frecuentemente demostrado (4), no se le ve muy ansiosa, sabe adaptarse a las circunstancias.

- Control del riesgo (1902)

Supervisa los factores de riesgo: a veces demostrado.

Desarrolla estrategias de control del riesgo efectivas: a veces demostrado.

Superación de problema (picor):

Administración de polaramine.

17 horas:

Administración de venofer y aranesp antes de desconectar. Tras desconexión tomamos TA y pesamos. Realizamos cura de catéter peritoneal.

Diagnósticos y problemas presentes: se ha resuelto el picor.

Evolución de los resultados esperados:

- Equilibrio hídrico(0601):

Presión arterial: 140/100

Edema periférico: Levemente comprometido (3)

Integridad del acceso de diálisis (1105)

Coloración cutánea de la zona de punción.: Levemente comprometido (4)

- Autocontrol de la ansiedad: (1402):

Busca información para reducir la ansiedad: a veces demostrado (3) pregunta las dudas que tiene.

Controla la respuesta de ansiedad: frecuentemente demostrado (4), no se le ve muy ansiosa, sabe adaptarse a las circunstancias.

- Control del riesgo (1902):

Supervisa los factores de riesgo: a veces demostrado.

Desarrolla estrategias de control del riesgo efectivas: a veces demostrado.

- Superación de problema (picor):

Administración de polaramine: no comprometido (5) se le ha pasado el picor.

BIBLIOGRAFIA

1. Fundación Wikipedia. [Acceso 15 Ene 2015] Disponible en:
<http://es.wikipedia.org/wiki/Hemodi%C3%A1lisis>
2. Metodología enfermera. [Acceso 20 Feb 2015] Disponible en:
http://www.ome.es/01_01.cfm?id=425

PAE: PROTESIS DE RODILLA EN URPA

AUTOR/ES

Ana Alicia Torres-Reyes, Natalia Pilar Lanzas-Garzón

INTRODUCCIÓN

La gonartrosis es una enfermedad degenerativa de las articulaciones. En España, existe una prevalencia del 29% entre los 60-69 años y el 35% en mayores de 70 años¹. Nuestro paciente, un varón de 61 años diagnosticado de gonartrosis, ingresó para la implantación de una prótesis en la rodilla izquierda.

Una vez intervenido, fue trasladado a la URPA. Consciente y orientado. Monitorización continua de las constantes vitales. Colocación de gafas nasales.

En la pierna intervenida: drenaje con redón, y vendaje.

Sonda vesical (al ingreso 100ml) y vía canalizada.

En la URPA, el anestesista realizó un bloqueo del nervio ciático y femoral para controlar el dolor mediante anestesia.

También, se realizó una autotransfusión.

VALORACIÓN

Durante su permanencia en la URPA, se le realizó una valoración de enfermería utilizando el modelo conceptual de Virginia Henderson, solo reflejamos aquellas que están alteradas y abordaremos durante su corta estancia en esta unidad.

Respirar

El paciente al llegar presenta 95 % de saturación de oxígeno, está dentro de los límites, pero aun así en prevención se le pone unas gafas de oxígeno, para facilitarle la respiración, ya que la anestesia actúa como un depresor del sistema nervioso central, en su domicilio no la presentaba alterada.

Eliminación

A su llegada a la URPA, el paciente presenta sonda vesical, colocada durante la intervención para evitar que el paciente se orine. A su llegada de quirófano presenta 100 ml en la bolsa de orina, hay que seguir un control de diuresis, para observar un equilibrio entre la entrada y salida de líquidos.

Su coloración es normal.

La necesidad de evacuar, durante su estancia en esta unidad, no es prescindible.

Movilidad y postura

El enfermo antes de la operación puede levantarse y andar con molestias en las rodillas, tras la intervención quirúrgica, tiene que estar en reposo, no puede doblar la pierna intervenida, además de que tiene dolor.

Necesidad alterada tanto antes como después de la intervención.

Higiene y estado de la piel

El enfermo tiene buen aspecto, se observa una piel y mucosas bien hidratadas, sin cianosis, unas uñas limpias y bien cortadas. No presenta ninguna alteración cutánea en los talones.

En la pierna, presenta un vendaje que hay que vigilar por posible hemorragia.

Alterada.

Temperatura

Presenta una temperatura normal de 36 ° C. Tenemos que tenerla controlada durante su estancia en la URPA.

Seguridad

El paciente tiene conocimientos sobre su diagnóstico. Antes de la operación estaba nervioso, ahora tiene ánimos al ver el éxito de la intervención, pero aun así presenta un poco de ansiedad.

Si preguntas al paciente sabe responderte sobre donde se encuentra y reconoce a las personas que le acompañan, señal de que está bien orientado en el espacio y conoce a las personas de su entorno.

El paciente refiere un dolor agudo en la pierna operada.

No presenta alergias a los medicamentos.

DIAGNÓSTICOS, RESULTADO E INTERVENCIONES ^{2,3}

- Dolor agudo r/c proceso quirúrgico m/p expresiones verbales del paciente:

NOC	NIC
Control del dolor (1605)	Manejo del dolor (1400)

- Riesgo de desequilibrio del volumen de líquidos r/c intervención quirúrgica y hemorragia.

NOC	NIC
Equilibrio hídrico (0601)	Manejo de líquidos (4130)
Escala de coagulación (0409)	Manejo de la hipovolemia (4180)

- Riesgo de infección r/c hospitalización, vía periférica, sonda vesical.

NOC	NIC
Control del riesgo (1902)	Control de infecciones (6540)

- Riesgo de lesión perioperatoria r/c alteraciones sensitivo perceptuales debido a la anestesia.

NOC	NIC
Termorregulación (0800)	Regulación de la temperatura (3900)
Estado respiratorio: ventilación (0403)	Oxigenoterapia (3320)

- Temor r/c hospitalización, resultados futuros de la operación m/p expresión del paciente.

NOC	NIC
Control del miedo (1404)	Aumentar el afrontamiento (00069)

EVALUACIÓN

Ingres a las 14:15:

Toma de constante cada cuarto de hora, administración de analgesia para dolor y diuréticos, realización de un plexo femoral y ciático por el anestesista, realización de dos hemogramas y el banco de sangre realiza recuperación de sangre post operatoria.

Diagnósticos y problemas presentes: presenta riesgo de infección, riesgo de lesión perioperatoria, dolor agudo, riesgo de desequilibrio del volumen de líquidos y temor.

Evolución de los resultados esperados:

- Control del dolor:

Reconoce los síntomas: frecuentemente demostrado (4) Lo manifiesta oralmente, pidiendo así medicación.

Utiliza medidas de alivio: frecuentemente demostrado (4) Medicación prescrita por el médico.

- Equilibrio hídrico:

Presión arterial en rango esperado: sustancialmente comprometido (2) presenta una tensión arterial de 15/10

Ausencia de edemas periféricos: no comprometido (5) no presenta edemas.

- Estado de coagulación:

Sangrado: extremadamente comprometido (1) presenta hemorragia en la rodilla.

Recuento eritrocitario: sustancialmente comprometido (2) tras realizar hemograma presenta un valor de 8 en la hemoglobina.

- Control del riesgo:

Supervisa los factores de riesgo: a veces manifestado (3) utilizamos guantes, y los recursos necesarios para evitar infecciones.

- Termorregulación:

Temperatura cutánea en rango esperado: levemente comprometido(4) por la intervención quirúrgica

- Estado respiratorio: ventilación

Frecuencia respiratoria en rango esperado: levemente comprometido (4) tiene una saturación de oxígeno de 95, colocamos gafas de oxígeno.

Ausencia de disnea: no comprometido (5)

- Control del miedo:

Busca información para reducir el miedo: a veces manifestado (3) pregunta las dudas que tiene

Alta a las 18:30:

Se va sin dolor, con unos resultados de hemoglobina de 13,4, tensión arterial adecuada y la diuresis es normal, está dentro de la normalidad.

Diagnósticos y problemas presentes: continúan presentes al alta riesgo de infección, riesgo de lesión perioperatoria, y temor.

Evolución de los resultados esperados:

- Control del dolor/ nivel del dolor:

Tras realizarle el bloqueo el enfermo no se queja de dolor

- Equilibrio hídrico:

Presión arterial en rango esperado: no comprometido (5) presenta una tensión arterial de 12/ 8

- Estado de coagulación:

Sangrado: no comprometido (5) la hemorragia se ha detenido.

- Recuento eritrocitario: no comprometido (5) con la autotransfusión los valores de hemoglobina han ascendido.

- Control del riesgo: lo seguirá mostrando mientras siga ingresado en el hospital.

- Termorregulación:

Temperatura cutánea en rango esperado: no comprometido(5)

- Estado respiratorio: ventilación

Frecuencia respiratoria en rango esperado: no comprometido (5) tiene una saturación de oxígeno de 98, se va sin gafas de oxígeno.

- Control del miedo:

Busca información para reducir el miedo: frecuentemente manifestado (4) pregunta las dudas que tiene

Evaluación final

Al alta, de los 5 diagnósticos se resolvieron 3, los otros 2 restantes mejoraron pero continúan presentes; puesto que Riesgo de infección permanecerá durante su estancia en el hospital y Temor desaparecerá cuando vea que evoluciona satisfactoriamente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sociedad Española de Reumatología. Artrosis: Fisiopatología, diagnóstico y tratamiento. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2010.
2. North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2009-2011. Madrid: Ediciones Elsevier, 2009.
3. Mc Closkey J, Bulechek G. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 4ª ed. Madrid: Mosby, 2005. 5. Moorhead S, Johnson M, Maas M. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 3ª ed. Madrid: Mosby, 2005.

DE CÓMO UN CAMBIO EN UN PROCEDIMIENTO HA PRODUCIDO UN CAMBIO DE DIAGNÓSTICO ENFERMERO

AUTOR/ES

Blanca Nieves Gallejones-Albuerne. Enfermera. Hospital Universitario Araba.

PALABRAS CLAVE

Quimioterapia, diagnóstico enfermero.

INTRODUCCIÓN

El Real Decreto 1093/2010 que establece que los enfermeros trabajen con taxonomías NANDA-NOC-NIC hizo que Osakidetza impulsara el desarrollo de una nueva herramienta informática (OsaNAIA) para el registro de valoración del paciente y la elaboración de planes de cuidados (PC). Previo a su implantación, enfermeras del ámbito asistencial participaron en la elaboración de diagnósticos enfermeros (DxE) derivados de la valoración por dominios, asociados a dispositivos/heridas, así como distintos condicionantes de plan (CP) denominados anteriormente planes de cuidados estandarizados. La unidad de oncohematología participó en la elaboración del CP "Tratamiento quimioterapia". Este CP llevaba asociado entre otros, el DxE Riesgo de traumatismo vascular por el riesgo de extravasación que existía al realizar la infusión endovenosa de quimioterápicos a través de catéteres periféricos. A raíz de la implantación de un Equipo de Terapia Intravenosa (ETI) en el HUA y siguiendo las recomendaciones de las guías de práctica clínica, se comenzaron a canalizar Catéteres Centrales de Inserción Periférica (PICC) a la mayoría de pacientes hematológicos y oncológicos con quimioterápicos vesicantes. Este cambio desencadenó la necesidad de modificar el DxE Riesgo de traumatismo vascular, el Resultado NOC y su indicador, puesto que ya no resultaban adecuados, al minimizarse el riesgo de extravasación.

OBJETIVO

Modificar el Diagnóstico Enfermero "Riesgo de traumatismo vascular" (00213)

NOC: Integridad tisular piel y membranas mucosas (1101). Indicador: lesiones cutáneas

NIC: Manejo de la quimioterapia (2240) asociado al CP "Tratamiento quimioterapia" (fig.1)

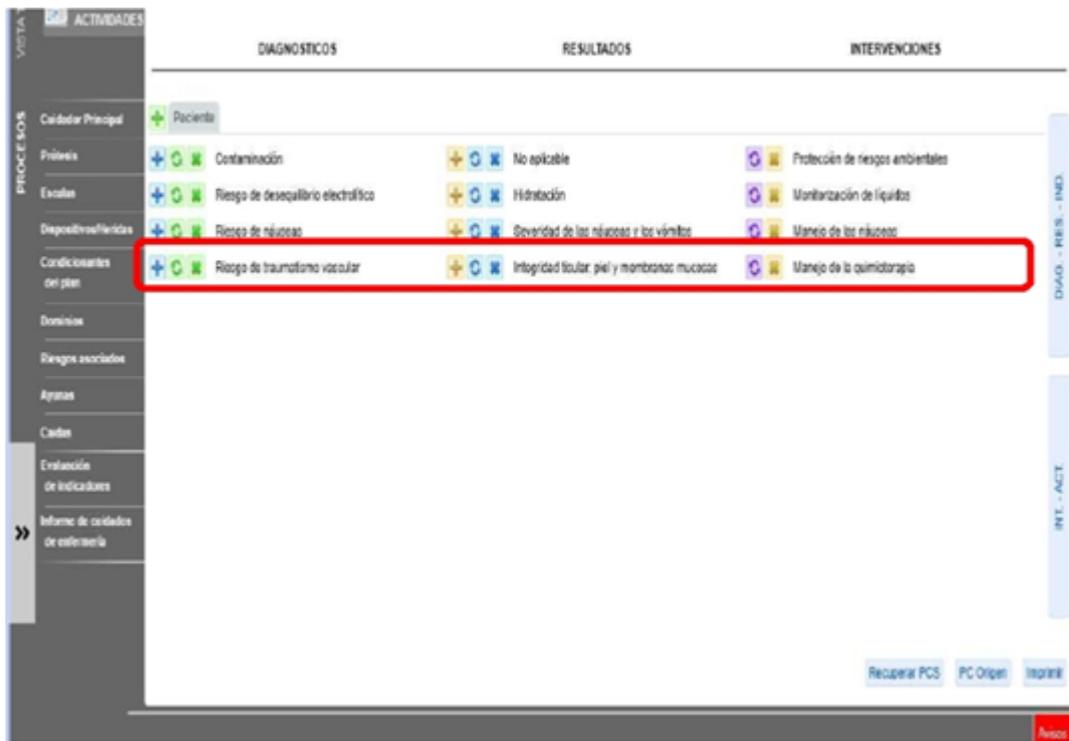


Fig.1. DxE, NOC y NIC asociados al C.P. Tratamiento quimioterapia

MATERIAL Y MÉTODO

- Identificación de la necesidad de modificación de la taxonomía asociada al tratamiento de quimioterapia. En pacientes con PICC al ir a realizar la medición del Indicador: lesiones cutáneas del NOC: Integridad tisular piel y membranas mucosas (fig. 2 y 3) tanto la enfermera referente del programa en el HUA como algunas enfermeras de la unidad comenzaron a detectar lo poco apropiado que les resultaba, puesto que el riesgo de extravasación siguiendo el protocolo de administración de quimioterapia a través de PICC era prácticamente inexistente. Entre otras cosas hay que comprobar que el PICC refluye y que no se ha desplazado de su posición correcta (está anotado cuantos cms debe estar fuera cada PICC en el formulario de OsaNAIA (fig.4) y/o en el documento que se entrega al paciente).

Riesgo de traumatismo vascular / Integridad tisular: piel y membranas mucosas	
Fecha última evaluación	Fecha de reevaluación
B. D. O.	
Lesiones cutáneas	
<input type="button" value="Evaluar"/> <input type="button" value="Consultar"/> <input type="button" value="Resolver"/> <input type="button" value="Finalizar"/> <input type="button" value="Borrar"/>	

Fig. 2. Indicador del NOC Integridad tisular: piel y membranas mucosas en relación con el DxE Riesgo de traumatismo vascular

Evaluación de indicadores > Valorar

EVALUACION DE INDICADORES

Dispositivos/Heridas /

Diagnóstico: **Riesgo de traumatismo vascular**

Resultado: **Integridad tisular: piel y membranas mucosas**

Fecha última evaluación

	1	2	3	4	5	Basal	Diana
Lesiones cutáneas	No aplicable	Grave	Sustancial	Moderado	Leve	Ninguno	A. <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/>

EVALUACION PLANIFICACION Fecha planificada siguiente evaluación

Guardar Resolver Finalizar

Fig. 3. Escala Likert para medición del Indicador: Lesiones cutáneas

Zoom (100%)

SITUACION ACTUAL

Concepto clínico ACTIVOS FINALIZADOS

Catéter venoso central de acceso periférico / Brazo superior derecho zona interna

25/04/2015

Subtipo de catéter central insertado percutáneamente: PICC

Luces catéter: 2

Observaciones catéter: 2,5 cm fuera

Cura catéter: Clorhexidina

Estado catéter central insertado periféricamente: Dos luces cerradas

Fijación: Apósito de poliuretano; Apósito de fijación sin sutura; Malla

Observaciones cura catéter: Cura en centro de salud los miércoles

25/04/2015 11:14 - BLANCA NEVES CALLEJONES ALBUERNE - VIRTUAL II E 1 - H. VIRTUAL

Final Valoración

Aladir Evolucionar Retirar/Curar Consultar Concluir Borrar

Fig. 4. Formulario asociado a PICC

- Asesoramiento de enfermeras referentes del programa OsaNAIA.
- La enfermera referente del programa en el HUA se puso en contacto con antigua y nueva referentes de servicios centrales para intentar dar una solución adecuada.
- Revisión y búsqueda de Diagnóstico enfermero, Resultados (NOC), indicadores e Intervenciones (NIC) más apropiados.
- Se barajaron 2 opciones:

Asociar el NOC Respuesta a la medicación (2301) al DxE Riesgo de desequilibrio electrolítico (00195) que ya estaba asociado al CP Tratamiento quimioterapia.

Buscar un nuevo DxE.

Tras revisar las taxonomías NANDA NOC NIC, no parecía apropiado asociar el NOC Respuesta a la medicación con el Indicador efectos adversos al DxE Riesgo de desequilibrio electrolítico puesto que no todos los efectos adversos del tratamiento quimioterápico están en relación con un desequilibrio de electrolitos.

En el dominio 11 Seguridad/protección aparece el DxE Protección ineficaz (00043) con el factor relacionado: Farmacoterapia, poniendo como ejemplo los antineoplásicos. Una vez leídos la definición y factores relacionados parecía que el DxE era apropiado.

Además se podían relacionar el NOC: Respuesta a la medicación y el NIC Manejo de la quimioterapia.

RESULTADOS

Modificación del DxE (Fig.5)

DxE: Protección ineficaz (00043).

Dominio 11: Seguridad/protección

Clase 2: Lesión física

Definición: disminución de la capacidad para autoprotegerse de amenazas internas y externas como enfermedades y lesiones

Factores relacionados: Farmacoterapia (p.ej., antineoplásicos...)

NOC: Respuesta a la medicación (2301). Indicador: efectos adversos

NIC: Manejo de la quimioterapia (2240)

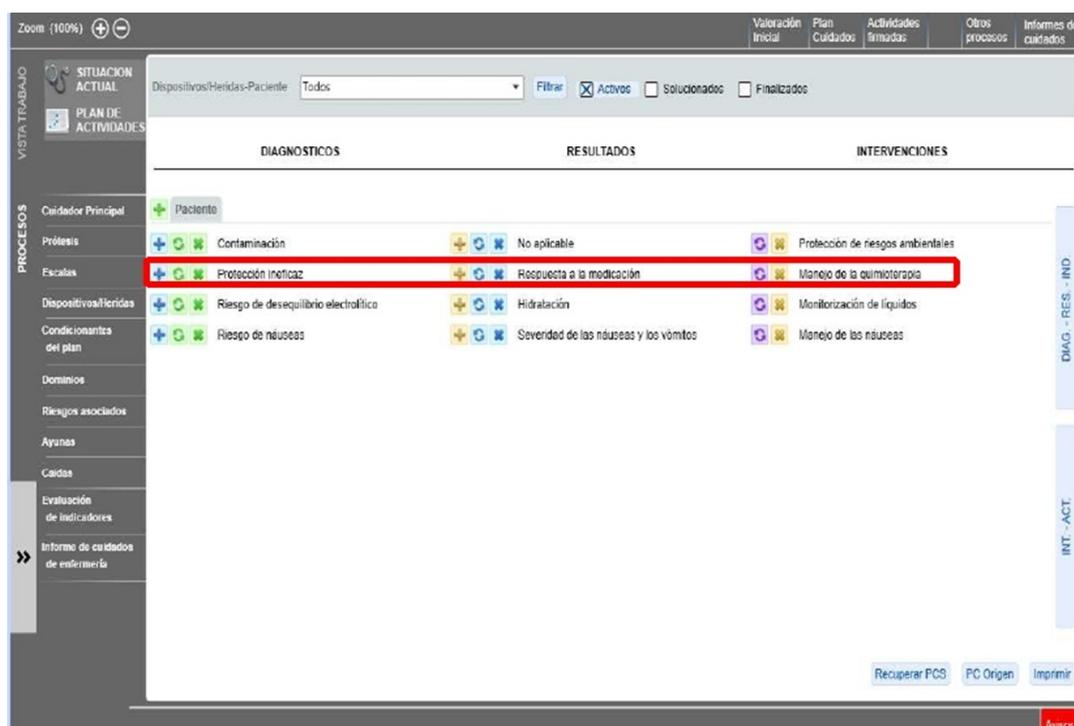


Fig.5 . Plan de cuidados asociado a C.P. Tratamiento quimioterapia tras la modificación

Simultáneamente a la realización de la modificación en el programa, se envió nota a las unidades de hospitalización del cambio producido, con la explicación correspondiente.

CONCLUSIONES

La modificación de la práctica profesional puede llevar asociada una modificación de los planes de cuidados ya elaborados.

Entender y saber manejar las taxonomías NANDA-NOC-NIC es de suma importancia para que los planes de cuidados resulten adecuados.

La herramienta informática como tal, debería estar en evolución continua, adaptándose tanto a las modificaciones en las taxonomías como a la detección por parte de los enfermeros de errores en el programa o cambios de procedimientos.

BIBLIOGRAFÍA

1. North American Nursing Diagnos NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros Definiciones y clasificación 2009-2011. Barcelona: Elsevier España; 2010.
2. Moorhead S.; Johnson M, Maas ML, Swanson E, Editores. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4 ed. Barcelona: Elsevier España; 2009.
3. Bulechek GM, Butcher HK, McClaskey Dochterman J, Editores. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5 ed. Barcelona: Elsevier España; 2009.

AGRADECIMIENTOS

A las referentes del Programa OsaNAIA en Servicios Centrales de Osakidetza por su ayuda inestimable y a todos los enfermeros del HUA que contribuyen a la actualización y adecuación del programa a la realidad hospitalaria.

TRADUCIENDO LA CORPORALIDAD. CASO CLÍNICO

AUTOR/ES

Itxaso Santamaría Sanz

PALABRAS CLAVE

Adolescente, el cuerpo, traumatismos emocionales, plan de cuidados.

INTRODUCCIÓN

Ainara es una adolescente de 15 años que es derivada a la Unidad Terapéutica Educativa (UTE), por un lado, para alcanzar una mayor estabilización clínica y evitar los frecuentes pasajes al acto y por el otro, reenganchar a la dinámica educativa. Procedente del Centro de Salud Mental de niños y adolescentes de referencia y diagnosticada de trastorno de la conducta alimentaria sin especificar (F50.9) y de trastorno límite de personalidad (F60.3).

Las UTEs son centros fruto de un convenio entre el Departamento de Educación del Gobierno Vasco y el Servicio Vasco de Salud Osakidetza, con el objetivo de prestar atención intensiva e integral a niños con enfermedades mentales graves que presentan dificultades para ser asumidos, en un momento determinado, por el entorno escolar normalizado y/o los Centro de Salud Mental de niños y adolescentes. El convenio marca una serie de estipulaciones, referentes al máximo de pacientes por unidad, personal que aporta el Departamento de Educación, personal dependiente del Servicio Vasco de Salud y tiempo de estancia de los alumnos-pacientes, así como la constitución de diferentes comisiones de valoración y seguimiento.

VALORACIÓN

Valoración mediante entrevista

Ainara refiere que su enfermedad actual es anorexia y depresión. Añade que cuanto se siente agobiada le cuesta dormir. En tratamiento desde hace año y medio con antidepresivo, benzodiacepina y neuroléptico a dosis bajas, reajustándolo cada vez que la situación lo requiere.

Madre e hija se presentan en las entrevistas de valoración. Ainara muestra una actitud reactiva con un adecuado manejo de la palabra. Explica distintas situaciones que ha vivido en las cuales se ha sentido “terriblemente mal”: dificultades de relación con su grupo de amigas, acoso escolar, la ausencia del padre, y la muerte de una “amiga” donde refiere el inicio de su enfermedad. Antecedentes de 4 ingresos hospitalarios donde recuerda uno de ellos con enfado porque no le trataron la anorexia y enfocaron sus problemas hacia otros campos como la dificultad con su grupo de iguales y la personalidad. La madre añade que en el hospital aprendió a expresarse y a contar sus problemas, comenta que “antes se los tragaba”, pero donde aprendió e incorporó nueva sintomatología relacionada con la conducta alimentaria. La madre refiere que “allí entro con un trastorno de alimentación y salió con otra enfermedad, por estar con niñas que tomaban pastillas, con ideación autolítica y las autolesiones. “

Vive con su madre y los abuelos maternos. Durante la entrevista, Ainara quiere dejar claro que es su abuelo el que ha ejercido y ejerce de padre.

La madre añade que rompió la relación con el padre a los 6 meses de embarazo porque se enteró que le engañaba.

El padre solicitó la custodia durante los primeros meses de vida de Ainara y la madre no lo permitió.

Recientemente, Ainara ha tenido contacto con su padre por iniciativa propia. No le dio buena impresión, comenta que no le gustó ni su aspecto ni su imagen, “parecía vagabundo”. El padre le obsequio con varios regalos pero ella lo que buscaba era el cariño de un padre. No han vuelto a tener más contacto “antes me dolía, ahora no, ahora rabia”.

Durante un tiempo mantuvo relación con una cuadrilla de chicas “ya no ando con ellas”- aclara Ainara. La madre argumenta que una de ellas, “la líder”, tenía problemas con la comida y “Ainara se contagió de esa tontería”. Actualmente presenta altibajos.

Verbaliza tener muchos momentos de “bajón” donde se encierra en casa y prefiere estar sola, “así nadie me hace nada”. Refiere “quiero descansar en paz”, “yo me quiero curar.” Relata la mala experiencia que tuvo hace poco en la consulta de ginecología donde acudió para tratar el tema de la amenorrea y la dificultad que está teniendo para que los ciclos se le regulen. Se muestra preocupada.

Refiere que “no quiere volver al instituto porque allí le hicieron bullying”. El último curso ha estado con Atención Educativa Domiciliaria. Presentaba pérdida de interés por el aprendizaje relacionado con las malas experiencias vividas en la escuela. “No le engancha nada”- comenta la madre. Ainara nos explica que le gustaría dedicarse al mundo de la imagen y la moda. La estética, el maquillaje son temas que le interesan. La fotografía, los autorretratos. Actualmente no realiza ninguna actividad extraescolar.

Expresa temor porque no la aceptemos en este nuevo centro.

Valoración de enfermería en OSANAIA (plataforma informática de metodología enfermera y gestión de cuidados), a través de los 13 dominios de la NANDA basados en los patrones de M. Gordon.

1.-Promoción de la Salud. En tratamiento desde hace año y medio con antidepresivo, benzodiacepina y neuroléptico, con adherencia bajo supervisión. Conciencia de enfermedad parcial con actitud proactiva. Déficit de conocimientos en relación con los cuidados básicos.4 ingresos hospitalarios previos.

2.-Nutrición. Sospecha de situación nutricional de sobrepeso. En ocasiones, actitud de rechazo y/o selectivo ante la comida. No conocimientos de dieta adecuada y presencia de “falsos mitos” sobre alimentación. Utiliza comedor en la UTE. Adecuado aporte de líquidos.
*Por prescripción médica no se aconseja cuantificar este dato porque podría desestabilizar las conductas que esta adolescente establece con la ingesta.

3.-Eliminación e intercambio. Refiere estreñimiento ocasional.

4.-Actividad/Reposo. Calidad del sueño buena, convirtiéndose en ocasiones en no reparador. Las pesadillas y los “pensamientos molestos” motivos que dificultan e interrumpen el sueño. Ayudas farmacológicas para dormir. Ainara duerme sola. Aspecto general desaseado y descuidado. Higiene regular. Autónoma para las AVD, en cambio necesidad de ayuda para realizar AIVD.

5.-Percepción/Cognición. Buena orientación. No alteraciones senso perceptivas ni alucinaciones. No alteración ni del curso ni contenido del pensamiento. Se observa una alteración de la interpretación de los alimentos ingeridos y las cantidades, tendiendo a reducirlos. Problemas de aprendizaje en el aula. La comunicación es fluida con un adecuado manejo de la palabra.

6.-Autopercepción. Estado de ánimo fluctuante. Dependencia excesiva de otras personas siendo la madre su referente en casa, y una compañera y varios adultos durante su estancia en la UTE. Pasa tiempo sola porque no tiene relaciones estables ni mantenidas en el tiempo. Infravalorada mostrándose insegura, con baja autoestima y una distorsión en la percepción de la imagen corporal.

7.-Rol/Relaciones. Convivencia con su madre y abuelos maternos. Las relaciones familiares son tensas, con enfados frecuentes, siendo los temas de alimentación el motivo inicial más usual. Ausencia de la relación paterno-filial en la actualidad. Último año cursando la Educación Secundaria Obligatoria en Atención Educativa Domiciliaria por presentar alto número de absentismo relacionado con sus dificultades para seguir dinámica educativa establecida. Relaciones sociales reducidas a familia ampliándolas temporalmente a 2 compañeros de la UTE.

8.-Sexualidad. Menarquía a los 11 años. Preocupación por la falta de regulación de los ciclos.

9.-Afrontamiento/Tolerancia al estrés. Respuestas de afrontamiento emocionales mostrando hipersensibilidad, impaciencia, rumiación, sensaciones de desbordamiento y frecuentes somatizaciones. Autolesiones. La ausencia del padre y la muerte de la “amiga” son dos temas sin resolver.

10.-Principios vitales. Refiere “Quiero descansar en paz”, “me quiero curar.”

11.-Seguridad/Protección. Antecedentes de autoagresiones y presencia de ideación autolítica precisando medidas de contención farmacológicas.

12.-Confort. No presenta alteraciones

13.-Crecimiento/Desarrollo. No presenta alteraciones.

DIAGNOSTICOS Y PLANIFICACION

Tras la aplicación del modelo AREA y establecimiento de las distintas relaciones entre los problemas detectados en la paciente, se han seleccionado los siguientes diagnósticos:

00120 Baja autoestima situacional r/c conductas inconscientes con los valores, alteración de la imagen corporal y cambios en el rol social m/p evaluación de sí misma incapaz de afrontar las situaciones y verbalizaciones de negación de sí misma.

RESULTADOS	INDICADORES	INTERVENCIONES	ACTIVIDADES
2000 Calidad de vida	200002 Satisfacción con las condiciones sociales.	5230 Aumentar el afrontamiento	Valorar el impacto de la situación vital de Ainara en las relaciones.
	200015 Autonomía.		Favorecer las relaciones con personas que tengan intereses y objetivos comunes.
	200005 Satisfacción con el nivel educativo.		Favorecer situaciones que fomenten la autonomía.
	200010 Satisfacción con el concepto de sí mismo.		Identificar sus puntos fuertes y capacidades. Favorecer la participación en actividades escolares y extraescolares.

00139 Riesgo de automutilación r/c trastorno límite de personalidad, sentirse amenazada por la pérdida de relaciones, afrontamiento ineficaz y sentimientos negativos (tristeza, rechazo, odio hacia sí misma, culpa).

RESULTADOS	INDICADORES	INTERVENCIONES	ACTIVIDADES
1204 Equilibrio emocional	120401 Muestra un afecto adecuado a la situación.	5270 Apoyo emocional	Favorecer la conversación como medio de disminuir la respuesta emocional.
	120404 Refiere dormir de forma adecuada.		Ayudar a reconocer sentimientos.
	120423 Mantiene el arreglo y la higiene personal.		
	120413 Refiere apetito normal.		
	120418 Refiere capacidad para realizar las tareas diarias.	8272 Fomentar el desarrollo: adolescente	Animar Ainara para que se implique activamente en las decisiones respecto a su propio cuidado de salud.
1902 Control del riesgo	190201 Reconoce factores de riesgo.		Fomentar higiene personal y dieta saludable.

190208 Modifica el estilo de vida para reducir riesgos.	6160 Intervención en caso de crisis	Determinar si el paciente presenta riesgo de seguridad para sí mismo.
190211 Participa en la identificación sistemática de los riesgos identificados.		Identificación de factores desencadenantes.
190214 Utiliza los sistemas de apoyo personal para reducir el riesgo.		Promover valores y capacidades personales para utilizarse en la resolución de la crisis.
190216 Reconoce cambios en el estado de salud		

00187 Disposición para mejorar el poder m/p expresiones de disposición para mejorar la implicación para crear el cambio.

RESULTADOS	INDICADORES	INTERVENCIONES	ACTIVIDADES
1206 Deseo de vivir	120602 Expresión de esperanza.	5310 Dar esperanza	Desarrollar un plan de cuidados que implique un grado de consecución de metas, yendo desde lo sencillo hacia lo complejo. Ampliar repertorio de mecanismos de resolución de problemas.
	120608 Utiliza estrategias para compensar los problemas relacionados con la salud.		
	120614 Depresión.		
	120615 Pensamientos suicidas.		

Como situaciones de riesgo (riesgo asociado), destinados a prevenir o detectar la aparición de complicaciones esperables por la situación clínica del paciente, se estableció el Riesgo de efectos adversos r/c respuestas a la medicación.

EVOLUCIÓN DEL CASO

El diagnóstico 00120 Baja autoestima situacional ha obtenido los siguientes resultados:

RESULTADOS	INDICADORES	EVALUACION		
		BASAL	6 MESES	DIANA
2000 Calidad de vida	200002 Satisfacción con las condiciones sociales.	1	3	4
	200015 Autonomía.	3	3	5
	200005 Satisfacción con el nivel educativo.	2	2	4
	200010 Satisfacción con el concepto de sí mismo.	1	2	4

Escala Likert: 1-no del todo satisfecho, 2-algo satisfecho, 3-moderadamente satisfecho, 4-muy satisfecho, 5-completamente satisfecho.

El diagnóstico 00139 Riesgo de automutilación ha obtenido los siguientes resultados:

RESULTADOS	INDICADORES	EVALUACION		
		BASAL	6 MESES	DIANA
1204 Equilibrio emocional	120401 Muestra un afecto adecuado a la situación.	2	3	4
	120404 Refiere dormir de forma adecuada.	3	3	5
	120423 Mantiene el arreglo y la higiene personal.	1	2	4
	120413 Refiere apetito normal.	1	2	4
	120418 Refiere capacidad para realizar las tareas diarias.	2	3	4
1902 Control del riesgo	190201 Reconoce factores de riesgo.	1	3	4
	190208 Modifica el estilo de vida para reducir riesgos.	1	3	4
	190211 Participa en la identificación sistemática de los riesgos identificados.	2	4	4
	190214 Utiliza los sistemas de apoyo personal para reducir el riesgo.	2	4	4
	190216 Reconoce cambios en el estado de salud.	1	2	4

Escala Likert: 1- nunca demostrado, 2- raramente demostrado, 3- a veces demostrado, 4- frecuentemente demostrado, 5-siempre demostrado.

El diagnóstico 00187 Disposición para mejorar el poder ha obtenido los siguientes resultados:

RESULTADOS	INDICADORES	EVALUACION		
		BASAL	6 MESES	DIANA
1206 Deseo de vivir	120602 Expresión de esperanza.	3	3	5
	120608 Utiliza estrategias para compensar los problemas relacionados con la salud.	2	3	4
	120614 Depresión.	1	3	4
	120615 Pensamientos suicidas.	1	4	5

Escala Likert: 1- gravemente comprometido/ grave, 2- sustancialmente comprometido/ sustancial, 3- moderadamente comprometido/ moderado, 4- levemente comprometido/ leve, 5- no comprometido/ninguno.

DISCUSION

La adolescencia viene “marcada” por una serie de tareas a cumplir: adaptarse a los cambios corporales, afrontar el desarrollo sexual, establecer y confirmar el sentido de identidad, sintetizar la personalidad, independizarse y emanciparse de la familia así como adquirir un sistema de valores respetuoso con los derechos propios y ajenos. Es una etapa crítica que supone riesgos, momento de cambios y duelos, como una crisis a acompañar. Se caracteriza también por la magnitud de cambios corporales acompañado siempre por vivencias intrapsíquicas particulares.

Los cuerpos enfermos de los adolescentes que padecen trastornos mentales graves se convierten en muchos casos en el vínculo que mantiene la relación.

Relaciones complejas, donde es fundamental la figura enfermera para realizar ese paso trascendental en el proceso interpersonal definido como terapéutico. La interacción enfermero-persona usuaria instituye uno de los ejes centrales de la provisión del cuidado de enfermería.

La taxonomía enfermera permite avanzar a los profesionales de enfermería hacia capacidades como el razonamiento clínico, reflexión, toma de decisiones y la autonomía, todas ellas fundamentales para saber generar respuestas complejas y poder así enfrentar los problemas y vínculos complejos que las “nuevas modalidades” de vida nos están exigiendo.

BILBLIOGRAFIA

1. Herdman H, Heath C, Lunney M, Scroggins L, Vassallo B, editores. NANDA International DIAGNOSTICOS ENFERMEROS: Definiciones y Clasificación 2009-2011. Barcelona: Elsevier; 2010.

2. Moohead S, Johnson M, L. Maas M, Swanson E, editores. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4a ed. Barcelona: Elsevier Mosby; 2009.
3. Bulechek G, Butcher H, McCloskey J, editores. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5a ed. Barcelona: Elsevier Mosby; 2009.
4. Lasa A. Experiencia del cuerpo y construcción de la imagen corporal en la adolescencia: Vivencias, obsesiones y estrategias. Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente. 2003; 2: p. 53-74.
5. Orbach S. Cuerpos en crisis: cómo los imperativos culturales se convierten en tragedias psicológicas que distorsionan la corporalidad en la adolescencia. En: IV Jornad@s IARPP-E Cuerpo y adolescencia. Barcelona; 2013. p.9-22.
6. Janin B. Somatizaciones en niños. En: Janin B. y Kahansky E. (comps.). Marcas en el cuerpo de niños y adolescentes. 1a ed. Argentina: Noveduc; 2011. p.15-36.
7. Lluch MT. Enfermería Psicosocial y de Salud Mental: Marco conceptual y metodológico. Barcelona: Edicions Universitat Barcelona; 2004

PLAN DE CUIDADOS DEL FINAL TRANQUILO DE LA VIDA

AUTOR/ES

Adelaida Ramos-Fernández, M. José Casas-Güdel, Silvia Pilar-Caballo, Francisca Pérez-Robles

PALABRAS CLAVE

Cuidados enfermeros estandarizados, teoría enfermera, diagnósticos enfermeros, cuidados paliativos, final de vida.

INTRODUCCIÓN

Aliviar el sufrimiento al final de la vida puede posibilitar una muerte serena, con la aceptación del propio final inevitable. Entre los factores que influyen en la consecución de esta aceptación, aunque varían en cada individuo, encontramos: confort físico, emocional y espiritual; morir si es posible en el lugar elegido por el paciente; ser respetado como individuo; no ser una carga para los otros y conseguir una relación de confianza con la familia y con los profesionales (1).

En relación a los cuidados enfermeros, nuestro objetivo es disminuir el sufrimiento y mejorar la calidad de vida de los pacientes al final de la vida y, también, de sus familias, mediante un proceso de evaluación, identificación y gestión de las necesidades físicas, sociales, psicológicas y espirituales, respetando sus valores y creencias (2). Para ello, será necesario establecer un plan de cuidados que facilitará la administración de cuidados para el alivio de síntomas y satisfacción de las necesidades, dirigido al paciente y a sus familiares cercanos ya que ellos forman parte de la unidad a tratar durante este proceso.

Establecer un plan de cuidados estandarizado será una buena herramienta para facilitar y homogeneizar la aplicación de los cuidados enfermeros siendo necesario revisar y adecuar el plan de forma individualizada y continua (2). Por ello, durante todo el proceso de final de vida se personalizará con el objetivo de conseguir unos cuidados de excelencia.

Para enfermería trabajar siguiendo un modelo o teoría específica supone relacionar los conceptos de persona, salud, entorno y enfermería y así, en este caso, guiar la observación, clarificación y análisis del proceso del paciente al final de vida. Dentro de la ciencia enfermera Cornelia M. Ruland y Shirley M. Moore nos permiten una aproximación profunda con su teoría del Final Tranquilo de la Vida (3).

OBJETIVO

Diseñar un plan de cuidados estandarizado mediante metodología científica, basado en las necesidades del paciente al final de la vida y, también, de su familia, que contribuya a la disminución de la variabilidad asistencial.

METODOLOGIA

PRIMERA FASE

El primer objetivo fue establecer los criterios de inclusión en el plan de cuidados debido a que en algunas patologías, como las oncológicas, están bien definidos los factores, signos y

síntomas que presentan los pacientes en los últimos días de vida pero resulta más complicado en otras patologías. Pese a esta dificultad, en la literatura aparecen descritos signos orientativos de irreversibilidad a corto plazo (4) en enfermedades no oncológicas que evolucionan a fases avanzadas.

Finalmente, establecimos los siguientes criterios de inclusión:

- Paciente con diagnóstico médico en fase no reversible de cualquier proceso patológico.
- Acuerdo del equipo de incluir al paciente en el plan de cuidados.
- Paciente que cumpla criterios de la primera fase del plan de cuidados.

Pese a que son criterios muy amplios, la necesidad del consenso del equipo para incluir al paciente nos obliga a reflexionar sobre cada caso objetivando, desde el punto de vista de cada profesional, los criterios para su inclusión en el plan de cuidados.

Se establecieron los diagnósticos enfermeros a partir de una lluvia de ideas entre profesionales con experiencia en la atención de personas al final de la vida.

Se integraron los diagnósticos seleccionados en el marco teórico de Ruland y Moore. Esta teoría agrupa los problemas en 5 grandes ámbitos que son: ausencia de dolor, experiencia de bienestar, experiencia de dignidad y respeto, estar en paz y proximidad de los seres queridos.

La discusión entre expertos consistió en ir eliminando aquellos diagnósticos cuyo significado estaba integrado o que era causa de otro. Finalmente, los diagnósticos aceptados por consenso fueron:

- Dolor agudo
- Riesgo del síndrome del desuso
- Deterioro de la mucosa oral
- Disconfort
- Sufrimiento moral
- Ansiedad ante la muerte
- Aflicción crónica (diagnóstico centrado en la familia).

SEGUNDA FASE

Se procedió a la identificación de aquellas intervenciones o actividades enfermeras pertenecientes al rol autónomo de enfermería estableciendo sus NOC correspondientes (ver anexo 1).

Las intervenciones seleccionadas fueron las que ofrecían mejor cobertura de los cuidados que decidimos que eran imprescindibles. Con el objetivo de obtener mayor rigor en su inclusión se contrastaron con la evidencia existente hasta este momento recogida en el Manual de Diagnósticos de Enfermería de Ackley (5).

TERCERA FASE

Se procedió a la identificación de aquellas intervenciones o actividades enfermeras pertenecientes al rol interdependiente (Anexo 2) y el de colaboración (Anexo 1).

Para el rol interdependiente se seleccionaron las siguientes actividades: administración de fármacos según pauta médica, manejo de la sedación (a partir del momento en que ésta se produzca) y vigilancia. Los NOC se vincularon a la severidad de la pérdida de sangre (sea por hemoptisis o hematemesis), el malestar del paciente y la respuesta a la medicación.

Para el rol de colaboración se establecieron las siguientes acciones: administración de fármacos, manejo de sedación y vigilancia.

CONCLUSIONES

Implementar un plan de cuidados de final de vida para los pacientes en Situación de Últimos Días (SUD), independientemente de la patología de base, permitirá reducir la desigualdad en la atención paliativa sobre todo en hospitales terciarios, proporcionando unos cuidados homogéneos que orienten a los profesionales de diferentes especialidades. Debido a esta menor experiencia en el acompañamiento en la fase final de vida en salas de hospitalización con menor mortalidad, se pueden generar situaciones de encarnizamiento terapéutico o de infratratamiento de los síntomas más prevalentes que se desencadenan en SUD.

Proporcionar unos cuidados de excelencia al final de la vida significa disponer de un programa de atención paliativa de calidad. El plan de cuidados del final tranquilo de la vida permitirá una atención holística adecuada a los pacientes en esta fase, que tenga en cuenta tanto al paciente como a la familia para poder disminuir el riesgo de duelo complicado de las personas que pierden un ser querido.

Por otro lado, estandarizar cuidados en una fase en la que existe tanta variabilidad sintomática nos puede llevar al inmovilismo en el tratamiento del paciente si el plan es implementado por profesionales con poca experiencia de la atención al final de la vida.

Utilizar el plan de cuidados meramente como un check-list de las actividades es un riesgo, y en este caso, esta forma de uso sería más perversa debido al impacto emocional que viven en esta etapa tanto el paciente como la familia y que, como profesionales, debemos atender.

Sin embargo, la estandarización de los cuidados al final de la vida proporciona un marco de seguridad, confort y tranquilidad para los pacientes, familias y profesionales que afrontan este momento tan trascendente en la biografía de una persona.

ANEXO 2

Diagnósticos de Enfermería	Fase 1 paciente cumple criterios de inclusión	Fase 2 empeoramiento de sintomatología			Fase 3 fase de agonía			Fase 4 muerte			
		M	T	N	M	T	N	M	T	N	
DOLOR AGUDO	NIC Manejo del dolor	Realizar una valoración exhaustiva del dolor/desencadenantes c/8 hrs									
		Observar claves no verbales de molestias c/8 hrs									
		Asegurarse que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes slp									
		Nivel de dolor									
	NOC	Valoración NOC para dolor	Grave(1) Sustancial(2) Moderado(3) Leve(4) Ninguno(5)								
RIESGO DE SÍNDROME DE DESUSO	NIC encamado	Colocar al paciente con una alineación corporal adecuada									
		Mantener la ropa de cama limpia, seca y libre de arrugas									
		Subir las barandillas si procede									
		Cambiarlo de posición según el estado de la piel									
		Vigilar el estado de la piel									
		Ayudar con las actividades de la vida diaria									
	NOC	Controlar la función urinaria									
		Monitorizar el estado pulmonar									
		Consecuencias de la inmovilidad									
		UPP	Grave(1) Sustancial(2) Moderado(3) Leve(4) Ninguno(5)								
DETERIORO DE LA MUCOSA ORAL	NIC Manejo de la salud bucal	Establecer una rutina de cuidados bucales c/8 hrs									
		Aplicar lubricantes para humedecer los labios y la mucosa oral si precisa c/8hrs									
	NOC	Integridad tisular piel y mucosas									
DISCONFORT	NIC Apoyo espiritual	Utilizar la comunicación terapéutica para establecer confianza y demostrar empatía									
		Tratar al individuo con dignidad y respeto									
		Proporcionar privacidad y momentos de tranquilidad para actividades espirituales									
		Estar abierto a las expresiones del individuo de soledad e impotencia									
		Alentar la asistencia a servicios religiosos, si desea									
		Apoyo emocional									
	NOC	Abrazar o tocar al paciente para proporcionarle apoyo si es necesario									
		Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza si es necesario									
		Animar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza si es necesario									
		Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias									
SUFIMIENTO MORAL	NIC Nivel de ansiedad	Proponer apoyo durante la negación, ira, depresión, negociación y aceptación de las fases del sentimiento de pérdida									
		Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional									
		Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los períodos de más ansiedad									
		Identificar los cambios en el nivel de ansiedad/por turno									
ANSIEDAD ANTE LA MUERTE	NIC Facilitar la presencia de la familia	Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad/por turno									
		Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante/por turno									
		Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo/por turno									
		Escuchar con atención/por turno									
		Crear un ambiente que facilite la confianza/por turno									
		Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos/por turno									
	NOC	Identificar los cambios en el nivel de ansiedad/por turno									
		Inquietud	Grave(1) Sustancial(2) Moderado(3) Leve(4) Ninguno(5)								
		Informar al equipo terapéutico de la reacción emocional de la familia respecto al estado del paciente, si procede									
		Obtener información respecto al estado del paciente, la respuesta al tratamiento, las necesidades identificadas									
AFLICCIÓN CRÓNICA	NIC Cuidados en la agonía	Comunicar de manera oportuna la información respecto al estado actual del paciente									
		Asegurar a la familia que se está dando la mejor atención posible al paciente									
		Quando se hable con la familia, utilizar el nombre del paciente.									
		Determinar las necesidades de apoyo emocional, físico, psicosocial y espiritual del paciente y de la familia, y tomar las medidas oportunas para satisfacer dichas necesidades, si procede.									
		Determinar el peso psicológico del pronóstico para la familia									
		Ayudar a identificar las necesidades para reducir episodios críticos de tensión, para desactivar sucesos, etc., si procede									
	NOC	Disminuir la demanda de funcionamiento cognitivo cuando el paciente está enfermo o fatigado									
		Animar al paciente y a la familia a compartir los sentimientos sobre la muerte									
		Apoyar al paciente y a la familia en los estados de pena									
		Establecer frecuentes períodos de descanso									
ROL DE COLABORACIÓN	NIC Manejo de la sedación	Agudar con los cuidados básicos, si es necesario									
		Respetar la necesidad de privacidad									
		Facilitar la obtención de apoyo espiritual al paciente y a la familia									
		Respetar las soluciones de cuidados específicos del paciente y de la familia									
RESOLUCIÓN AFLICCIÓN	NOC Progresar a lo largo de las fases de aflicción	Incluir a la familia en las decisiones y actividades de cuidados, según se desee									
		Identificar la pérdida									
		Fomentar la expresión de sentimientos acerca de la pérdida									
		Escuchar las expresiones de duelo									
ROL DE COLABORACIÓN	NIC Nivel de malestar	Ayudar al paciente a identificar la naturaleza de la unión al objeto o persona perdidos									
		Ayudar al paciente a identificar la reacción inicial de la pérdida									
		Comprobar estado neurológico									
		Grave(1) Sustancial(2) Moderado(3) Leve(4) Ninguno(5)									
RESOLUCIÓN AFLICCIÓN	NOC Respuesta medicación	Gravemente comprometido(1) Sustancial comprometido(2) Moderada comprometido(3) Leve comprometido(4) No comprometido(5)									

BIBLIOGRAFIA

1. Hattori K, McCubbin M A, Ishida D N. Concept Analysis of Good Death in the Japanese Community J Nurs Scholarsh 2006; 38 (2): 165-70.
2. Tejada FJ, Ruíz MR. Abordaje asistencial en el paciente en fase avanzada de enfermedad y familia. Enfermería Global (edición digital). 2009. Disponible en: <http://www.um.es/eglobal/> [Consultado el 15 Febrero 2015]
3. Ruland CM, Moore SM. Theory construction based on standards of care: a proposed theory of the peaceful end of life. Nurs Outlook. 1998;46(4):169-75
4. Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007
5. Ackley B J, Ladwig G B Manual de diagnósticos de Enfermería. Guía para la planificación de los cuidados. Elsevier, España 2006

HISTORIA CLÍNICA UNIFICADA: UN MISMO LENGUAJE PARA CUIDAR

AUTOR/ES

M^a Angeles-Fernández Rodríguez, Purificación-Morado Quiñoá, Josefa-Fernández Segade, Angel-López Triguero, M Dolores-Muñíos Pérez, Clara-González Formoso.

PALABRAS CLAVE

Lenguaje Enfermero, Historia Clínica Unificada

INTRODUCCIÓN

Actualmente el Servicio Gallego de Salud (SERGAS) cuenta con la historia clínica electrónica lanus, común para atención comunitaria y hospitalaria, totalmente implantada en nuestras áreas de gestión. La versión actual de GACELA, utilizada en hospitalaria, sólo dispone de taxonomía NANDA y no es posible trabajar con ella en comunitaria. Desde el SERGAS se ha impulsado el desarrollo en IANUS de una nueva funcionalidad que permita a enfermería trabajar con un registro único utilizando taxonomías NANDA, NOC y NIC (NNN).

OBJETIVOS

- Validación de la base de conocimientos que permita a enfermería trabajar con lenguaje enfermero en ambos ámbitos asistenciales.
- Unificar la historia clínica y dotarla de lenguaje enfermero.
- Formar a los profesionales en taxonomía NNN.

MATERIAL Y MÉTODOS

1. Formación de un grupo de trabajo compuesto por 10 enfermeras especialistas en taxonomía enfermera y consultores informáticos.
2. Revisión de necesidades de AP y HADO a fin de validar las etiquetas diagnósticas NANDA, resultados NOC e intervenciones NIC, para su inclusión en estos ámbitos.
3. Creación de una plataforma web que permita el trabajo sincrónico del grupo.
4. Elaboración e impartición de un curso semipresencial para formar a los profesionales.
5. Intensificación de la formación en metodología enfermera y taxonomías NANDA, NOC, NIC a fin de capacitar a los profesionales que van a trabajar con esta herramienta

RESULTADOS

Se han realizado 20 reuniones de trabajo.

Se validaron 78 diagnósticos enfermeros así como sus respectivas asociaciones NOC y NIC.

27 escalas de valoración.

Se está llevando a cabo la formación semipresencial a través de una plataforma de formación con 132 alumnos, que es el punto de partida de una formación en cascada a profesionales de atención comunitaria y HADO.

CONCLUSIONES

Se ha obtenido una herramienta común de trabajo para la planificación de los cuidados, con lenguaje enfermero, lista para su pilotaje en AP y HADO, que permitirá la continuidad asistencial y la atención integral a nuestros pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud (SNS). El sistema de historia clínica digital del SNS. Instituto de Información Sanitaria. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2010 [online]. Disponible en URL:http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/HCDSNS_Castellano.pdf
2. NANDA International. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. 2012-2014 Autor NANDA International; Edited by T. Heather Herdman
3. Espazo de cuidados de Bibliosaúde, Servizo Galego de Saúde. [consultado 4 marzo 2015]
http://www.elsevierinstituciones.es.mergullador.sergas.es:2048/ei/ctl_servlet?_f=1950

EVALUACIÓN DE LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA EN EL DISPOSITIVO DE TRATAMIENTO ASERTIVO COMUNITARIO (TAC)

AUTOR/ES

Cristina Masero–Moraleda(1), Lorea González-Barbolla(2), Itziar Arrizabalaga-Uria(1)

Enfermeras de Salud Mental. Red de Salud Mental de Bizkaia.

1. TAC Comarca interior.

2. Hospital de Bermeo

INTRODUCCIÓN

El programa Osanaia es una herramienta informática de Osakidetza que permite elaborar planes de cuidados basados en la Metodología enfermera y su taxonomía NANDA-NOC-NIC, plasmando de forma estructurada la actividad enfermera a través de una herramienta común, ya sea del ámbito hospitalario, o del comunitario.

Es una herramienta orientada a resultados que garantiza la calidad asistencial, organiza de forma metodológica el trabajo enfermero, mejora la seguridad del paciente y garantiza la continuidad de cuidados entre diferentes niveles asistenciales.

Tras la fase de valoración durante el Proceso de Atención de Enfermería, la enfermera especialista en salud mental realiza un análisis de los diagnósticos de enfermería sugeridos a través del programa informático Osanaia para identificar los problemas de salud o las situaciones de riesgo relevantes en los usuarios del dispositivo.

El TAC tiene entre sus objetivos proporcionar atención en la Comunidad, utilizar planes individualizados de atención, mantener una relación asertiva con la persona, conseguir la máxima autonomía y favorecer la autorresponsabilidad del usuario y fomentar su implicación activa en el proceso de recuperación.

El perfil de los usuarios del dispositivo de Tratamiento Asertivo Comunitario (TAC) es el de personas con un Trastorno Mental Grave (TMG) con evolución crónica, con una baja adherencia al tratamiento, hospitalizaciones repetidas y bajo apoyo sociofamiliar, por ello, es esencial la identificación de los problemas de salud o las situaciones de riesgo más relevantes y trabajar con planes de cuidados integrales e individualizados a través de la propia metodología enfermera centrada en el cuidado integral y respondiendo a las necesidades y a los problemas de salud específicos de los usuarios.

OBJETIVOS

El objetivo del presente trabajo es identificar los diagnósticos de enfermería y situaciones de riesgo más prevalentes de las personas con Trastorno Mental Grave (TMG) atendidas en el TAC de la Comarca interior de Bizkaia, utilizando como base los Planes de Cuidados realizados por las enfermeras de Salud Mental del TAC registrados en el programa informático Osanaia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se llevó a cabo un estudio descriptivo transversal en el dispositivo TAC de la Comarca Interior de Bizkaia durante el mes de marzo del 2015.

Se incluyeron en el estudio a los usuarios con TMG con planes de cuidados realizados (N=36).

Se revisaron todos los diagnósticos de enfermería y los riesgos asociados de los planes de cuidados registrados en el programa informático Osanaia, se elaboró una base de datos y se realizó un análisis estadístico descriptivo de los mismos.

RESULTADOS

La media de diagnósticos de enfermería por paciente fue de 4,72.

Se identificaron un total de 31 diagnósticos de enfermería y 1 riesgo asociado en las personas con TMG en el TAC, que se muestra en la siguiente tabla (ver Tabla 2: Diagnósticos de enfermería detectados en el dispositivo TAC).

Tabla 2: Diagnósticos de enfermería detectados en el dispositivo TAC

CÓDIGO NANDA	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	Nº PERSONAS CON DICHO DIAGNÓSTICO
00071	Afrontamiento defensivo	1
00073	Afrontamiento familiar incapacitante	2
00069	Afrontamiento Ineficaz	11
00053	Aislamiento Social	7
00072	Ansiedad	10
00119	Baja autoestima crónica	3
00120	Baja autoestima situacional	4
00001	Desequilibrio nutricional: Ingesta inferior a las necesidades	2
00002	Desequilibrio nutricional: Ingesta superior a las necesidades	10
00097	Déficit de actividades recreativas	4
00193	Descuido personal	7

00055	Desempeño ineficaz del rol	4
00124	Desesperanza	2
00051	Deterioro de la comunicación verbal	3
00052	Deterioro de la interacción social	13
00098	Deterioro del mantenimiento del hogar	1
00133	Dolor crónico	2
00136	Duelo	1
00011	Estreñimiento	2
00093	Fatiga	1
00078	Gestión Ineficaz de la propia salud	31
00095	Insomnio	3
00099	Mantenimiento Ineficaz de la salud	9
00199	Planificación ineficaz de las actividades	1
00063	Procesos familiares disfuncionales	6
00153	Riesgo de baja autoestima situacional	2
00155	Riesgo de caídas	2
00200	Riesgo de disminución de la perfusión tisular cardiaca	2
00138	Riesgo de violencia dirigida a otros	3

00140	Riesgo de violencia autodirigida	2
00168	Sedentarismo	9

RIESGO ASOCIADO	Nº PERSONAS
Riesgo de Efectos adversos	34

Los diagnósticos de enfermería más frecuentes se reflejan en la gráfica adjunta (ver Ilustración 2). De entre los más frecuentes destacó el diagnóstico de enfermería Gestión ineficaz de la propia salud (00078).

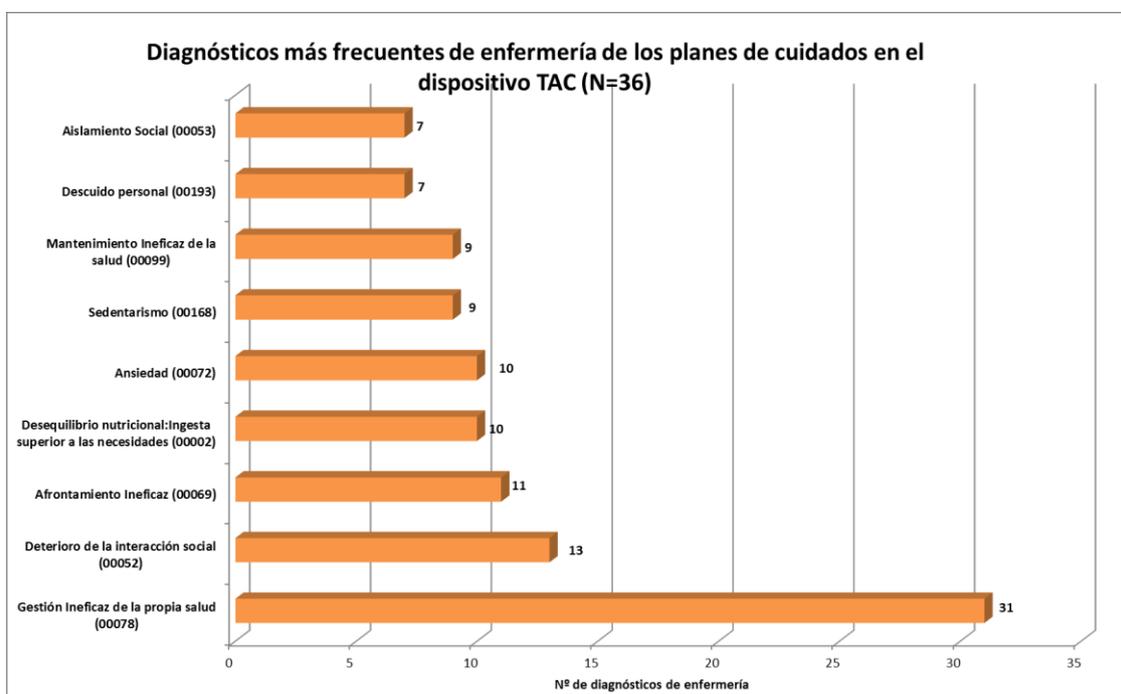


Ilustración 2

En la Tabla 2: Diagnósticos de enfermería detectados en el dispositivo TAC, se encuentra la prevalencia de los diagnósticos de enfermería más frecuentes. El diagnóstico de enfermería de Gestión ineficaz de la propia salud (00078) se encontró en un 86% (n=31) en los planes de cuidados.

Tabla 3

Diagnósticos de enfermería	Frecuencia (%) (N=36)

Gestión Ineficaz de la propia salud (00078)	86% (n=31)
Deterioro de la interacción social (00052)	36% (n=13)
Afrontamiento Ineficaz (00069)	31%(n=11)
Desequilibrio nutricional: Ingesta superior a las necesidades (00002)	28% (n=10)
Ansiedad (00072)	28% (n=10)
Sedentarismo (00168)	25% (n=9)
Mantenimiento Ineficaz de la salud (00099)	25% (n=9)
Descuido personal (00193)	19%(n=7)
Aislamiento Social (00053)	19%(n=7)

En la Tabla 4, se encuentra la prevalencia del riesgo asociado “Riesgo de efectos adversos” contemplado en Osanaia. Este riesgo asociado se estaba presente en el 94% (n=34) de los planes de cuidados.

Tabla 4

Riesgo asociado	Frecuencia (%) (N=36)
Riesgo de efectos adversos	94% (n=34)

CONCLUSIONES

El diagnóstico enfermero, entendido como el juicio clínico sobre los problemas de salud reales o potenciales que afectan al individuo, familia o grupo y que puede ser modificado por la intervención enfermera, es la base sobre la cual la enfermera toma las decisiones sobre la planificación de los cuidados que lleva a cabo.

La “Gestión Ineficaz de la propia salud (00078)”, es el problema de salud más frecuente detectado en los pacientes del TAC, y se define como el patrón de regulación e integración en la vida cotidiana de un régimen terapéutico para el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas que resulta insatisfactorio para alcanzar objetivos específicos de salud.

El “Riesgo de efectos adversos” se presenta con mucha frecuencia, y, pese a no ser un diagnóstico de enfermería, es una situación de riesgo (riesgo asociado) muy a tener en cuenta y que hay que trabajar en salud mental debido a las características farmacoterapéuticas y farmacocinéticas de los fármacos utilizados habitualmente en este tipo de patologías.

Trabajar con el método científico enfermero, manejar los diagnósticos enfermeros y seleccionar y comprender los problemas más frecuentes y relevantes son imprescindibles para alcanzar los objetivos de salud marcados por el dispositivo de salud del TAC donde la enfermera de Salud Mental se conforma como parte esencial del equipo interdisciplinar.

Disponer del programa informático Osanaia en Osakidetza supone una ayuda para el pensamiento crítico y una guía para conocer, razonar y cuidar a los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tejedor García MJ, Etxabe Marcell, MP. Guía práctica de informes de enfermería en salud mental. Barcelona: Glosa S.L.; 2007.
2. Herdman TH, editora. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y Clasificación 2012-2014. Madrid: Elsevier; 2013.

DIAGNOSTICOS ENFERMEROS EN UNIDADES QUIRURGICAS Y MÉDICAS

AUTOR/ES

Carmen Gistau-Torres, Cristina Lopez-Barruso, Alejandro Aparicio-Alonso, Gorka Diaz-Martinez, Blanca Gallejones-Albuerne, Belen Perianes-Claver

PALABRAS CLAVE

Diagnósticos Enfermeros, Unidades quirúrgicas y médicas

INTRODUCCIÓN

Desde Octubre del 2013 se empieza a realizar implantación del nuevo programa informático de cuidados OSANAIA en todo el Hospital Universitario de Araba. Durante el 2014 Osakidetza nos devuelve a los centros datos de cuántos Diagnósticos hemos ido trabajando en cada organización de servicios. Los resultados los divide en dos líneas: Diagnósticos que salen de la declaración de Heridas y Dispositivos y los Diagnósticos de la valoración por dominios NANDA del paciente más riesgos asociados. Ahora hemos decidido hacer un corte en un día de los diagnósticos que utilizamos, con la misma clasificación que utiliza Osakidetza, pero dividiendo en unidades médicas y quirúrgicas.

OBJETIVOS

Conocer la diferencia en los Diagnósticos enfermeros utilizados en unidades médicas y quirúrgicas divididos en Diagnósticos que salen de la declaración de Heridas y dispositivos y los Diagnósticos de valoración del paciente con dominios NANDA más riesgo asociado.

Estimar la media de Diagnósticos enfermeros que utilizan las unidades quirúrgicas y médicas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se han revisado los planes de cuidados de 474 pacientes pertenecientes a unidades quirúrgicas y médicas del Hospital Universitario de Araba. La revisión se realizó el 7 de abril con los diagnósticos que estaban en activo ese día

Se agruparon los Diagnósticos de dichos pacientes en dos líneas. En la primera Diagnósticos que salen de la declaración de Heridas y dispositivos y en la segunda los Diagnósticos de valoración del paciente con dominios NANDA más riesgo asociado.

RESULTADOS

En las unidades quirúrgicas el 24,9 % de los diagnósticos salían de Heridas y dispositivos y el 75,1% de la valoración por dominios NANDA y riesgos asociados

En las unidades médicas el 20,6 % de los diagnósticos salían de Heridas y dispositivos y el 79,4% de la valoración por dominios NANDA y riesgos asociados.

Cada paciente tenía una media en las unidades médicas de 8,3 Diagnósticos Enfermeros

Y en las unidades quirúrgicas: 9,9 Diagnósticos enfermeros

CONCLUSIONES

Los pacientes quirúrgicos tienen más diagnósticos de enfermería y salen más diagnósticos de las Heridas y dispositivos que en las áreas médicas.

Un próximo estudio podría verificar si son necesarios ese número de diagnósticos y también estudiar la ponderación de tiempos de enfermería unida a diagnósticos para saber el tiempo de enfermería que necesita cada paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hernan,T.H.(ED). NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificaciones. 2012-2014.Barcelona: Elsevier

DIAGNÓSTICO ALTERADO: TENDENCIA A ADOPTAR CONDUCTAS DE RIESGO PARA LA SALUD

AUTOR/ES

M^a Almudena Pousada-González; Paula Zurrón-Madera; Irene Mera-Prieto; Ana García-Fernández; Raquel Junquera-Fernández.

PALABRAS CLAVE

Trastorno mental grave, estilos de vida, riesgo para la salud

INTRODUCCIÓN

Una mayor morbilidad es asociada a pacientes con trastorno mental grave. Sus causas, la tendencia a adoptar conductas de riesgo y estilos de vida inadecuados. Éstos, tienen una incapacidad para modificarlos, relacionado con la comprensión inadecuada, o en ocasiones, el apoyo social inadecuado. Algunos, no tienen tratamiento ni seguimiento para enfermedades metabólicas con consecuencias negativas para la salud.

OBJETIVOS

Describir los parámetros metabólicos alterados que se relacionen con estilos de vida inadecuados

Desarrollar el plan NOC-NIC para el diagnóstico NANDA alterado

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal. Realizado en centros de salud mental, en 2014, a pacientes con esquizofrenia o trastorno bipolar. Se midieron parámetros indicativos de riesgos y estilos de vida inadecuados

RESULTADOS

Reclutados 122 pacientes, 72 padecen esquizofrenia. 50 trastorno bipolar.

Uno de los principales factores de riesgo identificados es el tabaquismo. El 46,72% son fumadores. El 41,6% tiene el colesterol alterado. Los triglicéridos están alterados en un 13,1% y 83 pacientes tienen un índice de masa corporal mayor a 27.

Todos estos parámetros, están relacionados con estilos de vida inadecuados como; el aporte de grasas, en un 16,1% el consumo de grasas es semanal y en un 5,08% diario. El 22,69% consume dulces diariamente. El 64,41% consume pocos vegetales. Datos parecidos, para el consumo de frutas, el 80,17% consume menos de tres piezas/día.

Como características definitorias destacamos, el fallo en el logro de una sensación óptima de control, y como factores relacionados, la actitud negativa hacia los cuidados en salud. El desarrollo de intervenciones eficaces ha de ser fundamental, por ello, planteamos resultados NOC como: 1209- motivación y 1603- conducta de búsqueda de salud y una intervención NIC principal 4360- modificación de la conducta.

CONCLUSIONES

Se identificaron factores de riesgo para salud, relacionados con los estilos de vida inadecuados. Por ello se trabaja con la muestra para la modificación de esta conducta mediante una intervención diseñada para tal fin.

BIBLIOGRAFÍA

1. Viron M, Baggett T, Hill M, Freudenreich O. Schizophrenia for primary care providers: how to contribute to the care of a vulnerable patient population. *The American Journal of Medicine*. 2012;125(3):223-230.
2. Dinan T, Thakore J, Citrome L, Gough S, Haddad P, Holt R, et al. Metabolic and lifestyle issues and severe mental illness new connections to well-being? Expert Consensus Meeting, Dublin, 14-15 April 2005. Consensus summary. *J Psychopharmacol*. 2005;19(suppl6):118-22.
3. Sweileh WM, Zyoud SH, Dalal SA, Ibwini S, Sawalha AF, Ali I. Prevalence of metabolic syndrome among patients with schizophrenia in Palestine. *BMC Psychiatry*. 2012;12(235):1-8.
4. Viron M, Stern TA. The impact of serious mental illness on health and health care. *Psychosomatics*. 2010;51(6):458-65.

NOC CONTROL DEL RIESGO: ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR, EN PERSONAS CON DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO MENTAL GRAVE

AUTOR/ES

Raquel Junquera Fernández; M^º Almudena Pousada-González; Ana García Fernández; Irene Mera-Prieto; Paula Zurrón-Madera.

PALABRAS CLAVE

Trastorno mental grave, factor riesgo cardiovascular

INTRODUCCIÓN

Las personas con trastorno mental grave, presentan alta prevalencia de factores de riesgo cardiovascular, lo que conlleva a una alta comorbilidad física.

Dentro de la taxonomía NOC encontramos el CONTROL DEL RIESGO: ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR con una serie de indicadores que nos ayudan a evidenciar las acciones personales para comprender, evitar, eliminar o reducir amenazas de dicha enfermedad.

OBJETIVOS

Describir la situación de algunos indicadores seleccionados del NOC [1914] CONTROL DEL RIESGO: ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR en una muestra de personas con Trastorno Mental Grave.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal. Los participantes presentan diagnóstico de esquizofrenia y trastorno bipolar, de 18-65 años, a seguimiento en régimen ambulatorio. Para la recogida de datos se utilizaron: medidas antropométricas, bioquímica sanguínea, cuestionario de alimentos basado en la Pirámide de Alimentación Saludable y los criterios de la OMS para la evaluación de la actividad física.

RESULTADOS

Se reclutó a 127 pacientes, 55,1% hombres con una edad media de 43,65 años. El 57,55% presentaba diagnóstico de esquizofrenia con 14,81 años de evolución de la enfermedad mental. En relación a los indicadores revisados:

[191403] Elimina el consumo de tabaco: el 47,6 es fumador.

[191408] Sigue dieta cardiosaludable: el 65,6% abusa del consumo de carnes grasas, el 63,4% de embutidos, el 51,2% de dulces y el 50,9% de refrescos. El 80,8% consume <3 rac/día de fruta y el 64,8% > 2 rac/día de verdura.

[191415] Hace ejercicio con regularidad: el 64,3% no realiza el mínimo de 150 minutos semanales de ejercicio físico recomendado por la OMS.

[191413] Participa en la detección de colesterol: el 44,5% tiene cifras de colesterol total superiores a 200mg/dl.

[191407] Utiliza estrategias efectivas de control de peso: el 80% presentó un IMC superior a 25.

CONCLUSIONES

Debido a la alta prevalencia de factores de riesgo cardiovascular, en TMG es necesaria la creación de intervenciones relacionadas con los hábitos de vida saludables donde se les proporcione recursos para evitar, detectar y solventar dicha situación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, Dans T, Avezum A, Lanas F, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet*. 11 de septiembre de 2004;364(9438):937-52.
2. Vancampfort D, Vansteelandt K, Correll CU, Mitchell AJ, De Herdt A, Sienaert P, et al. Metabolic syndrome and metabolic abnormalities in bipolar disorder: a meta-analysis of prevalence rates and moderators. *Am J Psychiatry*. 1 de marzo de 2013;170(3):265-74.
3. Bernardo M, Canas F, Banegas JR, Casademont J, Riesgo Y, Varela C, et al. Prevalence and awareness of cardiovascular risk factors in patients with schizophrenia: a cross-sectional study in a low cardiovascular disease risk geographical area. *Eur Psychiatry* 2009 Oct;24(7):431-441.
4. Guía de la alimentación saludable editada por la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (2004). Disponible: http://www.nutricioncomunitaria.org/BDProtegidos/guia_alimentacion%20SENC_I_1155197988036.pdf
5. Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud. Organización Mundial de la Salud (2010). Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789243599977_spa.pdf

EXPERIENCIA DE DOS ESTRATEGIAS DE IMPLANTACIÓN DE LOS PLANES DE CUIDADOS MEDIANTE UNA APLICACIÓN INFORMÁTICA DE GESTIÓN DE CUIDADOS (AIGC)

AUTOR/ES

Cristina Renedo González, Faustino González Menéndez, José Luis Cobo Sánchez, Mercedes Lázaro Otero.

Área de Calidad, Formación Investigación y Desarrollo, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

PALABRAS CLAVE

Aplicativo informático; Proceso enfermero; plan de cuidados; estrategias de implantación

INTRODUCCION

El proceso de atención de enfermería (PAE) es la aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera. Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática. Alfaro lo define como “El conjunto de acciones intencionadas que la enfermera realiza en un orden específico, con el fin de asegurar que una persona o grupo de personas necesitadas de cuidados de salud reciban el mejor cuidado posible de los profesionales de enfermería”¹.

La implantación del PAE permite la unificación de criterios, la estandarización de lenguajes y la homogeneización de actuaciones, mejorando la continuidad de los cuidados.

La literatura describe una serie de barreras para la implantación del PAE en la práctica clínica: como ser interrumpido durante las actividades de documentación, una competencia limitada de las enfermeras con respecto a la documentación, falta de motivación para introducir información en la historia clínica del paciente y recibir una supervisión inadecuada². Como aspecto que fomenta la aplicación del PAE se ha descrito el uso de sistemas de documentación electrónicos del PAE^{3,4} y el uso de clasificaciones estandarizadas como la NANDA, NIC, NOC (NNN)⁵.

A día de hoy existen múltiples aplicativos informáticos de gestión de cuidados (AIGC), que permiten trasladar la evidencia a los cuidados⁶ y dejarlos plasmados de tal manera que permitan resolver las necesidades de salud de los individuos. Estos AIGC, constituyen una herramienta que facilita la aplicación del PE⁷.

En nuestro centro la implantación de un AIGC comenzó en enero de 2013. Tras un análisis de situación previo, que reflejó una baja adherencia a la aplicación práctica del (PE)⁸, se decidió comenzar la implantación del mismo en 2 fases:

- Una primera fase de implantación de registros generales.
- Una segunda fase de implantación de metodología enfermera.

Entre ambas fases se realizó formación de refuerzo en metodología enfermera y se establecieron grupos de trabajo para la creación de planes de cuidados estandarizados por poblaciones, en función del proceso diagnóstico más común en cada unidad de hospitalización. Estos grupos fueron constituidos por enfermeras clínicas expertas en los cuidados de cada población, tutorizadas por una enfermera con formación avanzada en metodología enfermera. Estos planes de cuidados fueron introducidos en el AIGC y se pusieron a disposición de todas las unidades.

Se comienza la instauración de los planes de cuidados, teniendo de base el modelo de Virginia Henderson y utilizando lenguaje NNN. Se planteó una estrategia de implantación ambiciosa, tanto en tiempos como en recursos necesarios, pero tras comenzar la misma se replanteó el despliegue necesario para conseguir el objetivo principal: afianzar el uso del PE entre las enfermeras de las unidades de hospitalización.

El objetivo de nuestra investigación fue evaluar el impacto de las estrategias empleadas.

OBJETIVO

Evaluar el impacto de 2 estrategias de implantación del PAE mediante aplicación informática de gestión de cuidados en un hospital de referencia.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio prospectivo, descriptivo, transversal en 21 unidades de hospitalización convencional del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

La implantación de planes de cuidados se realizó tras una formación on-line, con videotutoriales, sobre el manejo de las opciones del AIGC y un repaso sobre conceptos clave de metodología enfermera. Los videotutoriales estaban disponibles en la intranet del centro, como herramienta de apoyo para el personal de las unidades. Durante la formación, los profesionales tuvieron a su disposición un equipo de personas conocedoras del manejo, para la resolución de dudas.

Las Estrategias de implantación a comparar consistieron en:

- Estrategia de implantación 1: consistió en tres semanas de implantación con un tutor/referente de implantación por cada 2 unidades de hospitalización.
- Estrategia de implantación 2: contó en este caso con un tutor/referente por unidad.

Los tutores/referentes estaban formados específicamente en metodología enfermera y en el manejo del AIGC. En ambos métodos el horario del tutor/referente fue deslizante, consistiendo en iniciar su trabajo a las 11,30h finalizando el mismo a las 18,30h; quedando a disposición del personal de enfermería para introducir, de forma progresiva, planes de cuidados estandarizados apropiados para el tipo de paciente con el que trabajaba cada unidad. Se mantenían reuniones periódicas con los tutores/referentes y con las supervisoras de las unidades donde se realizaba la implantación, para recibir feedback sobre el progreso de la implantación. La coordinación del proceso de implantación dependía de las dos enfermeras responsables del AIGC y la metodología de cuidados en nuestro centro, junto con el responsable del Área y la Dirección de Enfermería del centro.

Para evaluar la adecuación de ambas estrategias de implantación, se evaluaron semanalmente los registros del AIGC, utilizando como endpoint principal el porcentaje de pacientes con un plan de cuidados estándar cargado (PCEC), adecuado a su proceso; hasta alcanzar el 100%, y el tiempo hasta alcanzarlo. Otras variables estudiadas: tipo de unidad, número de camas y número enfermeras. Se realizó un análisis descriptivo de las variables estudiadas.

RESULTADOS

Con la estrategia de implantación 1 se evaluaron 13 unidades: 38% quirúrgicas, 31% médico-quirúrgicas. Estas unidades se correspondieron con un total de 421 camas (promedio de 32 camas/unidad, rango entre 8 y 45 camas/unidad).

El número de profesionales formados con la estrategia 1 fue de 218 enfermeras (promedio de 16 enfermeras/unidad, rango entre 5 y 25 enfermeras/unidad) y 174 auxiliares (promedio de 13 auxiliares de enfermería/unidad, rango entre 5 y 18 auxiliares de enfermería/unidad).

Con la estrategia de Implantación 2 se evaluaron 8 unidades: 87% médicas y 13% quirúrgicas. Estas unidades se correspondieron con un total de 279 camas (promedio de 35 camas/unidad, rango entre 28 y 54 camas/unidad)

El número de profesionales formados con la estrategia 2 fue de 80 enfermeras (promedio de 16 enfermeras/unidad, rango entre 12 y 23 enfermeras/unidad) y 73 auxiliares (promedio de 15 auxiliares de enfermería/unidad, rango entre 10 y 20 auxiliares de enfermería/unidad).

Con la primera estrategia de implantación la evolución de planes de cuidados de enfermería cargados fue de 16 semanas con una media de implantación de PCEC de un 5%/semana (rango -9% hasta +20%). Con la segunda estrategia de implantación la evolución de PCEC fue de 6 semanas con una media de implantación de PCEC de un 15%/semana (rango +1% hasta +39%). El gráfico 1 muestra la evolución de la implantación de planes de cuidados estandarizados en función de la estrategia utilizada, y la correlación lineal con cada uno de las estrategias.

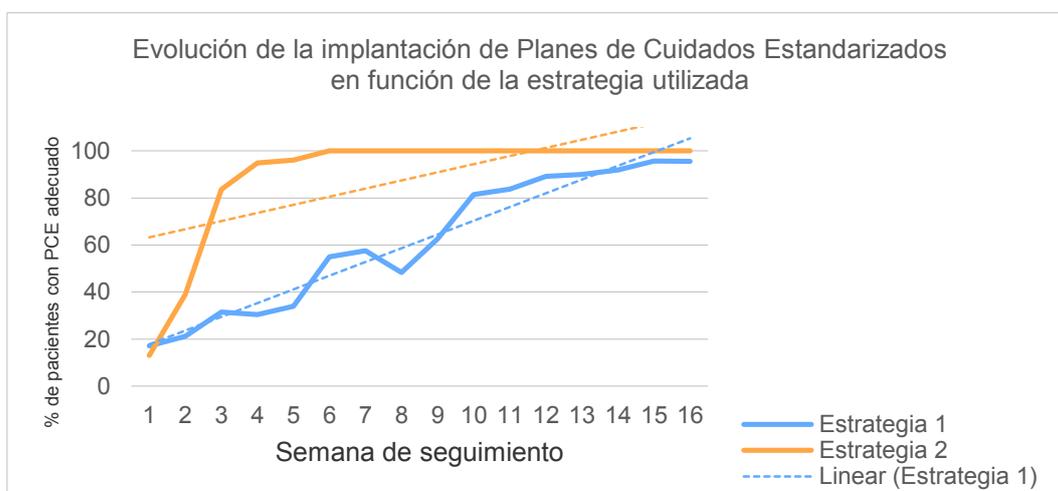


Gráfico 1.- Evolución de la implantación de planes de cuidados estandarizados en función de la estrategia utilizada, y la correlación lineal con cada una de las estrategias de implantación a estudio.

DISCUSION/CONCLUSIONES

Nuestros resultados muestran una mejor evolución de la implantación de PCEC con la EI2, en la que cada unidad disponía de un tutor de referencia, con un mayor porcentaje semanal de pacientes con un PCEC adecuado en un periodo de tiempo más corto. Analizando los resultados obtenidos, las unidades fueron muy similares en cuanto al número de enfermeras, auxiliares y camas por unidad a formar con ambos métodos. Sin embargo, si hubo diferencias en cuanto al tipo de unidad, siendo más frecuentes las unidades quirúrgicas durante la EI1 que durante la EI2. Tenemos la impresión subjetiva de que en las unidades quirúrgicas, por las características del trabajo enfermero en las mismas, puede haber influido en la implantación de la metodología enfermera en las mismas. Cuando finalicemos la segunda fase de implantación del AIGC analizaremos más detalladamente y de forma objetiva si esta hipótesis se confirma.

En ambas estrategias se facilitaba la implantación aportando planes de cuidados estandarizados por población, a partir de los cuales las enfermeras pueden personalizar los mismos en función de la situación clínica y características personales del paciente; lo que contrasta con otras investigaciones en las que los planes de cuidados se asignaban mayoritariamente a partir de los datos introducidos en el AIGC en la valoración⁹.

Como conclusiones, podemos extraer, que en nuestro centro, una estrategia con menor carga para el tutor-monitor, tanto por número de plantas, como por características de la misma, favorece una implantación más eficiente.

Tener una tutorización más personalizada favorece la consecución del objetivo marcado.

BIBLIOGRAFIA

1. Alfaro LeFevre. Aplicación del proceso enfermero. Fomentar el cuidado el colaboración. Elsevier; Madrid: 2003.
2. Cheevakasemsook A, Chapman Y, Francis K, Davies C. The study of nursing documentation complexities. *Int J Nurs Pract.* 2006;12(6):366-74.
3. Ammenwerth E, Kutscha U, Kutscha A, Mahler C, Eichstädter R, Haux R. Nursing process documentation systems in clinical routine--prerequisites and experiences. *Int J Med Inform.* 2001;64(2-3):187-200.
4. Hyde E, Murphy B. Computerized clinical pathways (care plans): piloting a strategy to enhance quality patient care. *Clin Nurse Spec.* 2012;26(5):277-82.
5. Thoroddsen A, Thorsteinsson HS. Nursing diagnosis taxonomy across the Atlantic Ocean: congruence between nurses' charting and the NANDA taxonomy. *J Adv Nurs.* 2002;37(4):372-81.
6. Acercando el proceso enfermero al trabajo con una población infantil. Mendoza-Sanchez R.M ; Medina – Pérez M; Cruz de la González – González J; Barreno – Estévez A.I; Gómez – Perera L; Letizia Hernández – García E.(Pag 215, libro IX Simposium Final 1012 Aentde)
7. Gómez González JL, Santamaría García JM, Arribas Cachá A, Jiménez Rodríguez ML, Sellán Soto C, Barchino Plata R, et al. Sistemas de información de cuidados de salud. Madrid: Departamento de Metodología e Innovación del Cuidado. FUDEN; 2010.

8. Cobo Sánchez JL, González Menéndez F, Fuentes Covian R, Rodríguez López C, González Antolín O, Gutiérrez Roiz G y cols. Implantación del Proceso de Atención de Enfermería: ¿un reto aún pendiente?. Libro de Ponencias del XVIII Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados. Madrid: Instituto de Investigación Carlos III, Unidad de Investigación en Cuidados de salud (investen-isciii); 2014. pp:286.
9. Buergo García O. Análisis de la implantación de planes de cuidados a través de GACELA, en las unidades médicas del Hospital Santa Bárbara de Soria. NURE Inv [Internet]. Jul-Ago 2013 [citado 1 enero 2015]; 10(65):[aprox. 18 p.]. Disponible en: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/NURE66_original_gacela.pdf

AUTOMATIZACIÓN DEL DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA “RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA” COMO MEDIDA DE PREVENCIÓN EN LA APARICIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

AUTOR/ES

Faustino González Menéndez, Cristina Renedo González, José Luis Cobo Sánchez, Mercedes Lázaro Otero.

Área de Calidad, Formación, Investigación y Desarrollo. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

PALABRAS CLAVE

Escala de valoración; Diagnóstico enfermero; validez.

INTRODUCCIÓN

La aparición de úlceras por presión (UPP) intrahospitalarias se considera un estándar de calidad asistencial, ya que se consideran un efecto adverso relacionado con la asistencia sanitaria. Las UPP tienen un alto impacto socioeconómico, ya que están asociadas a un mayor dolor, un mayor riesgo de infección y sepsis, mayor estancia hospitalaria y mortalidad ^{1,2}.

La Sociedad Española de Calidad Asistencial como indicador para todo el Sistema Nacional de Salud, utiliza la valoración al ingreso del riesgo de desarrollar UPP durante las primeras 24h de ingreso de cualquier paciente ingresado en un centro hospitalario ³. La prevalencia de UPP en hospitales de España en el año 2013 fue del 7,87%. De ellas el 54,4% fueron intrahospitalarias¹.

La NANDA en su 9º conferencia celebrada en 1990 definió el Diagnóstico de enfermería como “un juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, familia o comunidad frente a procesos vitales o problemas de salud reales o potenciales. Los diagnósticos de enfermería proporcionan la base para la selección de la actuación enfermera destinada a lograr objetivos en los que la enfermera es responsable”⁴. El Diagnóstico de Enfermería “Riesgo de Deterioro de la integridad cutánea” (00047) hace referencia a situaciones en las que la persona está en riesgo de sufrir un deterioro de la dermis, epidermis o ambas^{5,6}. El riesgo se debe determinar mediante el uso de un sistema estandarizado de valoración de riesgo ^{3,7}.

El uso de escalas de valoración, con una validez y fiabilidad demostrada, ayudan a hacer un cribado de los pacientes con riesgo. Entre las más utilizadas se encuentra la escala Braden (EB) que es la usada en nuestro Servicio de Salud. La EB representa un instrumento de valoración altamente probado y con una sensibilidad y especificidad elevada. Comprende 6 subescalas: percepción sensorial – humedad – actividad – movilidad – nutrición y fricción/deslizamiento. Cada una de ellas se gradúa de 1 (menos favorable) a 4 (más favorable) excepto la última que se gradúa de 1 a 3. La puntuación total va desde 6 a 23 puntos⁸⁻¹⁰. En función de la puntuación se divide en no riesgo (puntuación > 18 puntos), Riesgo bajo (entre 16

y 18 puntos), Riesgo moderado (entre 13 y 15 puntos), alto riesgo (entre 10 y 12 puntos) y muy alto riesgo (menor o igual a 9 puntos) 8-12. Su utilidad aumenta cuando tiene una alta sensibilidad y un valor predictivo negativo alto⁹. En una revisión de estudios de validación de la EB se estimó que la sensibilidad media es del 70,8% (Rango 40-100%) y la especificidad media del 79,1% (Rango 74-91%)⁹. En el estudio original de validación de la EB se determinó un punto de corte de 16 con una sensibilidad del 100% y una especificidad del 71%. Otros estudios lo estiman en 18^{10,12}.

Por otro lado, la puesta en marcha de los sistemas de información de gestión de los cuidados (SIGC) facilita el uso de escalas de valoración y la automatización de diagnósticos de Enfermería asociados a las puntuaciones obtenidas en estas escalas. En nuestro Servicio de Salud se ha estimado la automatización del Diagnóstico “Riesgo de deterioro de la integridad cutánea” (00047) en función de la EB en 16 puntos.

OBJETIVOS

Determinar si el uso de la Escala Braden y la automatización del diagnóstico NANDA “Riesgo de deterioro de la integridad cutánea” (00047) en función de la misma, en un SIGC previene la aparición de UPP intrahospitalaria.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo descriptivo transversal en una población de pacientes hospitalizados en 12 unidades de hospitalización convencional, mediante muestreo no probabilístico de conveniencia, entre Diciembre de 2014 y Febrero de 2015, en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Se revisaron los registros del SIGC correspondientes a los 5065 episodios de hospitalización que se produjeron en las unidades a estudio, durante el periodo de seguimiento. Los registros se procesaron mediante una herramienta de Business Intelligence (BI) para asociar los datos de distintas bases de datos. Las variables a estudio fueron: edad, sexo, puntuación en la EB al ingreso (clasificando a los pacientes con riesgo - ≤ 16 puntos - y sin riesgo - > 16 puntos -), presencia de UPP, tipo de UPP según periodo de aparición (nosocomial o extrahospitalaria). Para conocer la adecuación de la automatización entre EB y el diagnóstico de riesgo de deterioro de la integridad cutánea se calculó la validez mediante calculadora Fisterra, como medida indirecta de adecuación de cuidados^{13,14}. Como resultado de prueba diagnóstica, se consideró como positivo una puntuación en la EB ≤ 16 y como negativo una puntuación en la EB > 16 ; y como verdadero diagnóstico la presencia/ausencia de UPP nosocomial. Se calcularon los valores correspondientes a prevalencia de la enfermedad, pacientes correctamente diagnosticados, sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo, valor predictivo negativo, y cocientes de probabilidades positivo y negativo.

El diagnóstico Riesgo de deterioro de la integridad cutánea se descarga automáticamente en el plan de cuidados si la puntuación de la EB es ≤ 16 puntos con la estructura que se muestra en la tabla 1.

Tabla 1. Estructura creada en el plan de cuidados con puntuación de EB \leq a 16 puntos.

Diagnóstico de enfermería: Riesgo de deterioro de la integridad cutánea (00047)
<p>Factores de Riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Estado de desequilibrio nutricional. ▪ Humedad. ▪ Prominencias óseas. ▪ Factores mecánicos (p.ej. fuerzas de cizallamiento, presión, sujeciones). ▪ Deterioro de la sensibilidad. ▪ Inmovilización física. ▪ Deterioro de la circulación.
Resultado NOC: Integridad tisular: Piel y membranas mucosas. (1101)
<p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Perfusión tisular (110111). ▪ Hidratación (110104). ▪ Integridad de la piel (110113). ▪ Temperatura de la piel (110101).
Intervención NIC: Prevención de úlceras por presión (3540)
<p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vigilar las fuentes de presión y de fricción. ▪ Humedecer la piel seca intacta. ▪ Eliminar la humedad excesiva en la piel causada por la transpiración, el drenaje de heridas y la incontinencia fecal o urinaria. ▪ Aplicar protectores para los codos y los talones, según corresponda. ▪ Colocar al paciente en posición ayudándose con almohadas para elevar los puntos de presión encima del colchón. ▪ Inspeccionar la piel de las prominencias óseas y demás puntos de presión al cambiar de posición al menos una vez al día ▪ Enseñar a los miembros de la familia/cuidador a vigilar si hay signos de solución de continuidad de la piel, según corresponda. ▪ Utilizar camas y colchones especiales, según corresponda. ▪ Variar la postura de la persona encamada o sentada de forma frecuente c / 2 - 3 horas.

RESULTADOS

1. De los 5065 episodios, el 78,7% tenían EB realizada en las primeras 24 horas, siendo el 52% hombres (n=2352).
2. El 62% de los pacientes que desarrollaron UPP intrahospitalaria eran hombres. El 48% tenían 75 o más años.
3. 104 pacientes valorados mediante la EB al ingreso desarrollaron UPP intrahospitalaria: 65 con una puntuación \leq 16 (62,5%).
4. Respecto al estudio de capacidad diagnóstica del DdE RDIC vinculado a la puntuación de EB obtuvimos los siguientes resultados: sensibilidad 62,5%, especificidad 83,50%, valor predictivo positivo 9,23% y negativo 98,81% (ver tablas 2 y 3).

TABLA 2. Relación entre el riesgo de UPP determinado por una puntuación de la EB de 16 puntos, y la aparición de UPP intrahospitalaria en los pacientes estudiados.

		Aparición UPP intrahospitalaria		
		Positivo	Negativo	Total
Pacientes con escala Braden ≤ 16	Positivo	65	639	704
	Negativo	39	3233	3272
	Total	104	3872	3976

TABLA 3.- Características de la validez y seguridad de la automatización de la clasificación del riesgo de UPP según puntuación EB y aparición de UPP nosocomial (IC 95%)

		Límite inferior	Límite superior
Prevalencia de la enfermedad	2,62%	2,15 %	3,17 %
Pacientes correctamente diagnosticados	82,95%	81,73 %	84,10 %
Sensibilidad	62,50 %	52,42 %	71,64 %
Especificidad	83,50%	82,28%	84,65 %
Valor predictivo Positivo	9,23 %	7,25%	11,68%
Valor predictivo Negativo	98,81 %	98,36 %	99,14 %
Cociente de probabilidades positivo	3,79	3,21	4,47
Cociente de probabilidades negativo	0,45	0,35	0,58

DISCUSION/CONCLUSIONES

Según los datos obtenidos, utilizando la escala para toda la población en general, sin hacer distinciones de edad, la sensibilidad de la escala que obtuvimos es inferior a la mostrada en los estudios de validación de la escala. Creemos que seguramente necesitemos subir el punto de corte de la escala tal como demuestran otros estudios para llegar a una sensibilidad y especificidad óptima.

También se podría ajustar en función de la edad del paciente, diferenciando entre pacientes mayores de 75 años y el resto.

Otro factor que ahora mismo no se está teniendo en cuenta es la reevaluación del estado del paciente conforme cambia su situación en el hospital¹⁵. El uso de SIGC puede ayudar en este camino.

El porcentaje de pacientes que desarrollaron UPP intrahospitalaria, en los que el Diagnóstico de enfermería “Riesgo de deterioro de la integridad cutánea” (00047) no se automatizó superó

el 30%. Se hacen necesarias estrategias de automatización que adviertan una vigilancia para estos pacientes.

BIBLIOGRAFIA

1. Pancorbo-Hidalgo PL, García-Fernández FP, Torra i Bou J, Verdú Soriano J, Soldevilla-Agreda JJ. Epidemiología de las úlceras por presión en España en 2013: 4.º Estudio Nacional de Prevalencia. *Gerokomos* 2014; 25(4):162-170.
2. Soldevilla Agreda JJ. Las úlceras por presión en Gerontología: Dimensión epidemiológica, económica, ética y legal. Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela; 2007.
3. Sociedad Española de Calidad Asistencial. Indicadores de calidad para hospitales del sistema nacional de salud. Madrid: Sociedad Española de Calidad Asistencial; 2012.
4. Luis MT, Fernández C, Navarro MV. De la teoría a la práctica: el pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. 3ª edición ed. Barcelona: Masson; 1998.
5. Luis Rodrigo MT. Los diagnósticos enfermeros: revisión crítica y guía práctica. 9ª ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2013.
6. Herdman TH. NANDA INTERNACIONAL. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. 2012-2014. 1ª ed. Barcelona: Elsevier; 2013.
7. Vallejo JC, Cobo JF. Proceso enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN. 1ª edición ed. Jaen: Colegio Oficial de Enfermería de Jaén; 2010.
8. Bergstrom N, Braden BJ, Laguzza A, HOLMAN V. The Braden scale for predicting pressure sore risk. *Nurs Res* 1987; 36(4):205-210.
9. Bernal M, Curcio C, Chacón J, Gómez J, Botero A. Validez y fiabilidad de la escala de Braden para predecir riesgo de úlceras por presión en ancianos. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2001;36(5):281-286
10. Moreno JP, Richart M, Guirao JA, Duarte G. Análisis de las escalas de valoración del riesgo de desarrollar una úlcera por presión. *Enfermería Clínica* 2007; 17(4):186-197.
11. Fernandes LM, Caliri MHL. Uso de la escala de Braden y de Glasgow para identificar el riesgo de úlceras de presión en pacientes internados en un centro de terapia intensiva. *Rev Latino-am Enfermagem* 2008; 16(6).
12. García Fernández FP, Pancorbo Hidalgo PL, Soldevilla Agreda JJ, Blasco García C. Escalas de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión *Gerokomos* 2008; 19 (3): 136-144.
13. Pita Fernández S, Pértegas Díaz S. Pruebas diagnósticas: Sensibilidad y especificidad. *Cad Aten Primaria* 2003; 10:120-124.
14. Calculadora Fistera. Estudio de la capacidad predictiva de una prueba diagnóstica. Disponible en: https://www.fistera.com/mbe/investiga/pruebas_diagnosticas/pruebas_diagnosticas.xls. Acceso 3 Marzo 2015.

15. Meneses Escalona Y., Dávila Hernández Y., Matos Rodríguez, Y. Escala de Braden, útil en la prevención de la úlcera por presión. Hospital Camilo Cienfuegos 2009. Gaceta Médica Espirituana 2010;12 (3).

EVALUACIÓN DEL AUTOCUIDADO, CLAVE EN LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL

AUTOR/ES

M^a Esther Rey-Cuevas, J. Vicente Beneit-Montesinos, Carmen Sellán-Soto, M^a Begoña Ortiz-Ortega, Nuria Triguero-del-Río, M^a Jesús Muñoz-Lobo

PALABRAS CLAVE

Valoración, Agencia de autocuidado, autocuidado, continuidad asistencial.

INTRODUCCIÓN

El Hospital Ramón y Cajal, pone en marcha la Unidad de Enfermería hospitalaria de Enlace, enmarcada en la Estrategia de Atención a pacientes crónicos de Madrid, para desarrollar y asegurar la continuidad asistencial.

OBJETIVOS

Diseñar una herramienta de valoración, a partir de la utilizada actualmente en la Comunidad Autónoma de Madrid, integrando las variables que miden la agencia de autocuidado del paciente crónico y su familia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se parte de la herramienta electrónica en AP y hospitales recientemente informatizados, basada en la valoración del paciente por patrones funcionales de M. Gordon.

Para el diseño de la escala de valoración de la agencia de autocuidado del paciente crónico, se parte de una búsqueda bibliográfica de registros por Orem, en bases de datos: MEDLINE, COCHRANE, CUIDEN, SCIELO. De manera complementaria se pide la opinión de expertos en la aplicación del modelo de autocuidado, para identificar la equivalencia entre la valoración por patrones funcionales y por requisitos de autocuidado.

RESULTADOS

Se han identificado y seleccionado 15 trabajos científicos.

El requisito agua, y alimentación se recoge en el patrón 2, el aire en el patrón 4, eliminación en el patrón 3, actividad y reposo en el patrón 4 y 5, soledad e interacción social en el patrón 8 y 10, prevención de peligros en el patrón 1 y 9 y el requisito promoción del funcionamiento y desarrollo humano en el patrón 6, 7, 9 y 11. Se identifican 6 preguntas claves que completan la evaluación: ¿tiene la persona conocimiento y habilidades?, ¿tiene recursos?, ¿identifica otros recursos de ayuda?, ¿Qué grado de motivación tiene?, ¿reconoce riesgos?, ¿qué grado de satisfacción manifiesta?

CONCLUSIONES

Identificar la agencia de autocuidado del paciente, incluyendo su valoración en la herramienta digital normalizada para toda la Comunidad de Madrid, nos permite individualizar las

intervenciones, desde una valoración integral, analizando conocimientos, recursos y apoyos que condicionan el autocuidado y determinarán futuros ingresos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Guirao Goris JA. La agencia de autocuidados. Una perspectiva desde la complejidad. Educare21 2003.
2. Arlandis Casanova M. Aplicabilidad del modelo de elaboración de un registro de valoración inicial y atención especializada. Nursing. 2008, Vol. 26,Nº 2.

“ADIVINA CÓMO SE SIENTE”: UNA HERRAMIENTA EDUCATIVA PARA EL DESARROLLO DE LA EMPATÍA Y EL PENSAMIENTO CRÍTICO EN ALUMNOS DE GRADOS DE CIENCIAS DE LA SALUD

AUTOR/ES

Dolores Ruiz-Berdún, Cristina Oter-Quintana, Cristina González –Blázquez, Teresa González-Gil.

PALABRAS CLAVE

Empatía, Enfermería, Medicina.

INTRODUCCIÓN

Una de las características reconocidas de los pensadores críticos es la empatía. Definida como la capacidad de reconocer y entender los pensamientos y sentimientos de otros, se han identificado en ella cuatro componentes básicos: emocional, cognitivo, conductual y moral. La dimensión cognitiva se refiere a la capacidad para identificar y comprender la experiencia del paciente. Ello exige desarrollar habilidades de observación y escucha en las/os estudiantes.

OBJETIVOS

Describir una herramienta didáctica diseñada para el desarrollo de empatía en estudiantes de Medicina y Enfermería.

MATERIAL Y MÉTODOS

Realización de una actividad consistente en describir a una persona desconocida e intentar, a partir de lo observado, conocer su estado de ánimo y pensar en una historia que permita explicarlo. Prestar atención a una persona del entorno, suponer cómo se siente en ese momento e indagar posteriormente sobre ello, con el propósito de confirmar o descartar lo intuido.

RESULTADOS

En el caso de la persona desconocida, los estudiantes tienden a elegir a personas vulnerables. El grado de detalle en las descripciones es diverso así como el nivel de elaboración de la historia inventada. Los términos empleados en la redacción (“probablemente”, “posiblemente”) demuestran inseguridad a la hora de determinar su estado de ánimo.

En el caso de la persona conocida, se eligen a familiares o amigos. Los escritos son más escuetos y en ellos los estudiantes mostraron mayor seguridad en describir el estado de ánimo que intuían al verles, argumentando que su certeza se escondía el conocimiento que tenían de ellos.

CONCLUSIONES

Este trabajo pone de relevancia la importancia de la observación detallada de una persona desde su apariencia física y su lenguaje corporal para poder profundizar y llegar a conocer el estado de ánimo. Es, a su vez, una herramienta valiosa para reflexionar sobre la capacidad de llegar a comprender y conocer al otro.

BIBLIOGRAFÍA

1. Paul R, Elder L. La mini-guía para el pensamiento crítico. Conceptos y herramientas. [Consultado 28 de marzo de 2015] Disponible en: <https://www.criticalthinking.org/resources/PDF/SP-ConceptsandTools.pdf>.
2. Wiseman T. A concept analysis of empathy. J Adv Nurs. 1996; 23:1162-67.
3. Bayne HB. Training Medical Students in Empathic Communication. J Spec Group Work. 2011 Dec; 36 (4): 316-29.

PLAN DE CUIDADOS DE UN PACIENTE CON UN TRASPLANTE ORTOTÓPICO DE HÍGADO EN LAS PRIMERAS 24 HORAS SEGÚN EL PROGRAMA ICIP (INTELLIVUE CLINICAL INFORMATION PORTFOLIO)

AUTOR/ES

Miren Begoña Bengotxea-Ibarrondo

PALABRAS CLAVE

Trasplante hepático, taxonomía Nanda, Noc, Nic, plan de cuidados, indicadores, Icip

INTRODUCCIÓN

La realización de un trasplante hepático es una opción terapéutica para aquellos pacientes con una insuficiencia hepática aguda, una lesión hepática crónica o por una lesión hepática primaria. En la unidad de Reanimación del Hospital Universitario Cruces, País Vasco, durante el 2014 ingresaron 56 pacientes que recibieron un trasplante ortotópico hepático. En el presente caso clínico mostramos el plan de cuidados de un paciente trasplantado hepático por hepatopatía alcohólica en las primeras 24 horas del postoperatorio inmediato¹⁻².

VALORACIÓN

El paciente ingresa en la unidad de Reanimación procedente de quirófano tras haber sido realizado el trasplante. La valoración de enfermería en el ingreso se realiza en función de los dominios de la taxonomía Nanda. En las primeras 24 horas de su ingreso nos centramos en los dominios que van a determinar su evolución: nutrición, eliminación, actividad y reposo, percepción/cognición, seguridad/ protección y confort.

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS

La herramienta Icip atendiendo a la valoración de enfermería realizada nos muestra de manera automática los diagnósticos de enfermería del paciente trasplantado hepático para las primeras 24 horas. Algunos de los diagnósticos más relevantes son: 00028 Riesgo de déficit de volumen de líquidos, 00031 Limpieza ineficaz de las vías aéreas, 00034 Respuesta disfuncional al destete del ventilador, 00206 Riesgo de sangrado, 205 Riesgo de shock³⁻⁵

RESULTADOS

Los NOC asociados más significativos para las primeras horas post intervención son: 0601 Equilibrio hídrico, 0410 Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias, 412 Respuesta del destete de la ventilación mecánica: adulto, 0413 Severidad de la pérdida de sangre, 0703 Severidad de la infección³⁻⁵

INTERVENCIONES

Las intervenciones se derivan de los diagnósticos obtenidos en la valoración centrada en los dominios ya citados anteriormente y en 2 apartados denominados: “Dispositivos” y “Tratamiento no medicamentoso”. Los NIC más importantes son: 4130 Monitorización de

líquidos, 3140 Manejo de las vías aéreas, 3300 Manejo de la Ventilación mecánica Invasiva, 4160 Control de hemorragias, 4250 Manejo del shock ³⁻⁵

EVALUACIÓN

La evaluación de los NOC en el momento del ingreso y en el alta del paciente de la reanimación nos orientan y en la práctica clínica diaria ³⁻⁵

BIBLIOGRAFÍA

1. Servicio de Anestesia - Reanimación. Protocolo de medicina del paciente trasplantado hepático de la Unidad de Reanimación del Hospital Universitario Cruces. Barakaldo: Hospital Universitario Cruces 2011.
2. De Iscar MP, Martínez M. Protocolo de enfermería del paciente trasplante hepático de la Unidad de Reanimación del Hospital Universitario Cruces. Barakaldo: Hospital Universitario Cruces 2012.
3. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación, 2012 - 2014. Madrid: Elsevier. 2013
4. Moorhead S, Johnson M. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 4ª edición. Barcelona: Elsevier. 2009
5. Bulechek G, Mc Closkey J. Clasificación de intervenciones de enfermería. (NIC). 5ª edición. Barcelona: Elsevier-Masson. 2009

PLAN DE CUIDADOS EN EL TRASPLANTE RENAL INMEDIATO

AUTOR/ES

María Plácida García Mota, María Antonia Jiménez Nieto

PALABRAS CLAVE

Taxonomía, trasplante renal, plan de cuidados

INTRODUCCIÓN

Desde hace unos años, uno de los principales desarrollos de la ciencia de enfermería consiste en el establecimiento de una terminología común para designar los diagnósticos y cuidados de enfermería.

Es básico considerar que los planes de cuidados de enfermería sean individualizados y centrados en el paciente sin que por otra parte, sea contradictorio utilizar un plan de cuidados estandarizado que ayude a contener cuidados de calidad.

OBJETIVOS

Elaboración de un plan de cuidados estandarizado para asegurar una atención integral pertinente, coherente, individualizada y con la que se pueda realizar la continuidad de los cuidados. Así como la implementación del citado PCE a través de la aplicación informática OSANAIA.

MATERIAL Y MÉTODOS

Grupo de trabajo que realizó una revisión bibliográfica de:

Base de datos. Cinalh, uptodate, cochrane, clinical evidence.

Web of sciences.

Revistas: Clinical evidence.

Catálogo de Osakidetza.

Google académico.

Asociaciones SEN, SEDEN, AENTDE.

RESULTADOS

Partiendo de un grupo de trabajo representado por 5 componentes del Área de Trasplante Renal, se elabora el PCE del paciente renal trasplantado en su fase inmediata, mediante evidencia científica y consenso. Se analizan las 5 fases del proceso de enfermería: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

La valoración de los problemas se realiza mediante los patrones funcionales de Marjory Gordon, protocolizando el uso de: Patrón 1: Percepción de la salud, Patrón 2: Nutricional – Metabólico, Patrón 3: Eliminación-Intercambio, Patrón 4: Actividad – Reposo, Patrón 5: percepción-cognición; Patrón 11: Seguridad-Protección y Patrón 12: confort.

Son identificados los problemas más prevalentes en este tipo de pacientes utilizando la taxonomía NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) de diagnósticos enfermeros para su descripción. Así mismo, se establecen los resultados según taxonomía NOC (Nursing Outcomes Classification) con sus indicadores que son valorados según las escalas de Likert y también, se proponen intervenciones según taxonomía NIC (Nursing Interventions Classification).

Se acaban definiendo 8 diagnósticos de enfermería, 12 resultados con 17 indicadores, 16 intervenciones con sus actividades correspondientes.

CONCLUSIONES

La implementación del plan de cuidados estandarizado nos está ayudando a potenciar y agilizar el uso de la taxonomía NANDA/NIC/NOC. Además, la revisión bibliográfica nos permite concluir que mejora de forma notable la calidad asistencial.

Nos queda pendiente elaborar un estudio que correlacione el uso eficaz de las intervenciones enfermeras con resultados en salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. Estudio descriptivo y analítico de los diagnósticos de enfermería y su clasificación 2009-2011.
2. Plan de cuidados estandarizado para el preoperatorio y postoperatorio inmediato del trasplante renal. Taxonomía NANDA/NIC/NOC
3. Planes de cuidados. Hospital universitario de Ciudad Real.
4. La taxonomía enfermera NANDA, NOC, NIC en la práctica asistencial hospitalaria. Enfermería clínica.
5. Plan de cuidados estandarizados para el preoperatorio y postoperatorio renal inmediato en el trasplante renal según la taxonomía NANDA- NOC- NIC. Dialnet.
6. Planes de cuidados estandarizados. hh.uu. virgen del rocío. plan de cuidados estandarizado paciente renal hospitalización
7. Plan de cuidados estandarizado para el preoperatorio y postoperatorio inmediato del trasplante renal: taxonomía NANDA/NIC/NOC. Dialnet
8. Relación NANDA-NOC-NIC. Asociación de los Diagnósticos con los Criterios de Resultado y las Intervenciones. Metodología enfermera.
9. Revisión crítica de la taxonomía enfermera nanda internacional 2009-2011. Revista científica de enfermería.N-6 mayo 2013.
10. Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica versión impresa ISSN 1139-1375 v.7 n.3 Madrid jul.-sep. 2004. Diagnósticos de enfermería en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis. Unidad de Nefrología del Hospital Virgen de la Vega de Salamanca
11. Terminología, estandarización, normalización, nomenclatura, taxonomía, lenguaje, diagnóstico o clasificación en enfermería
12. Clasificación internacional para la práctica de enfermería (CIPE)
13. Diagnósticos de enfermería en pacientes con IRC en HD. Revista de la SEDEN.

14. Implementation of the nursing process in a patient with hepatic cirrhosis using the standardized terminologies NANDA, NIC and NOC [Portuguese].
15. The ISO nursing diagnosis terminology model: a quality metric for developing a NANDA nursing diagnosis submission.
16. Development of NANDA nursing diagnosis in community nursing in Slovenia.
17. Critical analysis of NANDA Nursing Diagnosis Taxonomy I.