

FACTORES INFLUYENTES EN LA VALORACIÓN DE ENFERMERÍA AL INGRESO DEL PACIENTE

**Escuela Universitaria de Enfermería
Clínica Universitaria
Universidad de Navarra**

Valoración de Enfermería

- **Primera etapa del P.A.E.**
- **Fase clave: desarrollo Plan de Cuidados**
- **Obtener información: idea clara y veraz del estado de salud del paciente al ingreso**
- **Requiere:**
 - **Conocimientos P.A.E.**
 - **Habilidades Intelectuales**
 - **Habilidades Prácticas**
- **Registro/Documentación**

FACTORES ESENCIALES PARA IMPLANTACIÓN DEL P.A.E.

- **“Entender y asumir el rol independiente de enfermería”**
- **Formación en el método de resolución de problemas**
- **Organización de las unidades de enfermería**
- **Plantilla de enfermería suficiente y estable**

OBJETIVO PRINCIPAL

- *Determinar los factores que influyen en la Valoración de Enfermería**

Objetivos específicos

- *Analizar bibliografía de los últimos cinco años: factores influyentes**
- *Exponer datos: Factores identificados por las enfermeras**

METODOLOGÍA

- **Revisión bibliográfica: Palabras clave**
 - **Dificultades, Factores, Implantación**
 - **P.A.E., Valoración, Registros de Enfermería**
- **Análisis de entrevistas a 54 enfermeras: 4 unidades. Focus group: 6 entrevistas**
- **Análisis comparativo: resultados bibliográficos y entrevistas de Focus group**

RESULTADOS: *Bibliografía

- **Valoración: etapa clave**
- **Dificultades: no análisis de sus factores**
- **Valoraciones incompletas y no sistemáticas:**
 - * **Registro biomédico: actuaciones derivadas/delegadas**
 - * **↓ Datos esfera psicológica y sociocultural**
- **Registros de Enfermería: ¿sirve para evaluar grado de implantación del P.A.E: Valoración?**
 - * **No siempre se refleja lo que se hace**

RESULTADOS: *Bibliografía/ Registros

- Repetición datos rutina/omisión datos de interés
- No se lee evolución
- Prevalece transmisión oral

***Necesidad de:**

- Formación suficiente sobre P.A.E.
- Refuerzo metodología de trabajo:
 - Falta de continuidad en los cuidados
 - Infrautilización registros
- Análisis del registro

FACTORES INFLUYENTES:

Problemas del Paciente (O'Connell)

- **Tipo de Paciente: agudo, crónico...**
- **Tipo de Unidad**
- **Experiencia de la enfermera**
- **Documento/Registro : Factor modificable**
 - **Dirige y focaliza la obtención de datos**
 - **Influye en cómo se percibe, recoge e interpreta la información**
 - **Determina los problemas**

GRUPOS FOCALES: Percepción Enfermeras: Categorización

● Categoría “Conocimiento”

- Valoración a todos los pacientes a su ingreso
- Inicio: utilización de registro de forma literal
- Dificultad para valorar esfera psicológica
- Se valora y no siempre se registra
- Necesidad de reforzar exploración física

GRUPOS FOCALES

- **Categoría: “Experiencia y Situación anterior”**
 - **No factor decisivo para la valoración**
 - **Experiencia: elemento facilitador**
 - **Necesidad de registrar la información**
 - **Siempre se ha valorado: no registrado**

GRUPOS FOCALES

- **Categoría: “Dificultades”**
 - **Nº Ingresos: elevado, en poco tiempo**
 - **Presión de tiempo, Imprevistos**
 - **Sobrecarga de actividades**
- **Categoría: “Prioridades en el trabajo”**
 - **Necesidad de ver al paciente: valoración inicial**
 - **Repercusión de actividades delegadas**

GRUPOS FOCALES

Categoría

- **“Percepción enfermera sobre la Valoración”**
 - **Valoración: consideran trabajo de enfermería**
 - **Útil, “podrían sacarle más partido”, a veces**
 - **Pacientes: no asumida la cultura de valoración de enfermería**
 - **Documento: diversidad de opiniones**
 - **Documento: motivo de reflexión de su trabajo**

GRUPOS FOCALES: Categoría

- **“Sugerencias de las enfermeras”**
 - **Delegar actividades en otros miembros del equipo**
 - **Revisión de aspectos organizativos de la unidad**
- **“Tiempo de Valoración”**
 - **Conciencia: valoración, primer día de ingreso**
 - **Depende cada paciente, tiempo aprox. 20’**
 - **Se añade tiempo: interpretación, elaboración plan de cuidados**

GRUPOS FOCALES: Categoría

● “Práxis de Valoración”

- Registro incompleto: cuidados no registrados**
- Mayor uso: equipo de enfermería, equipos médicos cada vez más**
- Transmisión oral: uso de registro**

● “Implicaciones del personal en el cambio”

- Implantación inicial: no intervinieron**
- Modificación: participación de las enfermeras**

GRUPOS FOCALES: Categoría

- **“Aspectos positivos de la Valoración”**
 - **Favorece conocimiento más profundo: paciente**
 - **Instrumento útil: primer contacto paciente y familia**
 - **Mayor vínculo con paciente y familia:
“Te identifican como su enfermera”**
 - **Aporta información para rol autónomo**
 - **Guía para la recogida integral de datos**

GRUPOS FOCALES: Categoría

● “Aspectos positivos de la Valoración”

- Necesario el registro: reflejo del trabajo**
- Útil: detectar problemas, establecer objetivos, planificar cuidados, mejora docencia**
- Facilita seguimiento del paciente**
- Cuidado más individualizado: ↑ calidad cuidado**
- Sentimientos de satisfacción en las enfermeras**
- Motivo de reflexión del propio trabajo**

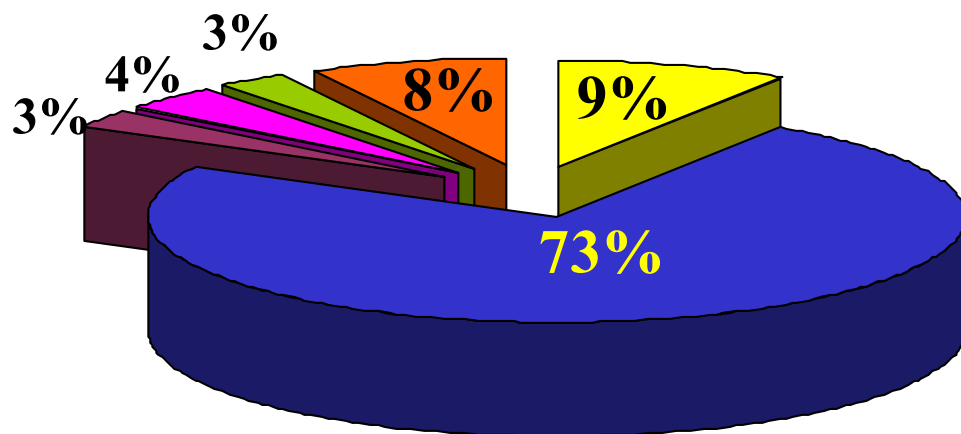
CONCLUSIONES

- **Valoración al ingreso del paciente: pieza clave**
- **Valoración**
 - **Conocimiento profundo del paciente**
 - **Ayuda a crear vínculos**
 - **Facilita cuidado individualizado**
 - **Mejora calidad y seguimiento del paciente**
- **Implantación del P.A.E.: Dificultades**
 - **Valoraciones incompletas**
 - **Dificultad áreas psicológicas, socioculturales**
 - **Factor tiempo**

CONCLUSIONES

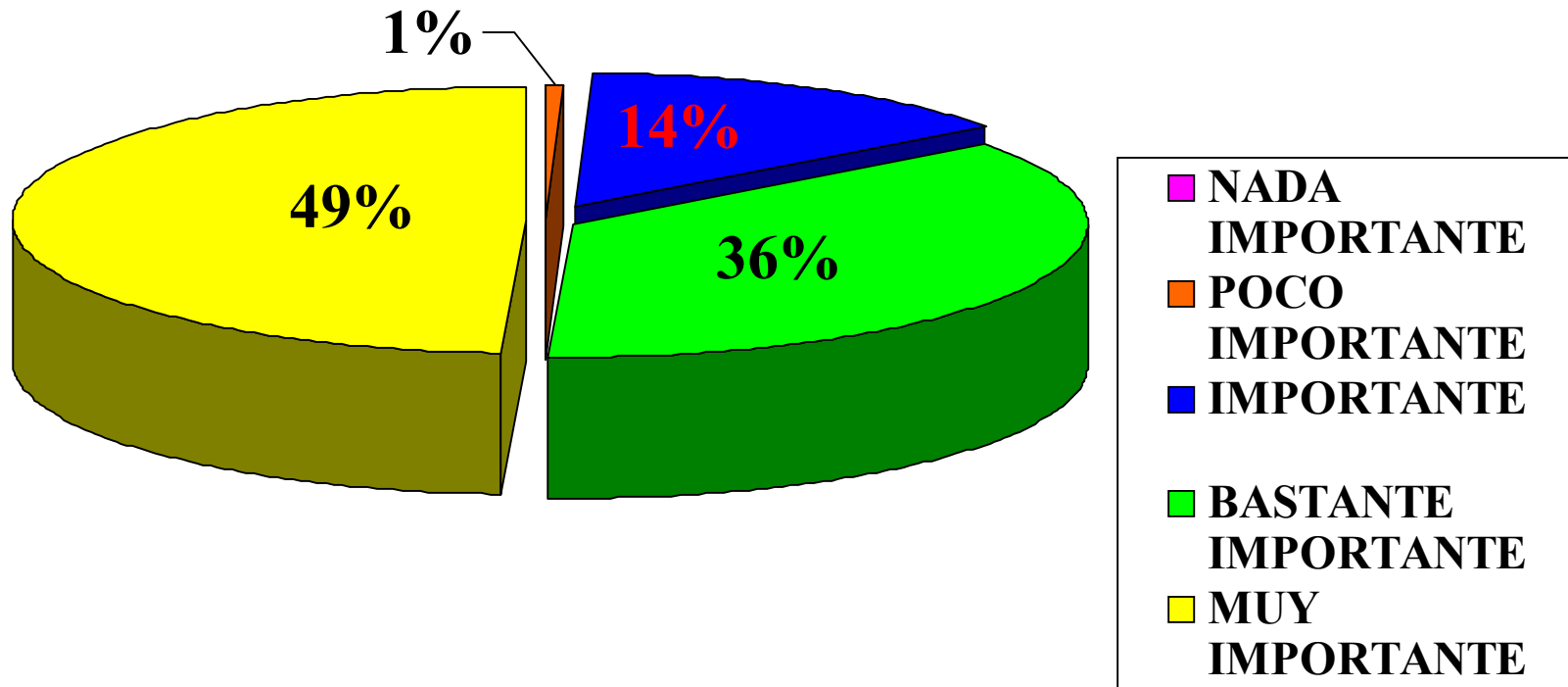
- **Valoración: Actitud crítica y reflexiva**
 - Cambios en la documentación actual
 - Actitud positiva para el cambio
 - Valorar sus necesidades formativas
- **Registros/Documentación de Enfermería**
 - Soporte importante para la valoración
 - Guía y ayuda para la valoración
 - Reflejo escrito: constancia del trabajo y satisfacción profesional

PERIODICIDAD DE LA VALORACIÓN

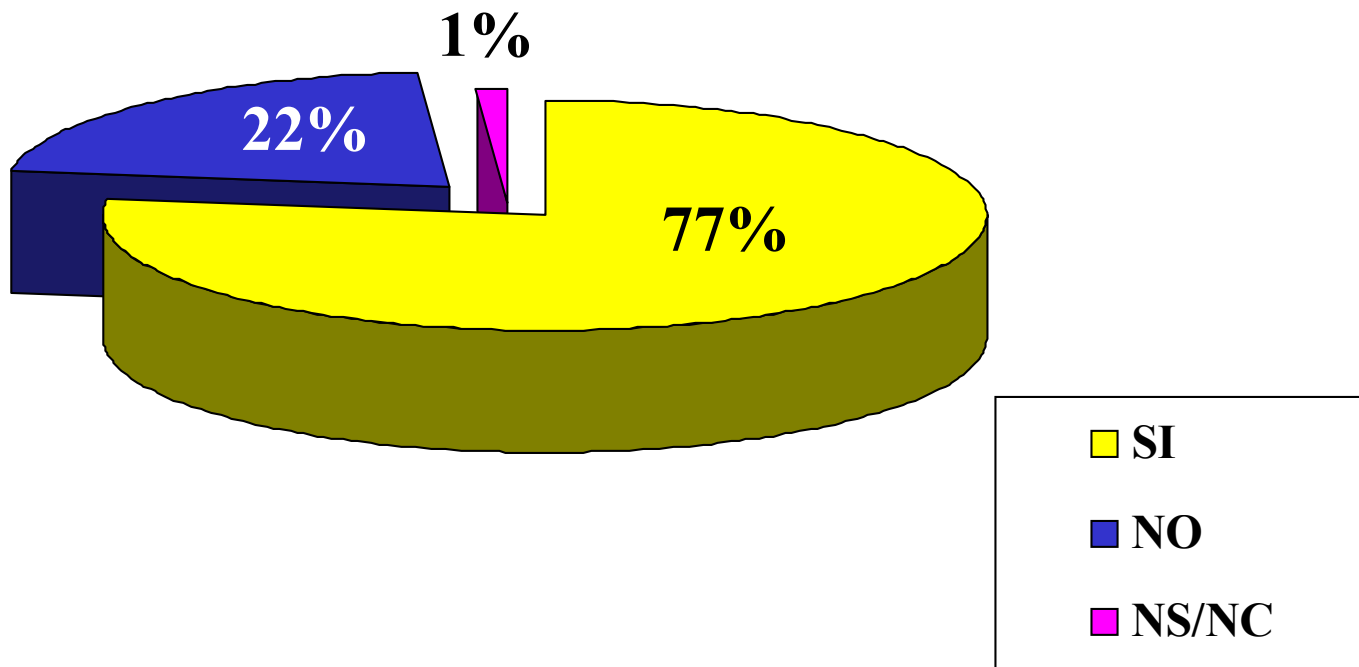


- AL INGRESO
- AL INGRESO Y CADA DÍA
- AL INGRESO Y CADA 3 DÍAS
- AL INGRESO Y CADA SEMANA
- AL INGRESO Y AL ALTA
- OTROS

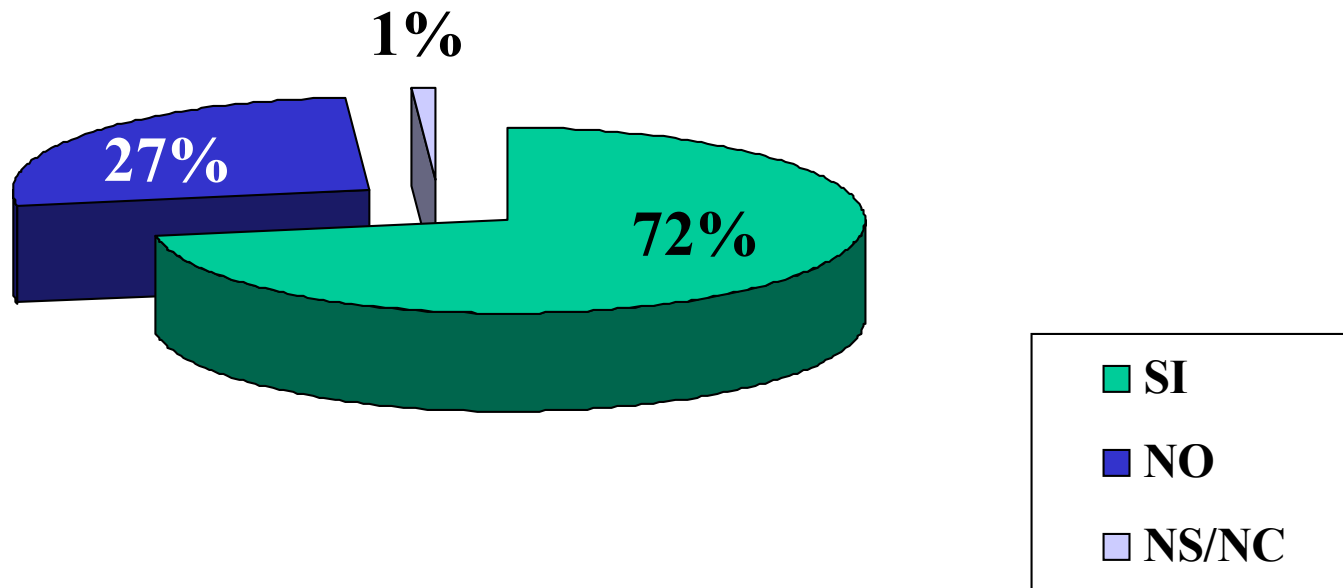
PUNTUACIÓN CONCEDIDA A LA VALORACIÓN



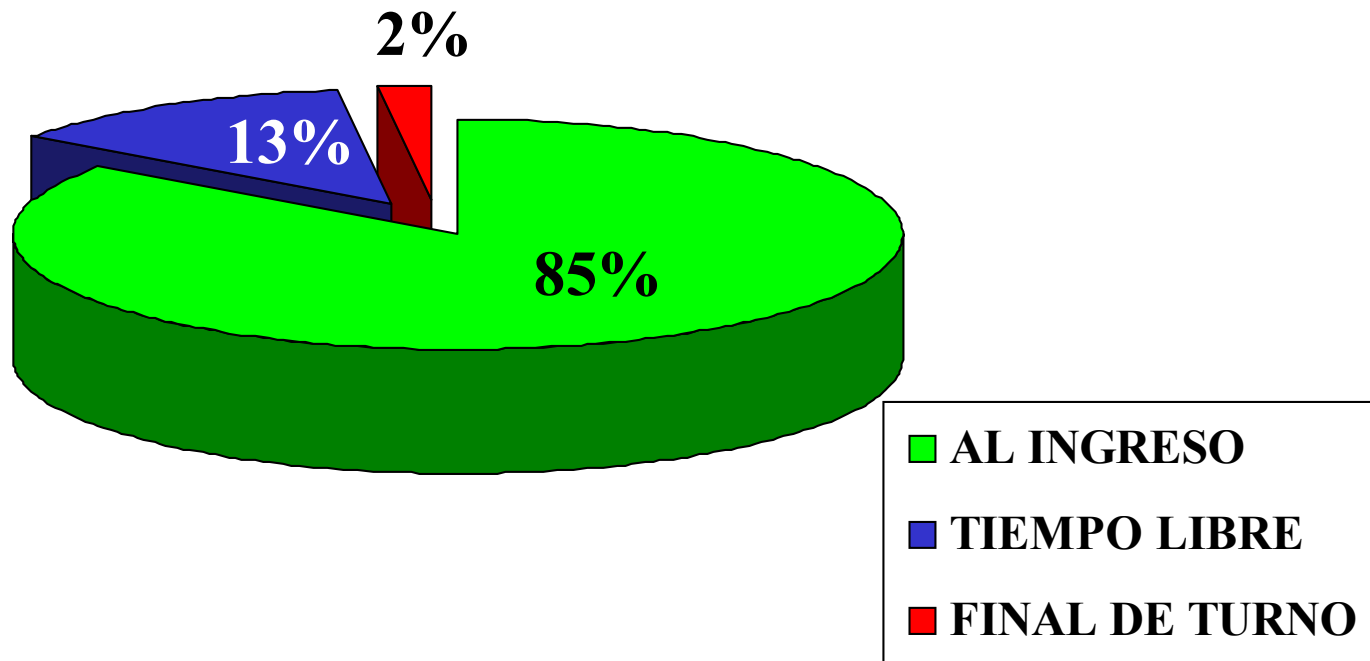
REALIZACIÓN POR TURNO DE LA VALORACIÓN



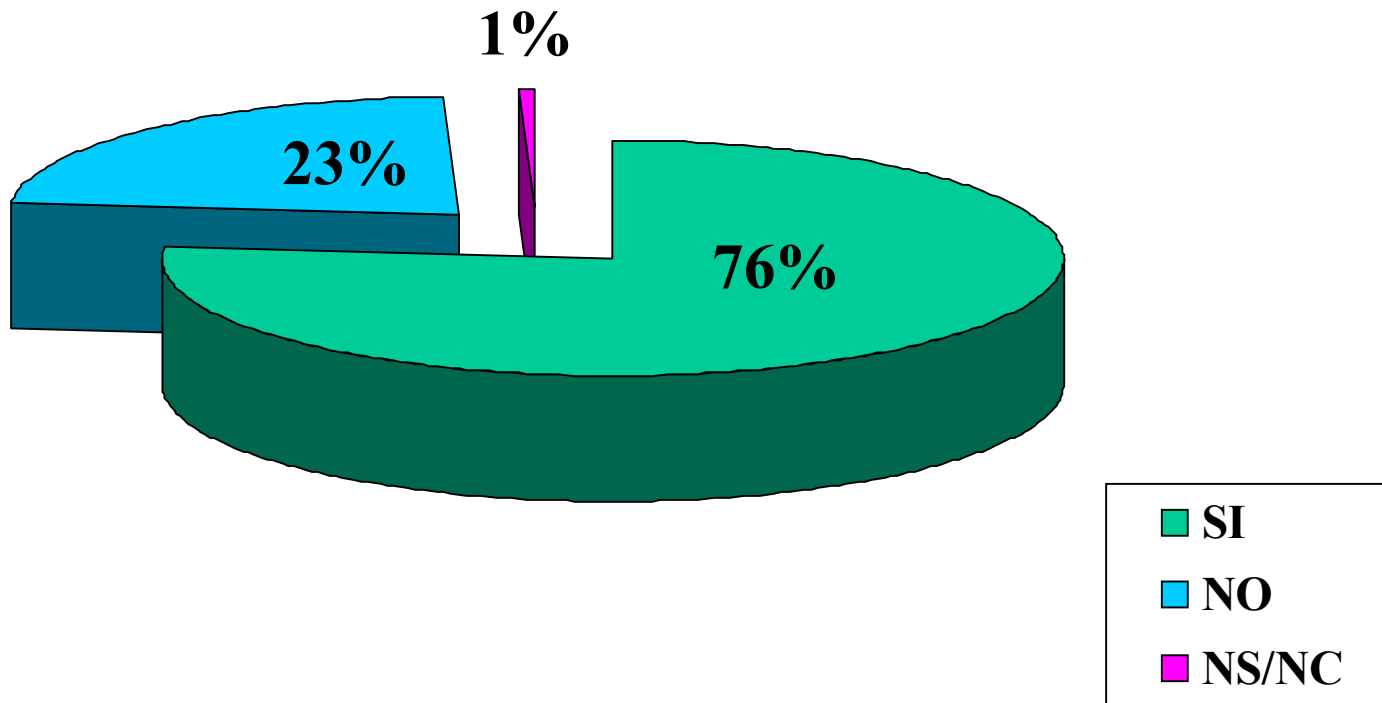
REGISTRO SIEMPRE



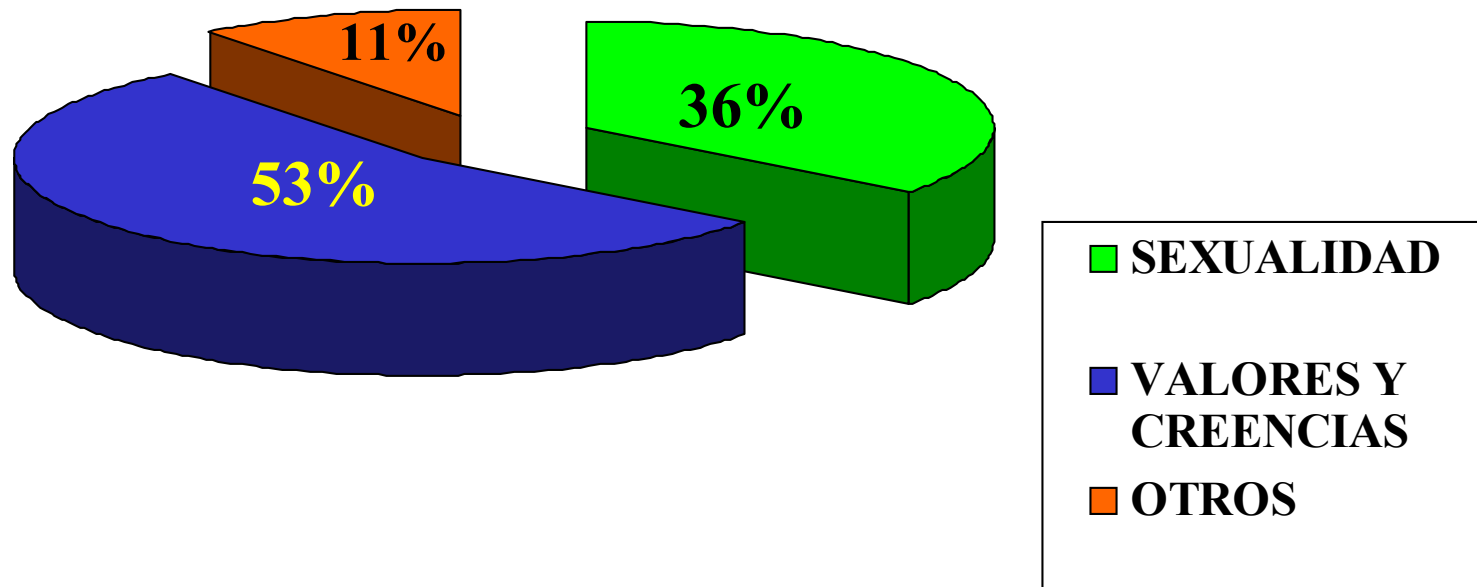
VALORACIÓN INICIAL



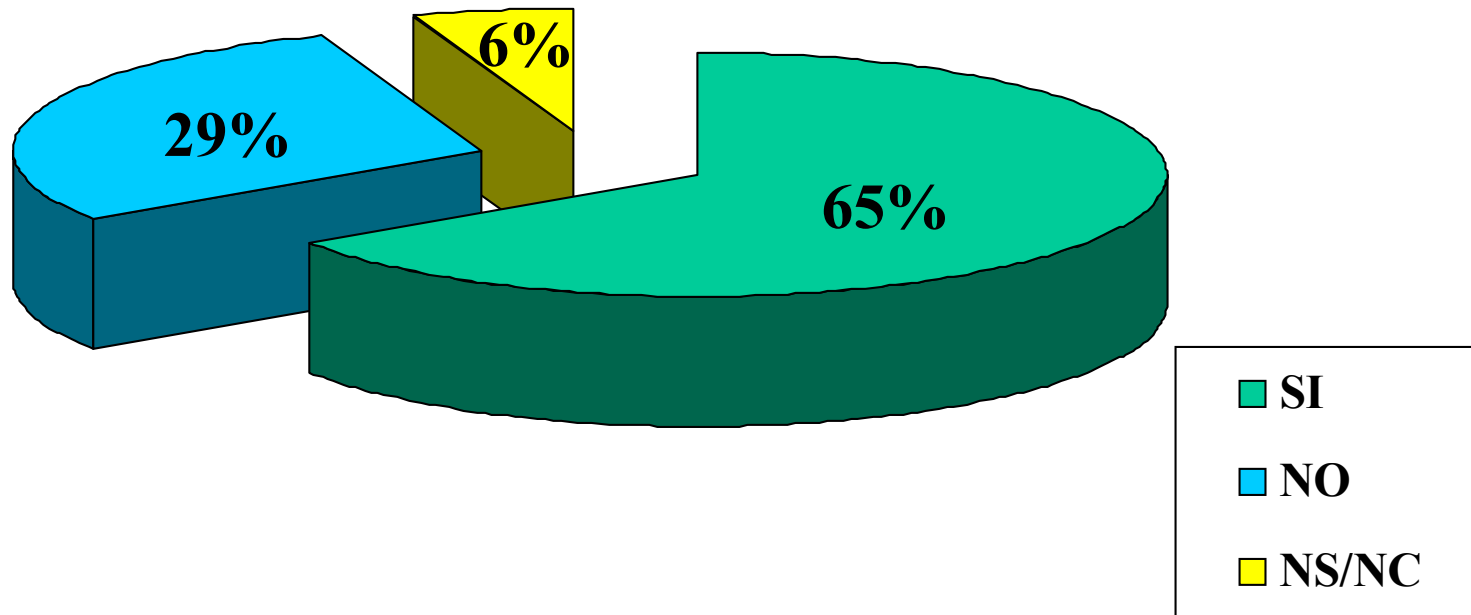
IDENTIFICACIÓN DE DdE



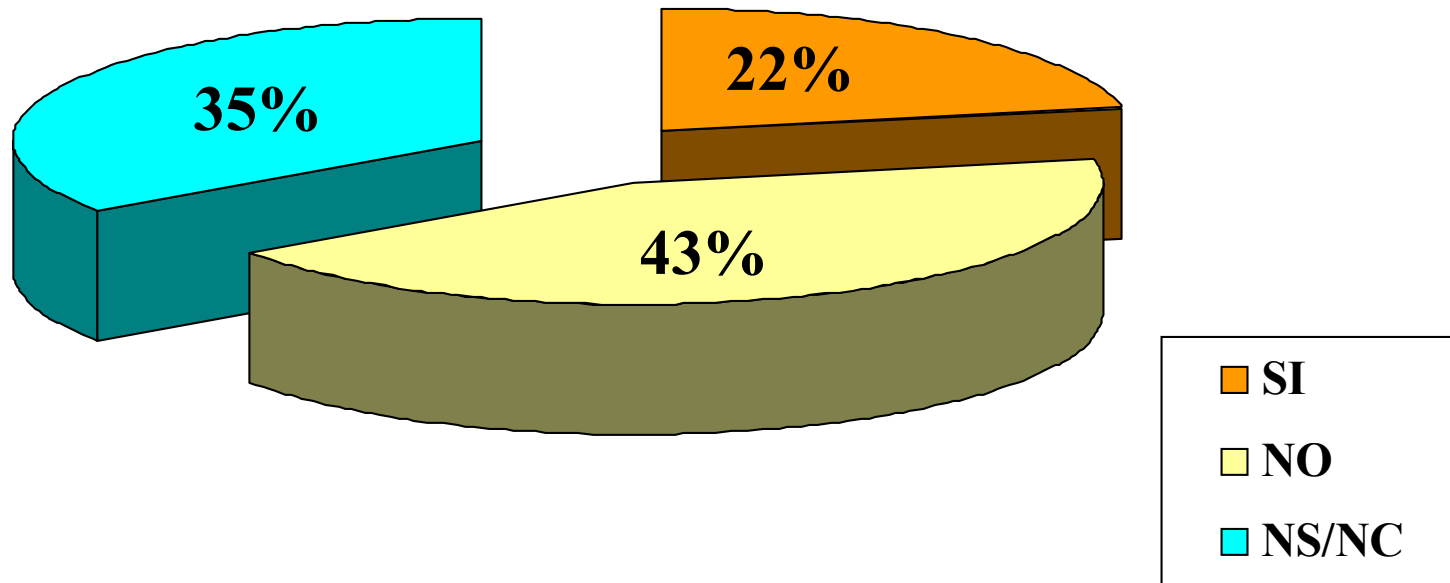
ASPECTOS REVISADOS SUPERFICIALMENTE



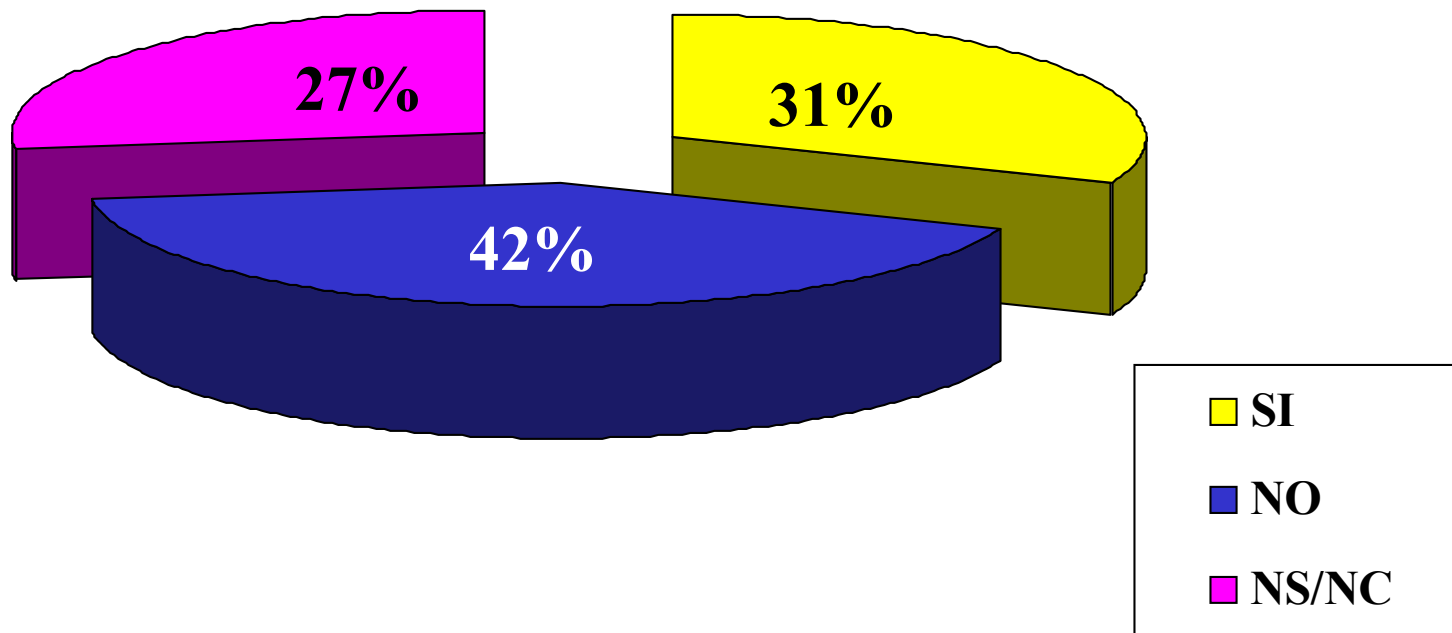
¿SE IDENTIFICAN DdE?



TAXONOMÍA CIPE



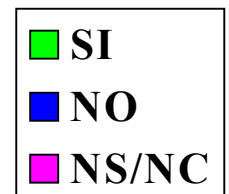
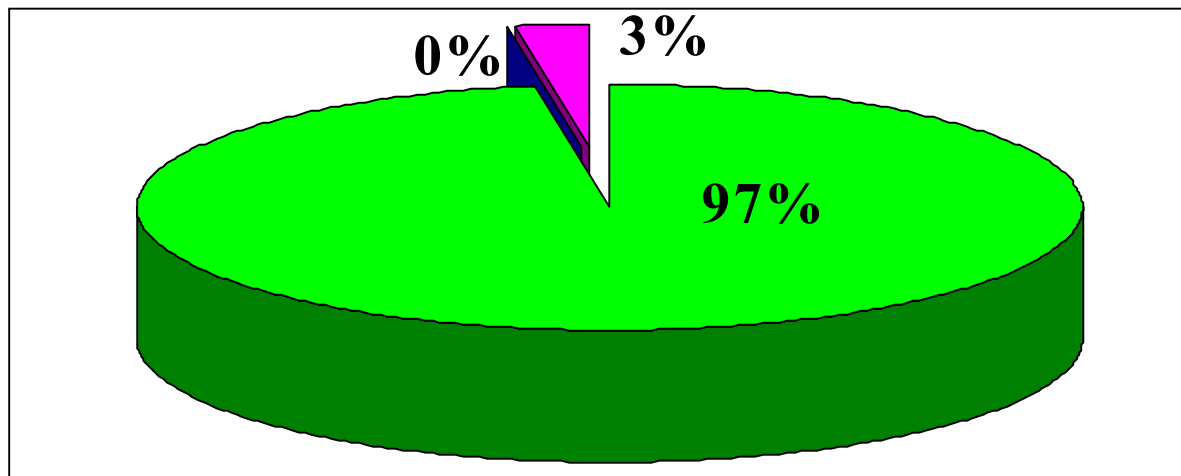
TAXONOMÍA NANDA

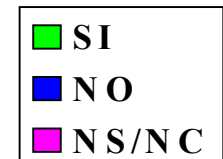
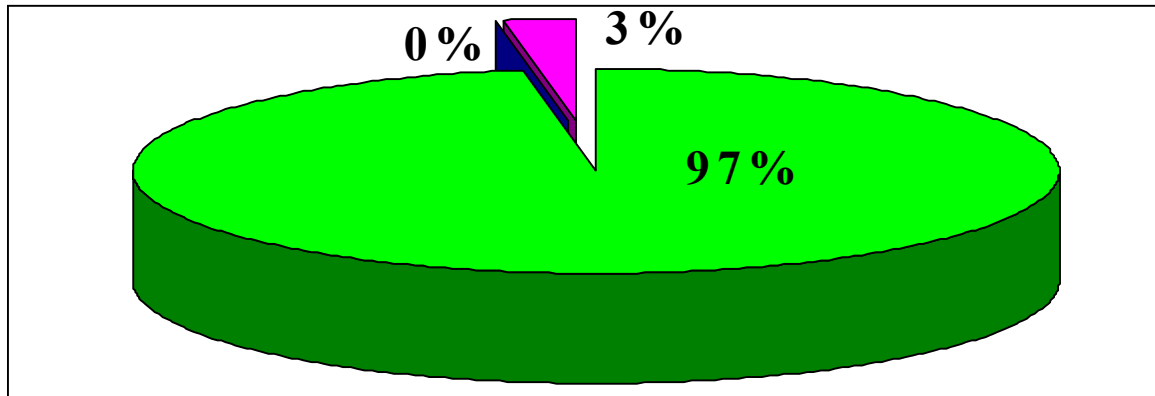


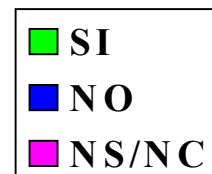
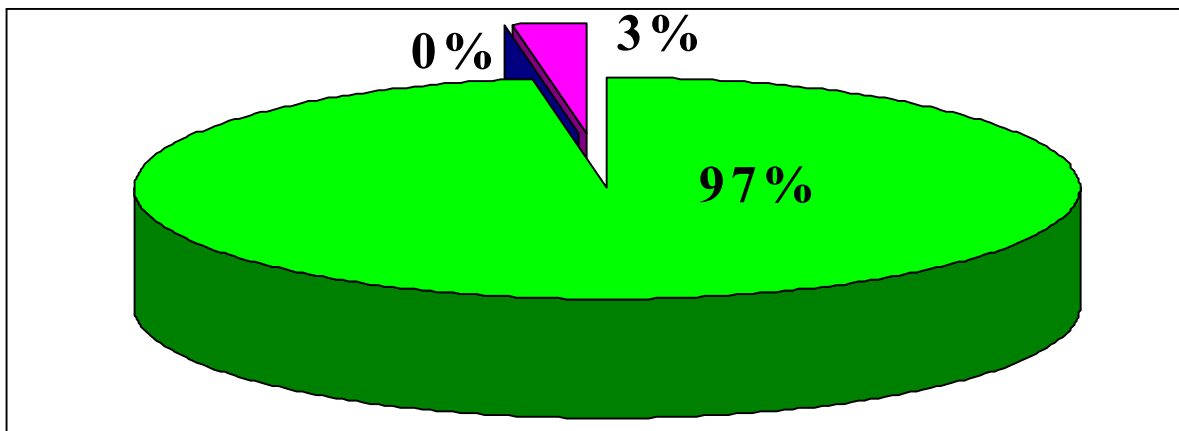
III SIMPOSIUM
INTERNACIONAL DE
DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMERÍA

VALORACIÓN:
UN RETO A ALCANZAR

Valoración







INFORME DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS AL ALTA DE UCI: CONSTRUCCIÓN DE VARIABLES PARA UN SISTEMA DE INFORMACIÓN ENFERMERO

Autores:

**Torres Pérez L.
Morales Asencio JM.
González Orihuela D.
Moreno González P.
Pastro Garrido C.
Linares García D.**

Hospital Universitario de Málaga.

Introducción.

La persona que sufre un proceso crítico genera múltiples respuestas humanas susceptibles de ser abordadas por la enfermera de UCI. A través del diagnóstico enfermero se establecen los centros de intervención y los criterios de resultado que determinarán la evolución del paciente. La disponibilidad de esta información de forma sistematizada en soporte informatizado permite su fácil manejo y la generación de un cuerpo de datos para la toma de decisiones. El objetivo del estudio consistió en determinar la productividad de una aplicación informática para la explotación de datos enfermeros susceptibles de formar parte de un conjunto mínimo básico de datos.

Material y Método.

Se implantó una aplicación informatizada diseñada con FileMaker Pro 3.0™, insertándolo en la red interna de la UCI del Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga. El registro se estructuró de acuerdo con parámetros enfermeros: diagnósticos durante la estancia en UCI, intervenciones y actividades realizadas, diagnósticos y recomendaciones al alta. Además se añadió un campo para prescripciones médicas recientes (dieta, fluidoterapia, última medicación administrada). El registro pasó a formar parte del dossier enfermero implantado desde 1998.

Resultados.

Se analizaron aleatoriamente 64 registros generados desde Octubre de 1996 a Enero de 2000. La estancia media de la muestra fue de 8,66 días(DS 13,53) y una edad media de 58,03 años(DS 17,55) (68,75% de varones y 31,25% mujeres). El nivel de dependencia de los pacientes se determinó con la Escala del Nivel de Dependencia del Paciente Crítico (ENDEC)¹, obteniéndose unos niveles promedio de 27,5(0-50) (DS= 6.552, Mín:16.0,Máx:39.4).Se realizaron una media de 4,19 diagnósticos por paciente, persistiendo 2,09 en el momento del alta a planta (grado de resolución diagnóstica del 52,07%) y sin relación con la edad de los pacientes. Los principales diagnósticos realizados se muestran en la tabla 1. Se observó una alta correlación entre el nivel de dependencia y el número de diagnósticos en UCI ($r=0,807$, $p<0,0001$)disminuyendo respecto a los diagnósticos al alta ($r=0,509$, $p<0,0001$). La correlación entre el número de diagnósticos al alta y la edad fue significativamente estadística ($r=0,788$, $p<0,00001$) a diferencia de los diagnósticos intraUCI. Respecto al sexo, el número de diagnósticos realizados no varió.

¹ Morales Asencio JM: Valoración del enfermo crítico según el grado de dependencia de enfermería. Enf Clín 1997; 7:9-15

Diagnóstico	n	%
6.5.4. Déficit de autocuidado: uso del WC	35	13.0
6.5.2. Déficit de autocuidado: baño/higiene	34	12.6
6.5.1. Déficit de autocuidado: alimentación	30	11.1
1.2.1.1. Riesgo de infección	16	5.9
1.5.1.3. Patrón respiratorio ineficaz	15	5.6
8.2.2 Confusión aguda	15	5.6
1.6.2.1.2.1. Deterioro de la integridad cutánea	12	4.4

Conclusiones

El sistema de información basado en un registro informatizado sobre el informe de cuidados al alta de UCI permite obtener información sobre casuística diagnóstica, tipo de pacientes, niveles de dependencia, tipos de respuesta humana, etc. Existen dificultades en la elaboración diagnóstica derivadas de heterogeneidad en la pericia diagnóstica, empleo equívoco de terminología NANDA, focalización en dimensión biológica que se analizarán en posteriores estudios.

LA INFORMÁTICA: INSTRUMENTO PARA LA CALIDAD EN LA GESTIÓN DEL PACIENTE.

Autores:

**Díaz, M^a Teresa
Zabala, M^a José
Oroz, Araceli
Rodríguez, Cristina
Vallés, Rosa**

Clínica Universitaria Escuela de Enfermería Universidad de Navarra.

1. Introducción

La Clínica Universitaria de la Universidad de Navarra tiene instalado un sistema informático denominado "Sistema de Información Clínica". El Sistema de Información Clínica da respuesta al conjunto de actividades que se producen en el proceso asistencial de los pacientes en los distintos aspectos que lo integran, además de redundar en la mejora de la calidad asistencial. El sistema de información se basa en una arquitectura de sistemas abiertos siguiendo un modelo cliente/servidor, con equipos conectados a una red de área local.

El sistema de información se ha estructurado de forma que pueda cubrir tres fases principales: Contacto previo del paciente con la Clínica, proceso asistencial, que contempla el registro de la información asistencial de la Historia Clínica Informatizada, y el Seguimiento del paciente, recogiendo la evolución de la asistencia iniciada.

El Sistema de Información Clínica ha ido evolucionando a lo largo de estos 4 últimos años en paralelo a las tendencias tecnológicas y a las necesidades de información elaboradas por un grupo interdisciplinar de médicos, enfermeras, farmacéuticos y técnicos informáticos de la Clínica Universitaria.

Se describen las características del Sistema de Información de consultas externas, el valor añadido de éste para la gestión del paciente en consultas, así como los datos que el sistema aporta, para un análisis de la calidad en la atención asistencial.

2. Características de atención ambulatoria

El nº de pacientes que se atienden ambulatoriamente cada año es de 120.000 frente a 12.000 ingresos. Al ser la Clínica Universitaria un centro privado la procedencia de los pacientes es variada demandando así una asistencia rápida y de calidad. Además la tendencia sanitaria actual apunta a una asistencia cada vez más especializada, tecnificada e integral desarrollada de forma ambulatoria, evitando así el ingreso del paciente.

Toda la atención esta dirigida a conseguir : una atención personal con la gestión más eficaz para cada paciente.

3. Sistema de Información

El sistema de información ha ido evolucionando a lo largo de estos últimos 4 años en paralelo a las tendencias tecnológicas y a las necesidades de información, elaboradas por un grupo interdisciplinar de enfermeras, médicos, farmacéuticos e informáticos. Desde un inicio informático simple en el año 80, donde solo se contemplaba la adquisición de datos de procesos administrativos, se ha pasado a un proceso asistencial centrado en el paciente.

Desde que el paciente llega, la información que se genera gira en torno al paciente y se va integrando con todas las personas que participan en la atención, para constituir la Historia Clínica Informatizada.

Desde el punto de vista de la gestión en consultas. Los objetivos que persigue el Sistema de Información implantado:

- Facilita y optimiza el trabajo de las personas que atienden a los pacientes ya que automatiza y sincroniza procesos asistenciales.
- Impulsa la mejora de la calidad asistencial recibida por el paciente.
- Da respuesta al conjunto de actividades que se producen en el proceso asistencial del paciente.

Desde el punto de vista de la orientación del programa:

- Está orientado al paciente.
- Es capaz de resolver la prestación de servicios que constituyen el proceso asistencial.
- Es de fácil manejo y garantiza la seguridad de la información.
- Su utilización se extiende a todas aquellas personas que están en contacto directo con los pacientes.

Además, la información que se va generando durante el proceso asistencial se registra, se archiva, se actualiza y se recupera siempre que se necesite dentro del mismo programa.

4. Sistema de Información Hospitalaria: Funciones y beneficios.

4.1. Proceso Asistencial en Admisión:

Funciones:

- Admisión de pacientes en el sistema
- Asignación del nº de Historia
- Información general del paciente
- Suministro de Información al paciente
- Gestión de camas

Beneficios:

- Unificación de la Admisión
- Identificación única del paciente

4.2. Proceso Asistencial – Citaciones:

Funciones:

- Asignación de citas:
- Por paciente, una o varias actuaciones

- Para un paciente y coordinados los horarios
- Para varios pacientes y actuaciones, coordinado horarios
- Anulaciones y variaciones de citas preestablecidas
- Rectificaciones por indisponibilidades previstas de un recurso realizador
- Mantenimiento y gestión de listas de espera, por paciente y recurso

Beneficios:

- Reducción tiempo de espera
- Menores desplazamientos
- Concentración de pruebas en la misma fecha

4. 3. Proceso Asistencial- Citaciones (Agenda):

Funciones:

- Definición de departamentos y servicios del hospital
- Definición de recursos por departamentos
- Definición del perfil de cada recurso
- Franja horaria de cada perfil del recurso
- Definición de actuaciones en cada franja horaria
- Restricciones de realización de actuaciones en cada franja horaria

Beneficios:

- Mejora de la planificación
- Optimización de los recursos

4.4. Proceso Asistencial- Gestión de Ordenes (Actuaciones)

Funciones:

- Definición de la actuación
- Procedimiento a seguir el paciente e instrucciones
- Tiempo de validez de los resultados
- Duración de la prueba
- Tiempo de actuación del paciente y del recurso
- Indicación si el recurso es planificable
- Tipo de recurso que realiza la actuación
- Cuestionario de preguntas a completar por el peticionario
- Modo de contestación de los resultados
- Interacciones entre las actuaciones
- Departamento realizador

Beneficios:

- Productos (Actuaciones) catalogados
- Homogeneización de los protocolos de actuación

4.5. Proceso Asistencial (Petición de actuaciones)

Funciones:

- Solicitud de actuaciones desde cualquier servicio
- Personalización de la forma de petición
- Cuestionario de preguntas previas a la realización
- Organización de las agendas de los recursos
- Conectado con el proceso de citaciones, si son programables.

Beneficios:

- Personalización de las peticiones
- Integración de las peticiones
- Planificación de los recursos

4.6. Proceso Asistencial- Gestión de Ordenes

Funciones:

- Departamentos que no disponen de aplicación propia:
 - Recogida de inicio y fin de actuación
 - Recursos reales consumidos
 - Respuesta a cuestionarios
- Departamentos con aplicación propia:
 - Integración de la información y resultados en el sistema de información del hospital

Beneficios:

- Información on-line
- Mejora de la planificación

5. Seguridad de la Información

El acceso a la información del paciente se realiza garantizando la seguridad de la información del proceso asistencial. Dependiendo del Grupo profesional de que se trate, y del rol que cada persona de ese grupo desempeñe dentro de la organización, tendrá acceso a una determinada información del proceso de un paciente.

Para acceder al sistema, el usuario debe de identificarse con su nombre y escribir su clave de acceso con el fin de acceder al Sistema de Información que cada uno tenga adjudicado.

6. Grado de implantación del sistema en la CUN

En la actualidad están en uso todas las prestaciones informáticas necesarias para una correcta gestión del paciente en la consulta. La simplificación de algunos de los procesos ha sido posible gracias a los grupos multidisciplinares de usuarios que se formaron para ese fin.

Hay que perfeccionar algunas prestaciones para optimizarlas. Se entiende como optimización, lograr automatizar todos los procesos con el fin de ahorrar recursos humanos, materiales y de tiempo.

Está pendiente de implantar:

- El APG (Ambulatory patients groups), equivalente del GDR (Grupo relacionado con el diagnóstico).
- Data Warehouse, para explotación de toda la información. De este modo cada usuario puede obtener informes de lo que le interese

7. Conclusiones

La informática es una herramienta esencial para la gestión del paciente. La calidad es un estándar deseable de alcanzar en una empresa de servicios. Los datos que el programa informático proporciona nos ayuda al establecimiento de indicadores, necesarios para medir la calidad del proceso asistencial. La nueva cultura de las organizaciones sanitarias, demanda una gestión de la actividad asistencial basada en resultados y estos se obtienen a través de indicadores de calidad.

Por último no podemos olvidar que todo el soporte de informático que soporta una organización y lo que de él se deriva, tiene su razón de ser si mejora la calidad de atención que se presta al paciente.

IMPLANTACIÓN DEL PROCESO DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA MEDIANTE SISTEMA INFORMÁTICO

Autores:

Ana M^a Gil Colomé y colaboradores.

Área Básica de Salud San José. L'Hospitalet. Barcelona.

Introducción

La informatización de nuestro centro de salud, junto con el proyecto de implantación del plan de cuidados en el marco conceptual de Virginia Henderson (V H), ha evidenciado la necesidad de un lenguaje común para enfermería.

La estrategia a emplear ha de tener en cuenta la situación real de los profesionales del centro, respondiendo a las necesidades de todas las enfermeras que trabajan en el Equipo de Atención Primaria. Es imprescindible el consenso para poder introducir el cambio de una forma lenta y paulatina..

Objetivos

Promover el registro informático del proceso de cuidados de enfermería, introduciendo la taxonomía diagnóstica de la NANDA.

Metodología

Adaptación de los registros de los distintos apartados del proceso de cuidados de enfermería a la “Hoja de seguimiento y consulta” : Motivo de la visita, Exploración (valoración), Diagnóstico (taxonomía NANDA), Actuación (plan de cuidados).

Profundizar sobre el proceso de cuidados de enfermería en el modelo conceptual de VH para poder consensuar el registro de la valoración de enfermería y elaborar planes de cuidados estandars.

Resultados

Codificación de los motivos. Introducción de los problemas de enfermería según las 14 necesidades de VH y relacionados con el listado de diagnósticos de la NANDA a través de la codificación según patrones de conducta. Reuniones periódicas de consenso.

Resultados esperados

Que la informatización de las etapas del proceso de cuidados enfermeros, utilizando un lenguaje común para todos, repercuta en una mayor calidad asistencial para nuestros clientes.

**NUESTRA EXPERIENCIA EN LA
INFORMATIZACIÓN DE LOS
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA EN
LAS CONSULTAS DE ATENCIÓN
PRIMARIA.**

Autores:

Beatriz Ávila y colaboradores.

C.S. El Greco. Madrid.

INTRODUCCIÓN

En febrero de 1997 la dirección de enfermería del área 10 de Madrid se propuso junto con el colectivo de enfermería llevar a cabo la implantación de la metodología enfermero como herramienta de trabajo, basado en el modelo de Dorotea Orem. Se crearon grupos de trabajo para el conocimiento y desarrollo de dicha metodología y como consecuencia la participación de los enfermeros en el proceso.

Ante la implantación global iniciada por el INSALUD del programa informático OMI-AP nos vimos en la necesidad de adaptarnos a esta nueva situación. Las propias reglas de la informática (concreción de datos, unificación de criterios, correcto uso de las herramientas, estratificación de los datos....) y las del programa OMI-AP (trabajo por episodios, codificación CIAP) nos hicieron tener que modificar la sistemática de trabajo que llevábamos hasta entonces.

Revisando el contenido de OMI-AP junto con la necesidad de seguir utilizando la sistemática ya existente en el área nos decidimos a realizar protocolos de actuación.

OBJETIVOS

- Desarrollar una adaptación de la metodología enfermera utilizada al sistema informático OMI-AP.
- Hacer posible la codificación de los diagnósticos de enfermería para su futura explotación de los datos.
- Facilitar el trabajo y la metodología a los profesionales que utilizan este sistema.

RESULTADOS

Se elaboraron protocolos de diagnósticos enfermeros para cada una de las áreas de valoración.

Después de varios meses trabajando se fueron modificando y adaptando dichos protocolos en función de nuestras necesidades y las posibilidades que el programa nos daba.

Esto nos permite que en el futuro se puedan llevar a cabo estudios mas exhaustivo del trabajo propio enfermero, de su calidad, de su aplicación, de la orientación de este en función a la población a la que se atiende y del tiempo empleado en ello.

Todo ello enfocado a la posibilidad de mejorar en esta meta común que es el desarrollo de la metodología y los diagnósticos enfermeros, como herramienta indispensable para ir creciendo como profesión.

Comunicaciones:

- **"Guías de práctica clínica sobre el proceso de enfermería"**
Autor: Dña./D. A. Campo y cols. Instituto Catalán de la Salud. División de atención primaria Centre 1 Lleida.
- **"La valoración desde una visión antropológica" (ausente)**
Autor: Dña. Sagrario Acebedo Urdiales y cols. E.U.E. Rovira i Virgili. Tarragona.
- **"¿Va a ser la informática la que impulse definitivamente el trabajo con el PAE?"**
Autor: Dña. Aurora Salaberri Nieto y col. E.A.P. Tafalia.
- **"Introducción de los sistemas informáticos en el área quirúrgica."**
Autor: Dña. Marta Sindreu Vilanova. H. Comarcal Alt Penedés. Vilafranca del Penedés (Barcelona).
- **"Evolución de los registros de enfermería"**
Autor: Dña. Nuri Bosch y cols. Hospital de Figueres (Gerona).
- **"Plan de cuidados para el paciente con AVC: diseño y estandarización"**
Autor: Dña. Pilar Fernández y cols. E.U.E. Gimbernat (Barcelona).
- **"Los diagnósticos de enfermería como instrumento de aprendizaje en el cuidado del paciente crítico de UCI"**
Autor: Dña. María Ruzafa Martínez y cols. Dpto. Enfermería. Universidad de Murcia.

¿VA A SER LA INFORMÁTICA LA QUE IMPULSE DEFINITIVAMENTE EL TRABAJO CON PAE EN LA ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA?

Autores:

Aurora Salaberri Nieto - C.Salud Tafalla
Luisa Fernanda Aragón San Martín - C.Salud Tafalla

Servicio Navarro de Salud - OSASUNBIDEA

INTRODUCCION:

Desde que en las escuelas universitarias se comenzó a estudiar el PAE como método de trabajo de Enfermería, es conocido lo difícil que está resultando para las enfermeras trabajar de una forma sistematizada, enunciando diagnósticos enfermeros, elaborar planes de cuidados, etc.

Durante todos estos años, en nuestras consultas de atención primaria, a pesar de estar convencidas de la importancia de trabajar con metodología, no se ha logrado la implantación definitiva de dicha forma de trabajo, aunque lo que sí se ha realizado generalmente es una valoración general del paciente y la elaboración de un plan de cuidados.

Al comenzar a trabajar con la herramienta informática, en nuestro caso OMI, versión 3.0 es cuando sentimos la necesidad de que esta herramienta de respuesta a nuestra metodología de trabajo con PAE.

OBJETIVOS:

- Analizar si trabajar con la herramienta informática que se utiliza en las consultas de Enfermería, facilita a las enfermeras trabajar de forma sistematizada.

- Valorar la diferencia que existe entre trabajar con historia de papel o con historia informatizada en la consulta de Enfermería.

- Proponer qué condiciones tendría que cumplir la herramienta informática para facilitar el trabajo con metodología enfermera.

- Analizar las ventajas que ha supuesto la informatización de las consultas de Enfermería.

DESARROLLO:

Se explica el funcionamiento básico de OMI y a continuación se compara cada una de las fases de PAE.

Cómo funciona básicamente la herramienta OMI:

Cuando una enfermera de AP atiende a una persona bien en consulta, bien en domicilio, ésta persona le plantea un problema de salud o de enfermedad.

La enfermera realiza una valoración enfocada a dicho problema, y la registra.

Esta información debe colocarse en un episodio.

El programa trabaja por EPISODIOS, siendo los episodios las razones por los que los pacientes acuden a las consultas. Hay que aclarar que actualmente el listado de episodios es el CIAP (Clasificación Internacional de Atención Primaria).

Se elige el episodio correspondiente, es decir, el nombre del problema y se introduce la información.

A continuación se plantean los objetivos y plan de cuidados.

El programa está preparado también para emitir tratamientos farmacológicos, incapacidad laboral transitoria, peticiones analíticas, interconsultas, etc.

Diferencias entre el trabajo de enfermería en historia de papel y OMI.

Valoración:

En nuestra experiencia, la generalidad de las enfermeras para trabajar con metodología en la historia de papel, lo que hacemos es registrar la valoración en la Hoja de Evolución y todos conocemos el esfuerzo que supone escribirlo.

En el programa OMI existe la posibilidad de protocolizar cualquier actuación, por ello la valoración puede hacerse en forma de protocolo o en texto libre.

Diagnósticos:

En general encontramos dificultades a la hora de enunciar los diagnósticos, a menudo se obvia el hacerlo y pasamos de la valoración al plan de cuidados directamente. El programa OMI, y esta es la diferencia más importante, nos obliga a poner nombre al problema del paciente con el que estamos trabajando, es decir, a elegir un episodio y a colgar de él todas las actuaciones que realizamos con este problema.

Si las enfermeras a los problemas con los que trabajamos les llamamos Diagnósticos de Enfermería, la traba con la que nos encontramos es que en el listado de episodios, realizado según la CIAP, no están incluidos los Diagnósticos de Enfermería

Tenemos que tener en cuenta que la herramienta OMI ha sido preparada según un modelo biomédico de atención y a pesar de que la CIAP es una clasificación no exclusivamente de problemas médicos, no contempla los Diagnósticos de Enfermería propiamente dichos.

Para que la herramienta fuera realmente útil para nosotras, necesitamos un listado de Diagnósticos enfermeros a convenir (NANDA).

Plan de cuidados:

En la historia de papel tenemos que escribir todos los objetivos y actividades, la ventaja en OMI es la posibilidad que nos da de que aparezca sistemáticamente el plan de cuidados al elegir un diagnóstico.

Evaluación:

Es muy difícil y cuesta mucho tiempo y esfuerzo evaluar las actividades de enfermería tal y como se registra actualmente. El programa posibilita y facilita la medición de la eficacia y efectividad de las intervenciones de Enfermería.

CONCLUSIONES:

Como conclusión diríamos que la herramienta informática facilita en general el trabajo con metodología, por las ventajas de todos conocidos que tiene la informatización, que son:

A nivel asistencial:

- Se tiene siempre la historia delante.
- El acceso inmediato a la historia facilita no sólo escribir las actuaciones propias sino tener información de lo que escriben los demás profesionales.
- Ordena, coloca cada dato en su sitio.
- Los datos se encuentran al instante y “no se pierden”.
- Produce una desburocratización de las consultas.
- Posibilita el control de las agendas.
- Hace legible la información.

Apuntar que en nuestro caso, lo que verdaderamente ha hecho ha sido motivarnos para el trabajo con metodología, la principal razón ha sido la necesidad de tener que elegir el nombre del problema, por lo tanto el Diagnóstico Enfermero. No es casual que la NANDA surgiera cuando al informatizar el Hospital Universitario San Luis en 1970, las enfermeras al comprobar que el sistema no contemplaba el trabajo enfermero se plantearan la cuestión de cómo introducir y recuperar la información enfermera con la misma facilidad y rapidez que la información médica.

No es casual que a compañeros de todas las regiones que se están informatizando nos preocupen las mismas cuestiones y sintamos las mismas inquietudes con respecto a estructurar la herramienta informática para que tenga cabida en ella el trabajo enfermero.

Sugerencias para mejorar la herramienta informática OMI adaptada al trabajo enfermero:

- Valoración protocolizada.
- Listado de Diagnósticos Enfermeros incluido en Episodios.
- Propuesta de objetivos y actividades asociado a cada Diagnóstico Enfermero.
- Todo esto facilitaría la evaluación.

A nivel de docencia e investigación:

La posibilidad de evaluar el trabajo enfermero, junto con la accesibilidad a Internet (información, bases de datos...) favorece en gran medida la investigación enfermera.

La informatización es un camino iniciado que difícilmente tendrá retorno, que nos ayudará, como dice M^a T. Louis a consolidar la identidad profesional, identificando qué es lo que hacemos, cómo y para quién y por qué son necesarios nuestros servicios, favoreciendo la comunicación entre nosotras, con otras disciplinas y con la sociedad.

GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE EL PROCESO DE ENFERMERÍA

Autores:

**A. CAMPO
I. GUIARD
E. NÚÑEZ
MR.ORIACH
A. VILADOT**

**Instituto Catalán de la Salud; División de Atención Primaria Centre i
Lleida; Unidad de Investigación.**

RESUMEN

Las guías de práctica clínica que se presentan forman parte de una serie de instrumentos elaborados como apoyo de un proyecto de investigación que se está desarrollando en la atención primaria de Catalunya titulado "Implantación, Resultados y Costes de los Cuidados enfermeros de Atención Primaria".

Marco teórico: modelo conceptual de Virginia Henderson para describir los cuidados, taxonomía NANDA para nombrar los problemas identificados y proceso de enfermería como método para operativizar y registrar los cuidados.

Como paso previo al estudio de resultados y costes de los cuidados enfermeros de atención primaria se consideró necesario realizar una adaptación y validación del modelo conceptual en la práctica. Así mismo se han seleccionado 60 diagnósticos de la taxonomía NANDA que son los que se han considerado más prevalentes en nuestro entorno. Todo este proceso de adaptación y validación se ha desarrollado durante 1998 - 1999 con la participación de 117 enfermeras asistenciales y 10 profesoras.

Como resultado de este proceso contamos con 2 guías de práctica clínica sobre el proceso de enfermería.

Una corresponde a la etapa de valoración. Se inicia con un apartado sobre los conceptos básicos del modelo de Virginia Henderson. A continuación figuran indicaciones sobre como obtener la información, como conducir la entrevista y como registrar los datos obtenidos. Finalmente está descrito de manera detallada que se ha de explorar en cada una de la 14 Necesidades Básicas que Henderson describe como base de los cuidados, así como los datos que permitan identificar las fuentes de dificultad. Esta guía se completa con otra de bolsillo que permite su consulta de manera ágil y corresponde a las etapas de diagnóstico -planificación - ejecución - evaluación.

Consideramos que estas guías clínicas pueden ser de utilidad, no sólo para el desarrollo de la investigación, sino para la aplicación del proceso de enfermería en otros ámbitos asistenciales y docentes. En este sentido, en la actualidad se están utilizando en algunas escuelas de enfermería de nuestro entorno y tenemos previsto montar un observatorio para hacer el seguimiento sobre su utilización y poder incorporar las modificaciones necesarias. De esta manera podremos avanzar en el desarrollo de la ciencia enfermera.

INTRODUCCION DE LOS SISTEMAS INFORMATICOS EN EL AREA QUIRURGICA

Autores:

Marta Sindreu Vilanova.

D.E. del Area Quirúrgica.Hospital Comarcal Alt Penedès. Barcelona.

IMPLANTACION DEL SISTEMA INFORMATICO

En mayo de 1999, el Hospital Comarcal Alt Penedés, introduce un Sistema de Informatización en el Area Quirúrgica, substituyéndose la introducción de datos de forma manual a forma automática.

Lo primero fue escoger el Sistema que más se adecuaba a las necesidades de nuestro Hospital, mediante concurso público se escogió el Sistema Informático PICIS.

Entre Consultas externas de Anestesia, Reanimación y Quirófanos se distribuyeron once ordenadores y dos impresoras

La implantación del Sistema requirió el trabajo conjunto de los miembros de Picis y del personal Responsable del proyecto escogidos por el Hospital que fueron los siguientes; como Especialistas Clínicos se escogieron el Jefe del Servicio de Anestesia y una enfermera del área quirúrgica y como Especialista Técnico el Jefe del Departamento de Informática del Hospital.

El plan de implantación nos describe los métodos utilizados, por el equipo de instalación de Picis, para la personalización del Sistema según los requisitos del Hospital:

- Instalan e integran las soluciones en los departamentos descritos.
- Efectúan soporte in-situ.
- Realizan pruebas de aceptación.
- Ofrecen formación técnica a los Responsables del proyecto del Hospital así como a los demás usuarios del Sistema.

La formación a los Responsables del proyecto, tiene como objetivo prepararlos para poder:

- **Crear la base de datos** que contiene toda la información.
- **Adquirir los conocimientos básicos** para poder adecuar el Sistema a las necesidades de cada servicio.
- **Diseñar las hojas de registro** (teniendo en cuenta cada entorno)
 1. Hoja de preanestesia.
 2. Hoja preoperatoria.
 3. Hoja de quirófano.
 4. Hoja postoperatoria.
- **Transmitir nuestros conocimientos a los compañeros** que serán los futuros usuarios del Sistema informático.

Cada **etapa del proyecto**, incluye diferentes **componentes**, que han de personalizarse según las necesidades del Hospital.

Estos componentes son:

- El contenido de la base de datos.
- La configuración de las aplicaciones.
- Los formularios que se tienen que rellenar.
- Los impresos.
- Las consultas a la base de datos.
- Los drivers de los aparatos médicos.
- El software y el hardware.
- La formación de los usuarios del Sistema.

Para crear la base de datos utilizamos:

- La clasificación ICD 9 de las intervenciones y diagnósticos (Clasificación utilizada en todos los Hospital Comarcales catalanes, que nos ayudará a explotar la información estadística)
- El protocolo de medicación de nuestro hospital. (Es absurdo cargar una base de datos de información que no se utilizará.)
- Listado de material fungible que habitualmente se utiliza.
- El listado de todo el personal que trabaja o está en contacto con el área quirúrgica.

Es en esta fase del proyecto cuando necesitamos la intervención o soporte de otros servicios del hospital, como farmacia o el departamento administrativo, para suministrarnos los datos necesarios que completaran nuestra base de datos.

Después de dicho trabajo, empezaremos a diseñar:

- Los **protocolos de medicación** para cada entorno.
- Las **hojas de registro** de cada entorno. (De C.C.E.E., reanimación pre y postquirúrgica y quirófanos.)

El diseño de los protocolos y hojas de registro serán creados por los Responsables del Sistema informático del Hospital, un vez hechos se presentaran al resto de usuarios, para poder consensuarlos.

Por todo ello, quince días antes de la puesta en marcha del Sistema informático, se realiza la preparación del personal con un curso, que es realizado por los miembros de Picis, con la colaboración de los Responsables del Hospital.

Durante este curso de preparación surgirán las cosas que deberán pulirse y/o cambiarse, porque como veremos, muchos cambios se harán durante la puesta en marcha del Sistema informático.

La puesta en marcha del Sistema consta de :

- Un **test paralelo**, que consiste en la utilización del Sistema papel y el Sistema informático, durante 3 o 5 días.
Este test nos ayudará a ver y detectar posibles fallos que puedan aparecer, intentando dar la máxima confianza a los usuarios del Sistema.
- Un **período de adaptación**, que facilitará la tarea del día a día, así como la resolución de los posibles problemas que surgirán al trabajar con los ordenadores.
- Un **período final**, al que nos referiremos cuando el Sistema informático funcione al cien por cien.

EL SISTEMA INFORMATICO EN EL AREA DE REANIMACION

Como Enfermera Responsable del Sistema Informático en el Area de Reanimación pre y postquirúrgica y consensuándolo con el resto del personal de enfermería, se crearon las **dos hojas de registro de enfermería**: el registro preoperatorio y el registro postoperatorio.

En esta Hoja de Registro Preoperatorio se refleja:

- La medicación y sueroterapia que se administra al paciente.
- La comprobación de la preparación en el preoperatorio (tanto si recibimos el paciente que viene desde su domicilio, como si éste viene de hospitalización.)
- Comprobación de la premedicación domiciliaria, VAT...
- Las posibles preparaciones antes de entrar a quirófano (protección de las extremidades, sondaje, analíticas previas a la intervención quirúrgica, canalización de vías endovenosas...).
- La gráfica de las constantes del paciente antes de ser intervenido.
- Firma de la enfermera que atiende el paciente mediante un número de password.

La Hoja de Registro Postoperatorio, se creó pensando que ésta tenía que dar la mayor información posible del postoperatorio inmediato del paciente, cuando fuese trasladado a la Unidad de Hospitalización.

En esta Hoja de Registro Postoperatorio registraremos:

- Los datos demográficos del paciente.
- Las **constantes vitales** del postoperatorio inmediato.
- La **entrada y salida de líquidos** con su balance correspondiente.
- La **medicación** administrada.
- Las **observaciones** que anota la enfermera durante el postoperatorio inmediato del paciente.

Las observaciones las hallaremos clasificadas como:

1. Observaciones en anestесias loco-regionales.
2. Observaciones generales.
3. Apósitos y vendajes.
4. Analíticas.
5. Tipo de anestesia

Esta clasificación codificada nos ayudará a agilizar la tarea cuando las registremos, evitando escribir con el teclado y poder sacar toda la información estadística necesaria.

El Sistema Informático permite no perder información a pesar de que no quede reflejada en la hoja impresa, son datos que quedan guardados en la base de datos y a los que podemos acceder siempre que nos sea necesario.

Como ejemplo de esto, nos referimos a las constantes vitales del paciente, que pueden registrarse en la base de datos cada vez que lo deseemos, pero que en la hoja impresa solo las veremos en intervalos de cada diez minutos.

La introducción del Sistema de recogida de datos, se llevó a cabo progresivamente, comportando una serie de miedos y dificultades.

Dentro del personal de Enfermería las dificultades, que en un principio enlentecían nuestra tarea eran:

- La falta de conocimientos informáticos por parte de algunos usuarios del Sistema.
- El hecho de adaptarse a un nuevo Sistema de Registro de datos, dejando el papel y utilizando un ordenador.
- La utilización de la medicación por su nombre genérico, y con las dosis en mg (Es sabido por todos, que habitualmente nos referimos a la medicación por su nombre comercial)
- La responsabilidad del registro que tiene que asumir la enfermera de reanimación, controlando al paciente y los posibles errores técnicos (mal registro de los datos que pasan de los monitores a los ordenadores)

A pesar de estas dificultades, que son inevitables cuando se implanta cualquier nuevo Sistema, encontramos una serie de ventajas que son:

- Dar una mejor atención al paciente.
- Tener un registro puntual de las constantes.
- Eliminar el trabajo manuscrito y evitar sus inconvenientes, como pueden ser los errores de transcripción, la caligrafía deficiente, el hecho de tener que estar constantemente apuntando las constantes vitales de los pacientes...
- Ofrece una mejora en la calidad del trabajo.
- Permite obtener unas gráficas mucho más completas.
- Permite una mejor transmisión de datos entre quirófanos y reanimación.
- Los datos quedan registrados y codificados de forma automática, facilitando los trabajos de investigación.
- Disminución del uso de papel, lo que comporta una disminución del volumen de la Hª Clínica del paciente.

BIBLIOGRAFIA:

- Gestión Clínica e indicadores.
TODO HOSPITAL. Nº159/9/99.
- TRAINING. Patient integrated clinical information solutions.
James Kantor (Customer Services). PICIS.Barcelona-1998.
- ESTAIC.97 (European Society for Technology And Computing Anesthesia and Intensive Care).
Nuevas tecnologías. Propuestas Europeas de Consenso.
Dr.Gabriel Ollé. Consorci Sanitari de Mataró.
Olot-1997.
- Experiencia de dos hospitales en sistemas de información integrados en red. Dr.Jordi Vilarasau. Consorci de l' Hospital de la Creu Roja. Hospitalet del Llobregat. OLOT-1997.

INTRODUCCION DE LOS SISTEMAS INFORMATICOS EN EL AREA QUIRURGICA



**Marta Sindreu Vilanova
Diplomada en Enfermeria
Hospital Comarcal de l'Alt Penedès
Vilafranca del Penedès. Barcelona.**

ANTECEDENTES

- 1.995 - El Jefe del Servicio de Anestesia propone la introducción de un sistema de informatización.
- 1.998 - El Servicio Catalán de Salud da su aprobación.
- Finales 1.998 - Se escoge el Sistema PICIS.
- Mayo 1.999 - Se pone en marcha.

EL SISTEMA REQUIERE:

TRABAJO CONJUNTO DE:

MIEMBROS DE PICIS
(Especialista Clínico)
(Especialista Técnico)

**JEFE DEL SERVICIO
DE ANESTESIA**
(Especialista Clínico)

**UNA ENFERMERA DEL
AREA QUIRURGICA**
(Especialista Clínico)

**JEFE DEL DEPARTAMENTO
DE INFORMATICA**
(Especialista Técnico)

Objetivos de los Responsables del Sistema Informático

- **1. Crear la base de datos.**
- **2. Personalizar el Sistema Informático.**
- **3. Diseñar las hojas de registro.**
 - Hoja de preanestesia.
 - Hoja de preoperatorio.
 - Hoja de anestesia.
 - Hoja de postoperatorio.
- **4. Transmitir los conocimientos al resto de los usuarios del sistema.**

1. CREACION DE LA BASE DE DATOS

- **Clasificación ICD 9.**
- **Listado de medicación.**
- **Listado del material fungible.**
- **Listado del personal.**

2. COMPONENTES A PERSONALIZAR

- **Los formularios.**
- **Los impresos.**
- **Los buscadores de datos.**
- **Los “drivers”.**
- **El “software” y el “hardware”.**

3. HOJAS DE REGISTRO

- Hoja de preanestesia.
- Hoja de preoperatorio.
- Hoja de Anestesia.
- Hoja de postoperatorio.

PROTOCOLO DE MEDICACION

Chart+ - Pacient: PRAT_ANGEL - Usuari: CANALES

Eitxer-IAT Visualitzar Medicació-Fluids Gràfiques Cronòmetres Complementos Utilitats Finestra Ajuda

Medications Chart

08/10

	10:45	10:50	10:55	11:00	11:05	11:10	11:15	11:20	11:25	11:30	11:35	11:40	11:45	11:50	11:55	12:00	12:05	12:10
Cefazolina																		
Bromur de vecuroni																		
Propofol																		
Prostigmina																		
Lidocaina 2%																		
Remifentanilo																		
Fentanilo																		
Besilat d'atracuri																		
Atropina																		
Droperidol																		
Efedrina																		
Midazolam										1								

PRAT_ANGEL - Octubre 8, 1999 12:09

Família: Analgèsics narcòtics Tractament: Tramadol 50-200 mg

Cost estàndard: 0 Pta

Hora d'inici: 12:09:40 8 / 10 / 99

Ajuda Afegir Iancar

12:10
08 Oct
5min Interval
61 FC
? PAsNol
? PAdNol
98 SpO2
0.000 Pes:
162.0 Talla:
? S.C.:

Inicio Chart+ - Pacient: PR... CBar5 12:10

PROTOCOLO DE FLUIDOS

Chart+ - Pacient: PRAT_ANGEL - Usuari: CANALES

Fitxer-IAT Visualitzar Medicació-Fluids Gràfiques Cronòmetres Complementos Utilitats Finestra Ajuda

10/8/1999								
	7	8	9	10	11	12	13	14
Full de Fluids								
BALANÇ DE FLUIDS		203.31	297.52	-217.49	50	109.44	-47.78	
FLUIDS IN		203.31	297.52	582.51	250	444.44	222.22	
Sedants i altres agent...								
Propofol								
Relaxants musculars								
Atracurio								
Analgèsics								
Remifentanilo								
Cristaloides		203.31	297.52	582.51	250	166.67		
Fisiològic 1000 ml								
Glucosali 500 ml								
Glucosat 10% 500 ..								
Glucosat 5% 100 ml								
Ringer lactato 500 ..								
Coloides								
Gelafundina 500 ml								
Sang Sortida								
Sang Aspirador								
Sang Gases								
Diuresis								
Diuresis								
Líquids Sortida								
Pèrdues Insensibles								
Sonda nasogàstica								

13:22

08
Oct

5min

Interval

71
FC

?
PAsNol

?
PAdNol

95
SpO2

72.0
Pes:

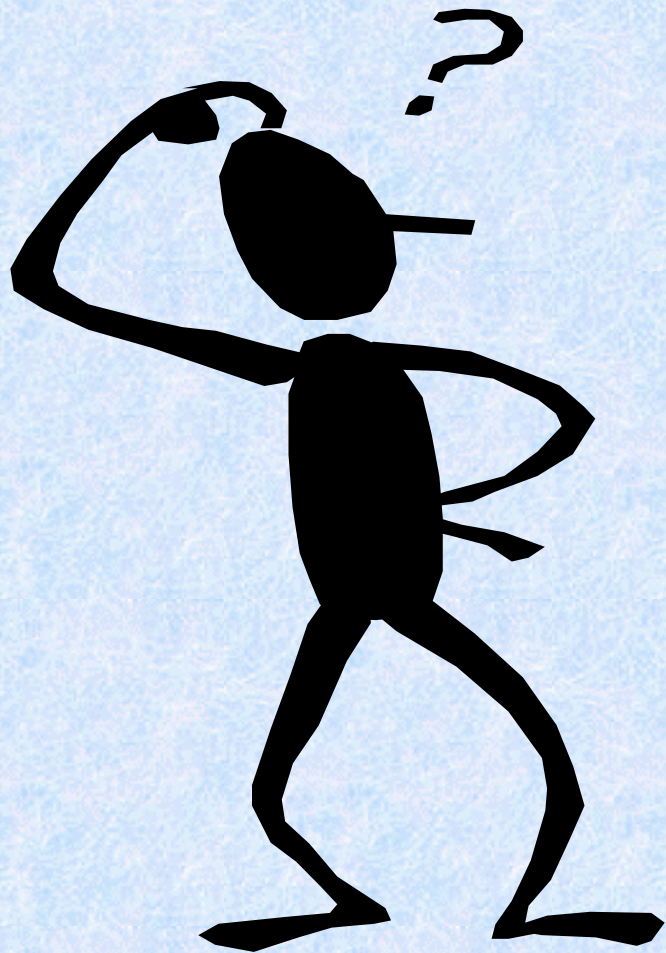
162.0
Talla:

1.76
S.C.:

PUESTA EN MARCHA

- **Test paralelo.**
- **Periodo de adaptación.**
- **Periodo final.**





REGISTRO PREOPERATORIO

- **Comprobación de la preparación preoperatoria.**
- **Comprobación de la premedicación.**
- **Actuaciones de enfermería.**
- **Constantes vitales.**
- **Medicación y sueroterapia.**
- **Firma de la enfermera.**

REGISTRO POSTOPERATORIO

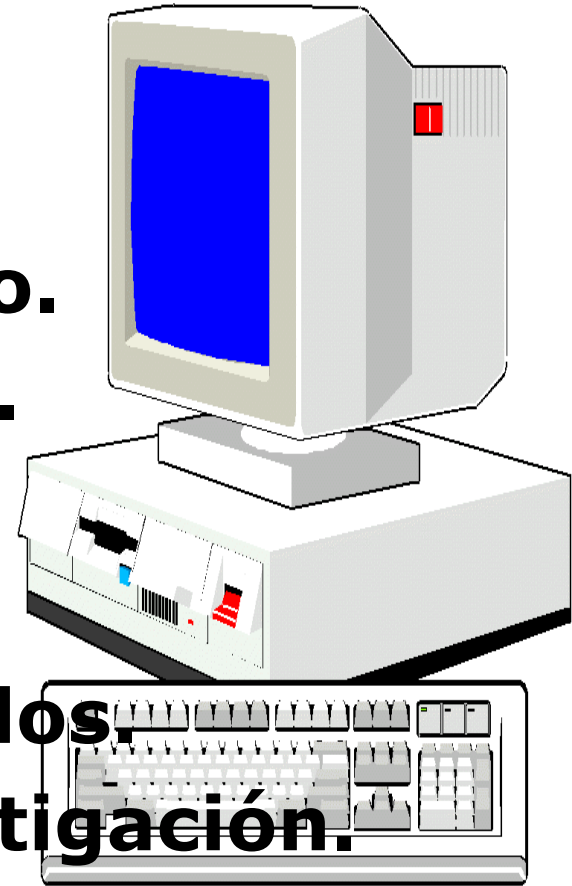
- **Datos demográficos.**
- **Constantes vitales.**
- **Balance de líquidos.**
- **Medicación.**
- **Observaciones.**

Dificultades con la informatización.

- **Falta de conocimientos previos de informática.**
- **Adaptación a un nuevo sistema de trabajo.**
- **Responsabilidad del registro por parte de la enfermera.**

Ventajas de la informatización

- **Mejor atención al paciente.**
- **Registro puntual.**
- **Elimina el trabajo manuscrito.**
- **Mejora la calidad del trabajo.**
- **Gráficas completas.**
- **Mejor transmisión de datos.**
- **Datos registrados y codificados.**
- **Facilita los trabajos de investigación.**





Pamplona. Mayo del 2000

**EVOLUCIÓN DE LOS REGISTROS
DE ENFERMERIA.
UTILIDAD DE LA INTRANET EN LA
IMPLANTACIÓN DE LOS PLANES DE
CUIDADOS ESTANDARIZADOS.**

Autores:

Nur Bosch y colaboradores.

Hospital de Figueres. Girona.

RESUMEN

El presente trabajo intenta reflejar la evolución y transformación de los registros de enfermería en el hospital de Figueres, hasta llegar a la informatización de los mismos.

Es la descripción cronológica de una serie de actuaciones realizadas por todo el equipo de enfermería del hospital, implicándose también la dirección de enfermería, supervisión y la enfermería asistencial.

Empieza en el año 1995 con el diseño y puesta en funcionamiento de una única hoja de registro de enfermería para seis días de ingreso hospitalario en cualquier servicio.

Las auditorias de esta hoja en el año 1996 ponen de manifiesto la necesidad de trabajar de forma más científica y con criterios unificados, por ello, en los años 1997 y 1998 se trabaja en la elaboración de planes de cuidados estandarizados y en el año 1999 se informatiza el proceso de atención de enfermería y se desarrolla la intranet de enfermería con los planes de cuidados estandarizados (108 en total), actividades de enfermería protocolizadas (189), circuitos y normativas intrahospitalarios, el informe de alta de enfermería y las recomendaciones al alta. Las ventajas de tener este soporte son múltiples. Por un lado y desde el punto de vista de la enfermería asistencial, proporciona seguridad, polivalencia y ahorra mucho tiempo. Desde el punto de vista de gestión, dispensación de cuidados de enfermería con calidad óptima siempre, optimización de los recursos humanos, así como clara disminución en las coberturas de enfermería.

PLAN DE CUIDADOS PARA EL PACIENTE CON AVC: DISEÑO Y ESTANDARIZACIÓN

Autores:

Pilar Fernández¹
Maria Jesús Vallés²
Estela Fernández²

1 Escuela Universitaria de Enfermería Gimbernat. Barcelona

2 Hospital del Espíritu Santo. Barcelona

INTRODUCCION

En el Hospital del Espíritu Santo (HES; Santa Coloma de Gramanet, Barcelona) se inició la implantación del proceso de atención de Enfermería en el año 1992, incorporando progresivamente las diferentes etapas metodológicas hasta llegar a la informatización del proceso en 1998, año en que se reemplazó el soporte papel en todas las unidades asistenciales. El sistema informático implementado es altamente flexible, permitiendo planificar los cuidados del paciente mediante diferentes vías: elaborar una planificación de cuidados directos (intervenciones sin definir diagnósticos de Enfermería), diseñar un plan de cuidados individualizado para cada paciente, o bien seleccionar un plan estandarizado (con posibilidad de individualizarlo) adecuado al problema de salud del paciente. En la actualidad disponemos de 56 planes estándar, diseñados por profesionales de Enfermería expertos en cuidados para cada una de las patologías o situaciones estandarizadas.

Desde su puesta en marcha, se ha constatado una tendencia de los profesionales de Enfermería a utilizar los planes de cuidados individualizados en detrimento de los planes estándar. Si bien dicha tendencia no implica necesariamente una valoración negativa, plantea una serie de cuestiones sobre la fiabilidad y/o utilidad de los planes estandarizados dentro del actual sistema informatizado. Así, cabe preguntarse si los diagnósticos de Enfermería incluidos en los planes estándar no se ajustan satisfactoriamente a la realidad de la práctica diaria, o bien si la implementación informática de un plan estándar es más dificultosa, o incluso si existe un desconocimiento por parte de los profesionales en el manejo de los planes estándar. Ello, pues, sugirió la necesidad de estudiar la eficacia de los planes estándar de atención de Enfermería.

A fin de investigar las anteriores hipótesis, se planteó un estudio en el que se pretendía identificar los diagnósticos de Enfermería que se daban de forma prevalente en una determinada patología y contrastarlos con los diagnósticos del plan estándar empleado para dicha patología. El estudio se centró en pacientes con diagnóstico médico de accidente vascular cerebral (AVC), patología que presentaba la dificultad adicional de que los diagnósticos de Enfermería podían no ser necesariamente idénticos en función a la etiología del AVC (isquémico o hemorrágico).

MATERIAL Y METODO

En el estudio se incluyeron las historias de pacientes ingresados en el HES durante el período de enero a diciembre de 1999 con diagnóstico médico principal de AVC. En total se revisaron 136 historias, con las cuales se elaboró una base de datos a partir de la información recogida en las hojas de valoración de Enfermería, los planes de cuidados elaborados y los registros de Enfermería. Dicha base contenía datos demográficos (edad, sexo, días de ingreso, planta de ingreso), tipo de AVC (isquémico o hemorrágico), antecedentes de interés considerados factores de riesgo para padecer AVC (hipertensión arterial, diabetes, cardiopatía, obesidad, dislipemia, y hábito tabáquico), tipo de plan de cuidados realizado al ingreso (cuidados directos, individualizado o estándar) y los diagnósticos de enfermería que presentaba el paciente al ingreso en planta de hospitalización. Se consideró que el paciente presentaba hábito tabáquico si fumaba más de 3 cigarrillos al día. El resto de factores de riesgo se consideraron presentes si aparecían como tales en los registros de valoración o anamnesis. Los diagnósticos de Enfermería se describieron empleando la taxonomía NANDA. El análisis estadístico se llevó a cabo empleando el programa SPSS7.5.

RESULTADOS Y DISCUSION

De las 136 historias, el 91,2% correspondía a pacientes con AVC isquémico y el 8,8% a pacientes con AVC hemorrágico. La edad media de los pacientes era 74,2 años (desviación estandar de 10,8 años), con una distribución por sexos de 58,1% de hombres y 41,9% de mujeres. Un 86.8% de los pacientes estuvieron ingresados en plantas médicas y el resto en plantas quirúrgicas, con una permanencia media hospitalaria de 14,2 días (desviación estandar de 9,2 días). En cuanto a los factores considerados de riesgo para padecer AVC, un 68,4% de los pacientes presentaban antecedentes de hipertensión arterial, un 39% de diabetes mellitus, un 32,4% de hábito tabáquico, un 30% cardiopatía, un 23,5 % de dislipemias y un 8.8% de obesidad. Estos resultados concuerdan con los datos publicados por otros autores (1,2). En el 89% de los casos se realizó un plan de cuidados al paciente en el momento del ingreso. De ellos, un 16,2% correspondieron a planes estándar, un 62,5% a planes individualizados y un 10,3% a cuidados directos.

Se analizó mediante el test de chi-cuadrado la relación existente entre el tipo de planta de hospitalización en que ingresaban los casos y la mayor o menor utilización de los diferentes tipos de planes de cuidados. El resultado del análisis indicó que la utilización de un tipo u otro de plan de cuidados es independiente de la planta de hospitalización ($p = ,09$). Por tanto, existe una uniformidad en la utilización de los planes de cuidados por parte de todos los profesionales de Enfermería del hospital y la elección de un tipo u otro de plan de cuidados no exhibe diferencias entre las plantas médicas y quirúrgicas .

Los diagnósticos de Enfermería identificados al ingreso de los pacientes en planta (su frecuencia se indica en paréntesis) se indican a continuación, si bien cabe reseñar que los diagnósticos más frecuentes están en la línea descrita por otros autores (3), destacando aquéllos relacionados con limitaciones en la movilidad y autocuidado.

- Déficit de autocuidado: higiene	(80.2%)
- Deterioro de la movilidad física	(74.3%)
- Déficit de autocuidado: vestirse	(70.6%)
- Déficit de autocuidado: uso de wc	(68.4%)
- Deterioro de la comunicación verbal	(45.6%)
- Déficit de autocuidado: alimentación	(44.1%)
- Riesgo de deterioro de la integridad cutánea	(29.4%)
- Incontinencia urinaria	(27.9%)
- Riesgo de traumatismo	(24.3%)
- Ansiedad	(24.3%)
- Incontinencia fecal	(22.1%)
- Riesgo de síndrome del desuso	(19.9%)
- Dolor	(16.2%)
- Limpieza ineficaz de las vías aéreas	(13.2%)
- Manejo inefectivo del régimen terapéutico	(13.2%)
- Alteración del patrón del sueño	(12.5%)
- Intolerancia a la actividad	(11.8%)
- Estreñimiento	(10.3%)
- Riesgo de aspiración	(9.6%)
- Riesgo de estreñimiento	(8.8%)
- Deterioro de la deglución	(6.6%)
- Riesgo de limpieza ineficaz de la vía aérea	(2.2%)
- Deterioro de la integridad cutánea	(2.2%)

- Riesgo de infección (2.2%)
- Alteración de la mucosa oral (1.5%)
- Diarrea (1.5%)

A fin de determinar la existencia de diferencias significativas entre los diagnósticos de Enfermería que presentaban los pacientes con AVC isquémico o hemorrágico, se calculó la frecuencia de cada diagnóstico de Enfermería respecto al diagnóstico médico mediante el test de chi-cuadrado. Los resultados del análisis estadístico indicaron que la presencia de cada uno de los diagnósticos de Enfermería era independiente del diagnóstico médico, tal como se observa en la Tabla 1.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	VALOR p
Déficit de autocuidado: higiene (ayuda total)	,12
Déficit de autocuidado: higiene (ayuda parcial)	,47
Déficit de autocuidado: vestirse (ayuda total)	,12
Déficit de autocuidado: vestirse (ayuda parcial)	,53
Deterioro de la movilidad física	,15
Déficit de autocuidado: uso de wc (ayuda total)	,75
Déficit de autocuidado: uso de wc (ayuda parcial)	,64
Deterioro de la comunicación verbal	,35
Déficit de autocuidado: alimentación (ayuda total)	,36
Déficit de autocuidado: alimentación (ayuda parcial)	,25
Riesgo de deterioro de la integridad cutánea	,72
Incontinencia urinaria	,27
Riesgo de traumatismo	,95
Ansiedad	,18
Incontinencia fecal	,32
Riesgo de síndrome del desuso	,05
Dolor	,44
Manejo inefectivo del régimen terapéutico	,71
Alteración del patrón del sueño	,65
Intolerancia a la actividad	,70
Estreñimiento	,08
Riesgo de aspiración	,09
Riesgo de estreñimiento	,26
Deterioro de la deglución	,80
Limpieza ineficaz de la vía aérea	,71
Riesgo de limpieza ineficaz de la vía aérea	,13
Deterioro de la integridad cutánea	,13

Riesgo de infección	,53
Alteración de la mucosa oral	,66
Diarrea	,66

Si bien existe una diferencia numérica notable entre los casos de AVC isquémico y hemorrágico, diferencia que viene determinada por la mayor prevalencia de episodios isquémicos sobre hemorrágicos, los resultados sugieren que los diagnósticos de Enfermería se presentan en pacientes con AVC independientemente de su etiología. Por lo tanto, parece adecuado diseñar un único plan estándar para pacientes con AVC.

Todos los diagnósticos de Enfermería recogidos en el vigente plan estándar para pacientes con AVC aparecen en nuestro estudio, lo cual avala el criterio de los profesionales de Enfermería expertos que diseñaron este plan en concreto. Por otro lado, ello sugiere que la menor utilización del plan estándar no obedece a un posible desajuste entre diagnósticos y la realidad asistencial, sino que podría estar relacionada con un excesivo número de diagnósticos, que a su vez podría hacer de la utilización del plan estándar un proceso más largo o dificultoso. Por tanto, parece razonable reformular dicho plan, limitando el número de diagnósticos a aquéllos considerados representativos de la mayor parte de pacientes con AVC.

El plan estándar propuesto incluye 11 diagnósticos, que se citan a continuación:

- Déficit de autocuidado: higiene
- Deterioro de la movilidad física
- Déficit de autocuidado: vestirse
- Déficit de autocuidado: uso de wc
- Deterioro de la comunicación verbal
- Déficit de autocuidado: alimentación
- Riesgo de deterioro de la integridad cutánea
- Incontinencia urinaria
- Riesgo de traumatismo
- Ansiedad
- Incontinencia fecal

Con respecto al vigente plan estándar, se han eliminado los diagnósticos cuya frecuencia no llegaba al 20% de los casos (dolor, riesgo de infección, riesgo de aspiración, riesgo de estreñimiento y limpieza ineficaz de la vía aérea).

A fin de examinar la eficacia del plan estándar propuesto, se ha propuesto su introducción experimental en el proceso informatizado de cuidados de Enfermería del HES con objeto de efectuar un seguimiento de su nivel de validez y utilización por el personal de Enfermería.

REFERENCIAS

- 1.- Marti-Vilalta JL, Arboix A. The Barcelona Stroke Registry. Eur Neurol, 1999, 41, 135.
- 2.- Marti-Vilalta JL, Arboix A. Clinical study of 227 patients with lacunar infarcts. Stroke. 1990, 21, 842.
- 3.- Ponsich Pubill, F., Garzón Valverde, C., Chaparro Mancebo, M., Gonzalez Pérez, G., Ruiz Moya, J., Bretos Serrano, C., Fuchs Fábregas, E., Marín Romero, I. Geriatria AVC y diagnósticos de enfermedad. Gerokomos. 1996, 8, 97.

LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA COMO INSTRUMENTO DE APRENDIZAJE EN EL CUIDADO DEL PACIENTE CRÍTICO DE UCI

Autoras:

**María Ruzafa Martínez
Gloria Muñoz Pérez
Alicia González Quijano**

**Profesoras Enfermería Médico-Quirúrgica II.
Departamento de Enfermería. Universidad de Murcia.**

INTRODUCCIÓN

Como profesoras de la asignatura de Enfermería Médico-Quirúrgica II, sentimos la inquietud de incorporar los nuevos enfoques de codificación y clasificación del enfermero a una materia que hasta ahora ha sido impartida desde un paradigma eminentemente biomédico y, que por tanto, suponía la enseñanza de técnicas subordinadas más que de **prácticas reflexivas**. En este sentido, pretendemos hacer uso instrumental del sistema de clasificación de diagnósticos enfermeros, en cuanto herramienta pedagógica, dado que de este modo, facilitamos que el alumno sea capaz de captar este nuevo enfoque en el desarrollo de sus prácticas, permitiendo un tipo de reflexión que le permita potenciar la comunicación docente-alumno, mejorar su conocimiento acerca del paciente que le ocupa, y organizar los contenidos de su aprendizaje siguiendo un proceso sistemático y organizado.

La elaboración de dicho instrumento pedagógico supone la creación de un listado estándar de los Diagnósticos de Enfermería de la N.A.N.D.A. que, a nuestro juicio, aparecen con más frecuencia en el enfermo crítico ingresado en la Unidad de UCI, donde los alumnos de tercer curso realizan las prácticas de Enfermería Médico-Quirúrgica.

OBJETIVO

La intencionalidad de este trabajo es crear una herramienta pedagógica, que permita el desarrollo del juicio clínico enfermero de los alumnos durante el aprendizaje teórico-práctico a través de la aplicación de los Diagnósticos de Enfermería NANDA en la asignatura de Enfermería Médico-Quirúrgica. Extendiendo su utilidad al desarrollo de sus prácticas y en última instancia en su posterior desarrollo profesional.

En concreto, se pretende que el alumno comprenda y aprenda de manera más sistemática y organizada, cuáles son los principales problemas que

encontrará en el cuidado del paciente de UCI, y racionalice qué actividades se derivan de los mismos.

CONTENIDO

Para el desarrollo de la herramienta en cuestión en la asignatura de Enfermería Médico-Quirúrgica, nos centramos en los aspectos que con más frecuencia aparecen en un paciente que ingresa en la Unidad de Cuidados Intensivos, obviando cualquier tipo de patología concreta, ya que si lo hiciéramos se desvirtuaría el objetivo que perseguimos con nuestro trabajo. De este modo, hemos pensado en un “paciente tipo” de UCI, de donde se han obtenido los factores relacionados que sirven de soporte de los diagnósticos seleccionados.

Para la determinación de unos parámetros básicos y generales del paciente de UCI utilizamos el marco conceptual de Orem, de manera que el estado del paciente diseñado presentaría las siguientes características y dispositivos:

Etapas de desarrollo: adulto

Ingreso de una semana en la Unidad de Cuidados Intensivos

Mantenimiento de aporte suficiente de aire: intubado / ventilación mecánica

Mantenimiento de aporte suficiente de agua y alimentos: alimentación enteral / sondaje nasogástrico

Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación: sondaje vesical permanente

Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo: estado comatoso

Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción humana: ingreso una semana/comunicación muy limitada

Prevención de peligros: inconsciente

Promoción de la normalidad: ausente

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA SELECCIONADOS

PATRÓN: INTERCAMBIO

1. RIESGO DE INFECCIÓN R/C

- Defensas primarias inadecuadas
- Procedimientos invasivos
- Agentes farmacológicos
- Aislamiento inadecuado

2. ESTREÑIMIENTO R/C

- Inmovilidad
- Falta de intimidad
- Efectos de los fármacos

3. DIARREA R/C

- Alimentación por sonda
- Efectos de los fármacos

4. RIESGO DE SÍNDROME DE DESUSO R/C

- Encamamiento
- Inmovilidad
- Alteración del nivel de conciencia

5. RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA R/C

- Inmovilidad
- Sustancias químicas
- Agentes mecánicos
- Alteración de la sensibilidad

PATRÓN: COMUNICACIÓN

1. DETERIORO DE LA COMUNICACIÓN VERBAL R/C

- Barreras físicas (intubación)
- Estado comatoso

PATRÓN: RELACIONES

1. RIESGO DE SOLEDAD R/C

- Aislamiento físico
- Falta de contacto con personas significativas
- Aislamiento social

2. ALTERACIÓN DE LOS PROCESOS FAMILIARES R/C

- Situación de transición crítica

PATRÓN: MOVIMIENTO

1. DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA R/C

- Deterioro perceptual / cognitivo

2. DÉFICIT DE AUTOCUIDADO : ALIMENTACIÓN R/C

- Deterioro perceptual /cognitivo

3. DÉFICIT DE AUTOCUIDADO : HIGIENE R/C

- Deterioro perceptual /cognitivo

4. DÉFICIT DE AUTOCUIDADO : uso del WC R/C

- Deterioro perceptual /cognitivo

Tras el abordaje diagnóstico de la intervención enfermera en el cuidado del enfermo de UCI, desarrollaríamos las actividades derivadas de tales problemas, pretendiendo con ello que el alumno tenga una visión global y general de la situación de cuidado a la que se enfrenta.

CONCLUSIÓN

En la elaboración del presente trabajo, han sido muchos los criterios tenidos en cuenta en la selección de dichos diagnósticos, centrándonos

fundamentalmente en el objetivo que perseguimos, es decir, crear un instrumento de aprendizaje que permitiera al alumno acercarse y familiarizarse a la utilización de los diagnósticos, así como el desarrollo del juicio clínico en un enfermo del cual se ocupará al desarrollar los cuidados en una Unidad de Cuidados Intensivos. Creemos que este objetivo se ha visto cumplido aunque, no cabe duda, aún se deben perfilar numerosos aspectos que como siempre quedan en la ambivalencia e incertidumbre, pero que permiten nuevas vías de reflexión y cuestionamiento.

En este sentido, optamos por eludir la utilización de diagnósticos que se recomienda no utilizar por requerir un abordaje interdependiente del problema, tales como “Limpieza ineficaz de las vías aéreas”, que se aconseja no utilizarlo en personas intubadas. De este modo, quedará sin destacar un importante aspecto del cuidado en este tipo de paciente, si tenemos en cuenta, que la actuación enfermera ante dicho diagnóstico, al menos en nuestro ámbito de trabajo, se lleva a cabo derivada de una actuación protocolizada.

Asimismo, el diagnóstico “Alteración de la mucosa oral”, se detectó como un problema con una alta probabilidad de aparición, sin embargo no se recoge el diagnóstico definido de riesgo potencial del mismo, de manera que creemos quedaría desprovisto de la debida atención dicho aspecto del cuidado.

Finalmente, queremos destacar, que nuestra intencionalidad no se dirigía tanto a la aplicación exhaustiva de los diagnósticos de enfermería, como al desarrollo de un marco de trabajo pedagógico. De ahí que el tratamiento de la situación enfermera se plantee de modo más general, obviando aspectos más concretos que se derivarían de las propias patologías y problemas de salud relacionados directamente con este tipo de enfermo.

BIBLIOGRAFÍA

Bucher, L. y S. Melander: Critical Care Nursing. W.B. Saunders Company. Philadelphia. 1999.

Carlson, J.H., C.A. Craft y A.D. McGuire: Diagnósticos de Enfermería. Pirámide. Madrid. 1982.

Gordon, M. : Diagnóstico Enfermero. Enfermería Mosby 2000 Vol. V. Mosby, Barcelona. 1996.

Luis Rodrigo, M^a T.: Diagnósticos Enfermeros. Harcourt Brace. Barcelona. 1998.

POSTERS

1. **“Valoración por M. Gordon del paciente crítico digestivo”**
Casares Cervillar, R.; Guervós Narváez C.; Ordóñez Cuadros, P.; Terrón Delgado, L.; Fernández Romero F.
2. **“Protocolización de la Valoración de Enfermería en Atención Primaria”**
Gris Piñero, Juani; Mingorance Pertiñez, Ana; Sánchez Manzanera, Ramón.
3. **“Planificación de cuidados respiratorios en el paciente quirúrgico”**
Navarro Prado, Silvia y colaboradores.
4. **“PAE, ancianos y atención domiciliaria”**
Arévalo García, Ángeles y Mayán Cendón, M^a Dolores
6. **“Continuidad de cuidados en pacientes crónicos e incapacitados: atención al cuidador informal”**
Altaya, M^a del Mar y colaboradores.
7. **“Aplicación del modelo de cuidados. De la teoría a la práctica”**
Sellán Soto, M^a Carmen; Cuevas Santos, Cristina
8. **“La conceptualización del diagnóstico enfermero”**
López Martínez, Francisco y colaboradores.
9. **“Universalidad”**
Yoldi Moriones, María.
10. **“Experiencia en la aplicación del proceso de enfermería en la Unidad de braquiterapia del Institut Català d'Oncologia”**
N. Millet, I. Brao, J. Valera, A. Sánchez, M. Serrano, M. Domínguez.
11. **“Diagnósticos de enfermería en el enfermo con H.D.B. a través de un caso clínico”**
Azcarate Sainz, Ana; Ripodas Agudo, Ana; Gandul Hurtado, Loreto.
12. **“Estudio de la evolución del PAE en las publicaciones de lengua española”**
Tricas Sauras, Sandra y colaboradores.
13. **“Análisis sobre la implantación de la consulta de enfermería a demanda en Navarra”**
Marí i Puget, G; De Andrés Meneses, R; Martínez Inda, M^aJ; Moreno Hermosilla, S; Viejo Hernández, B; Zabala Jauregialtzo, A.
14. **“Evaluación del Proceso de Atención de Enfermería. Un instrumento de gestión que afianza la calidad científica de la actividad enfermera”**
Rubio Montuenga, M^a José; Chico Mantegas, Francisca; Forcén Casado, Teresa; Lafuente Millán, Rosabel; Morte Romero, Asunción.

15. **“Proceso Enfermero y Trastorno Límite de la Personalidad: ¿Un reto para Enfermería?”**Ferrer, M.; Martín, B.
16. **“El protagonismo del Proceso de Enfermería”**
Arce Delgado, Esperanza; Bravo López, Raquel; Díaz López, Mónica; Etura Azpillaga, Beatriz; Martín Alonso, M^a Teresa; Roca Merchán, Mónica.
Colaborador: Santiago Moraleda
18. **“Experiencia de metodología enfermera en la Fundación Hospital Alcorcón”**
Martínez Piedrola, M^a Magdalena; Sánchez Lozano, Francisco. [Poster](#)
19. **“Diagnóstico y proceso de enfermería: “Cuidar bajo la visión de una NORMA con criterios de UNIDAD y CALIDAD”**
Martínez Piedrola, M^a Magdalena; Sánchez Lozano, Francisco. [Poster](#)
20. **“Estandarización de cuidados en los tumores óseos”**
Vega Aller, Jose Carlos; San Rafael Gutiérrez, Sabiniaba; Vega Estrada, Angela; Fernández Lacueva, Alicia; Bentue Gordo, Yolanda.
21. **“Cuidados paliativos del paciente con SIDA”**
Torreiro Pampín, M^a Luisa; García Campos, Ana; Rodríguez Crespo, Dolores; González González, María; Cerro Fornos, Rosario.
22. **“Caso clínico: seguimiento de una paciente con colitis ulcerosa”**
Pons Prats, Asunción; Sastre Belmar, Aurelia; Pons Prats, Mónica; Estrada Ferrando, Cinta; Brull Gisbert, Luisa.
23. **“Proyecto de implantación del modelo conceptual de Virginia Henderson en Atención Primaria”**
Beguer, Nuria y colaboradores.
24. **“PAE en el programa de atención domiciliaria de A.P”**
Peñacoba Maestre, Delia
25. **“Experiencia de la aplicación del PAE y los DdE en la consulta de pediatría”**
Bartomeu, Montserrat y colaboradores.
26. **“Proceso de atención de enfermería. Proyecto de implantación den el Hospital General Universitario de Murcia” (ausente)**
Cerezo Sanmartin, Margarita y colaboradores
27. **“Proyecto sobre protocolizacion y estandarización de intervenciones y cuidados de enfermería”**
Rodríguez González, R.; Barriuso Rojo, E.; Albújar Sánchez, J.; Cañas Gil, M.; Fernández Corujo, B.; Garay Rodao, T.; Mateos Rodríguez, C.; Quirós Sánchez, E.; Suárez Leira, M.; Villar Varela, T.
28. **“Codificando: ¿podemos relacionar NANDA y CIAP?”**
Acedo Anta, M. (AP Baix Llobregat Centre); Padin Minaya, C. (ABS La Gavarra); Pol Pons, A. (ABS La Gabarra)

29. **“Informatización de los DdE en el Programa de atención domiciliaria en un centro de Salud”**
Maymo Pijuan, Neus; Rubio Escriba, Teresa; Megido Badia, M^a Jesús; Pérez Serna, Delia; Boada Bagues, Montse ; Martín Garcia, Julia.
30. **“Estudio multicéntrico basado en la utilización de un programa informático”**
Tegido Valentí, Montserrat (1); Casanova Millán, Beatriz (2); Gómez Talavera, Agustina (3); Juan Ballina, Constantina (4); Fuertes Ran, Carmen (5); Ruiz Fernández, Dolores (6); Vázquez Quiñoy, Consuelo (7).
31. **“Valoración del niño orientada por problemas según las necesidades de Virginia Henderson”**
García Sanpedro, Rosario; Ferrer Pardavila, M^a Ángeles; Trillo Montroso, Estrella.
32. **“Distribución de la actividad de enfermería por tiempo medio...”**
Ferre, Inma y colaboradores.
33. **“La informatización nos ayuda en nuestro trabajo cotidiano”**
Casajús Magaña, Rosario
34. **“Implantación del PAE informatizado en el Hospital Espíritu Santo” (ausente)**
Luna del Pozo, Yolanda y colaboradores.
35. **“Guía de práctica clínica para el cuidado del paciente crítico politraumatizado”**
Parra, Francisco Javier y colaboradores.
36. **“Estudio del conocimiento en AP del informe de enfermería ala alta (EIA) de una UHD y su repercusión en la calidad asistencial” (ausente)**
Fernández Grande, R. Y colaboradores.
37. **“Plan de cuidados estandarizados para el paciente geriátrico”**
Junyent, Marí y colaboradores
38. **“Valoración de la experiencia en el trabajo con planes de cuidados en la atención de enfermería a: PTC, PTR, artrodesis de columna y politraumatizados”**
López Moreno, Yolanda
39. **“Guía de práctica para el cuidado del paciente crítico con problemas neurológicos”**
Terol Fernández, Fco Javier*; Morales Asensio, Jose Miguel**; Sanchez Gomez, Begoña***; Torres Perez, Luis **; Muñoz Zamorano, J.****; Molero Llorens, M.***
40. **“Planes de cuidados en pruebas endoscópicas”**
Delgado Sánchez, Pilar y colaboradores. Poster
41. **“Guía de cuidados en el paciente critico digestivo”**
Casares Cervilla, R.; Guervós Narváez, C.; Ordóñez Cuadros, P.; Terrón Delgado, L. ;Fernández Romero F.
42. **“Alteraciones cutáneas en enfermos de SIDA”**
Torreioro Pampin, María Luisa; García Campos, Ana; González González, María; Rodríguez Crespo, Dolores; Ferro Fornos, Rosario.

Título: Valoración por M. Gordon del paciente crítico digestivo

Autores: Casares Cervillar, R.; Guervós Narváez C.; Ordóñez Cuadros, P. Terrón Delgado, L.; Fernández Romero F.

Hospital de Motril. Servicio de urgencias

INTRODUCCIÓN:

Las enfermedades del aparato digestivo fueron las que originaron mayor número de ingresos con 504.642 enfermos dados de alta y una estancia media en el hospital de 7 días, lo que supone el 11,4 % de las altas totales. Esto nos motiva a plantear que la sistematización de la atención de enfermería a urgencias y emergencias digestivas sea un tema prioritario por su impacto social. La gran cantidad de recursos humanos y materiales consumidos, requiere tratar la eficiencia de las acciones enfermeras que implica.

OBJETIVOS:

- 1.- sistematización de la valoración de pacientes críticos digestivos mediante los patrones funcionales de salud de M. Gordon.
- 2.- dotar de un instrumento para la realización de una valoración enfermera integral del individuo.

MATERIAL Y METODOS:

Identificación de los ítems alterados de cada patrón en el paciente crítico digestivo. Encuadre de los signos y síntomas digestivos en su patrón correspondiente. Emisión del diagnóstico enfermero o problema interdependiente en cada caso.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES:

Realizamos un cuadro de valoración avanzada (la valoración inicial de la emergencia se realiza mediante los protocolos de RCP del Plan Nacional). Utilizamos los patrones funcionales de salud de M. Gordon (PFSMG) para la sistematización de la valoración enfermera de pacientes críticos.

Creemos que es posible realizar una valoración avanzada sistemática del paciente crítico digestivo siguiendo este modelo. Consideramos que este sistema de valoración es extrapolable a otros grupos de pacientes.

Será objeto de otro estudio la realización de una guía de práctica clínica, que partiendo de los problemas identificados mediante los PFSMG sistematice la atención de enfermería a críticos.

Título: “Protocolización de la Valoración de Enfermería en Atención Primaria.

Autores: Gris Piñero, Juani; Mingorance Pertiñez, Ana; Sánchez Manzanera, Ramón.

La actualidad de la práctica asistencial de los enfermeros de Atención Primaria (A.P.) se centra básicamente en la consulta de Enfermería como principal herramienta de prestación de cuidados. Estos cuidados deben organizarse y estructurarse para evitar un trabajo errático y a demanda, utilizando para ello el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), pilar fundamental de los planes de cuidados. En este trabajo nos vamos a centrar en la primera fase del PAE: La valoración. Realizaremos un análisis de las pautas que siguen los profesionales de Enfermería de los CAP para realizar sus valoraciones en las consultas. El objetivo principal del estudio es profundizar en la practica asistencial de los enfermeros que trabajan en la primaria y conocer el grado de conocimiento que poseen sobre el PAE y más concretamente de la valoración, así como su aplicabilidad a la actividad diaria.

El trabajo consta de tres puntos: 1º. Análisis de las valoraciones que se llevan a cabo en la consulta mediante su evaluación con encuestas. 2º. Revisión bibliográfica y análisis de las pautas teóricas para la realización de las valoraciones. 3º. Comparación de los resultados de las fases anteriores y obtención de pautas aplicables a la consulta de Enfermería.

A pesar de la aparente disparidad de datos que pueden obtenerse en las encuestas, ha habido una coincidencia entre los resultados recopilados y los teóricos considerable, facilitándose así su unificación para la protocolización de la valoración. También valoramos si existen relaciones significativas entre los parámetros Titulación (DUE, ATS, ATS Convalidado), Edad y Antigüedad como enfermera, para ver la repercusión de los estudios realizados y la aplicación diaria del PAE.

En una segunda parte, a realizar, del estudio se llevará a la práctica dicha valoración para evaluar su efectividad y aplicabilidad en la At. Primaria, siempre dentro del ámbito de las consultas de Enfermería.

Título: “Planificación de cuidados respiratorios en el paciente quirúrgico”
Autores: Silvia Navarro Prado y colaboradores.

INTRODUCCIÓN

Para realizar este trabajo partimos de estudios anteriores realizados dos durante el curso 98-99 en la asignatura de Metodología Diagnóstica en Enfermería en la E.U.E.M. en los que a partir de los registros de valoración realizados por alumnos de tercer curso, se identificó el diagnóstico *Limpieza ineficaz de vías aéreas*, como uno de los más frecuentes en pacientes hospitalizados, con limitación de la movilidad prolongada, prescrita o por otras causas.

Ante este resultado, hemos realizado un pequeño estudio, basado en los datos recogidos en pacientes quirúrgicos del Hospital Comarcal de Melilla, en el que pretendemos analizar los factores desencadenantes y de riesgo del diagnóstico *Limpieza ineficaz de vías respiratoria*, ya que fue este el identificado con mayor frecuencia, así como las actividades de enfermería llevadas a cabo para eliminar o reducir su aparición, ya que comprobamos que estas no se incluyen de forma habitual en los cuidados prequirúrgicos, aunque si se tratan cuando el diagnóstico es real.

Los pacientes sujetos de estudio fueron todos aquellos ingresados en las unidades quirúrgicas (tocoginecología, traumatología, cirugía) y pediatría, esta última por la posibilidad de ocupación de pacientes quirúrgicos infantiles.

La recogida de datos se ha realizado en dos periodos, Diciembre 1999 y Enero 2000, y en la actualidad seguimos acumulando datos para realizar un estudio con mayor muestra.

Partimos de la hipótesis de que **incluir los cuidados respiratorios en el plan de cuidados del paciente quirúrgico puede prevenir reducir la aparición del diagnóstico *Limpieza ineficaz de vías aéreas***

OBJETIVOS

1. Comprobar la incidencia del diagnóstico en pacientes quirúrgicos
2. Identificar los factores de riesgo o desencadenantes mas relevantes
3. Identificar las manifestaciones más significativas
4. Analizar los cuidados respiratorios ofrecidos en el periodo prequirúrgico y postquirúrgico.

DESARROLLO DEL TRABAJO

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO

Limpieza ineficaz de vías aéreas

Éste es un diagnóstico incluido en la clasificación de la N.A.N.D.A (1.5.1.2.) en año 1980 y revisado en 1998.

DEFINICIÓN

Incapacidad para eliminar las secreciones u obstrucciones del tracto respiratorio para mantener las vías aéreas permeables.

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS

Disnea; disminución de los sonidos respiratorios; otopnea; sonidos respiratorios adventicios (estertores, crepitancias, roncus, sibilancias); ausencia o ineffectividad de la tos; esputo; cianosis; dificultad para vocalizar; cambios en la frecuencia y el ritmo respiratorio; agitación.

FACTORES RELACIONADOS

Ambientales: tabaquismo; irritación por humo; fumador pasivo.

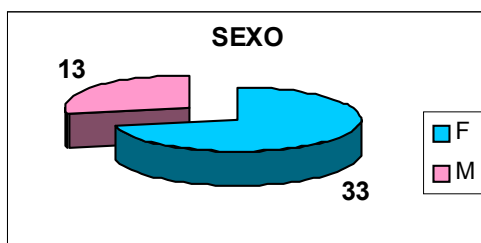
Obstrucción de las vías aéreas: espasmo de las vías aéreas; retención de las secreciones; mucosidad excesiva; presencia de una vía aérea artificial; cuerpos extraños en las vías aéreas; secreciones bronquiales; exudado alveolar.

Fisiológicos: disfunción neuromuscular; hiperplasia de las paredes bronquiales; enfermedad pulmonar obstructiva crónica; infección; asma; vías alérgicas.

Para la primera fase del estudio, diseñamos una hoja para la recogida de datos en la que aparecen los factores más frecuentes y las manifestaciones más indicativas de la presencia de este diagnóstico en los pacientes estudiados.

MUESTRA

La muestra se compone de 46 pacientes quirúrgicos de los cuales 33 son de sexo femenino y 13 de sexo masculino, con una edad comprendida entre los 7 y los 90 años. La edad media fue de 36 años.



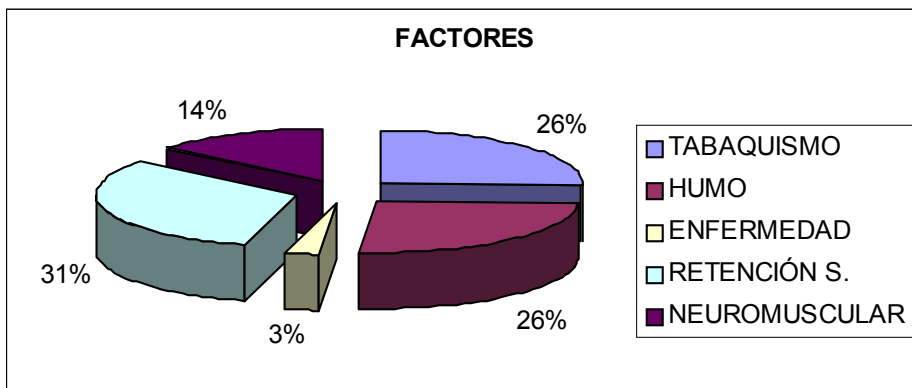
RESULTADOS

Referente al objetivo nº 1, incidencia del diagnóstico, en 11 no aparecieron manifestaciones que indicaran la presencia del diagnóstico, a pesar de considerar con factores de riesgo a seis de ellos.



Acerca del objetivo nº 2 en referencia a los factores desencadenantes o de riesgo más frecuentes en este diagnóstico, encontramos, tras la recogida de datos, que éstos son:

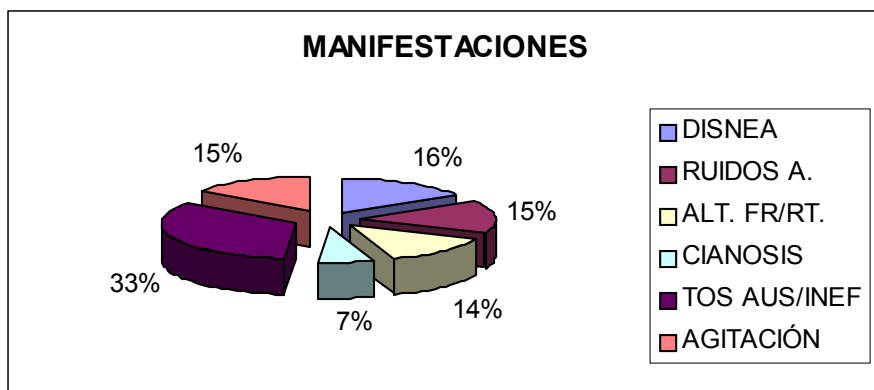
- Tabaquismo/irritación por humo (*).
- Retención de secreciones por movilidad restringida/disminuida.
- Respuesta a enfermedad broncopulmonar.
- Disfunción neuromuscular



(*) Se incluyen en irritación por humo los fumadores pasivos

Respecto al objetivo nº 3 las manifestaciones identificadas más significativas, tras el estudio desarrollado, fueron estas :

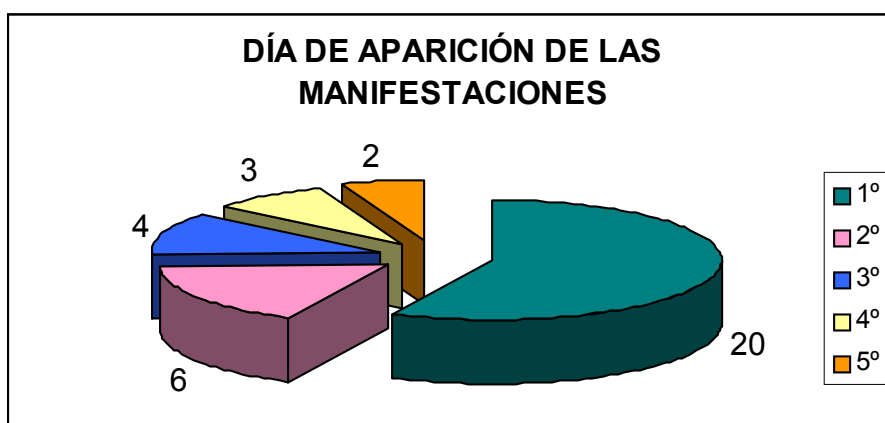
- Disnea (**) .
- Ruidos respiratorios anormales.
- Cambios en la frecuencia / ritmo respiratorio.
- Cianosis.
- Ausencia de tos/tos ineficaz.
- Agitación.



(**) Se incluye ortopnea

Un 93% de los pacientes presentaron más de una manifestación y se mantuvieron durante toda la hospitalización, en 29 de los paciente.

En cuanto a los cuidados ofrecidos antes y después de la intervención quirúrgica, objetivo nº 4, nueve de los pacientes estudiados recibieron información previa a la intervención, referida básicamente a abstenerse de fumar y ejercicios respiratorios. A los treinta y siete restante, solo se les prestaron cuidados si aparecieron manifestaciones, y en el momento de su aparición. De los treinta y cinco pacientes que presentaron manifestaciones, estas aparecieron entre el primer y quinto día, siendo el mas frecuente el primer día.



Los cuidados que se ofrecieron fueron principalmente:

- Posición de Fowler
- Clapping
- Ejercicios de tos asistida
- Vigilancia: frecuencia cardiaca y respiratoria, temperatura, tos y expectoración, auscultación.

CONCLUSIONES

1. Pensamos que dada la incidencia del diagnostico y teniendo en cuenta los factores desencadenantes más frecuentes se debería elaborar un plan de cuidados que se pusiera en marcha desde el mismo día del ingreso de paciente. Previo al ingreso, los pacientes con factores de riesgo deberían recibir información sobre cuidados preventivos. En el hospital donde se realizó el estudio, los pacientes reciben información básica y general en la consulta de anestesia por parte de la enfermera que colabora con el médico anestesista. En esta información se podría incluir los cuidados preventivos en pacientes de riesgos, estos cuidados serían:

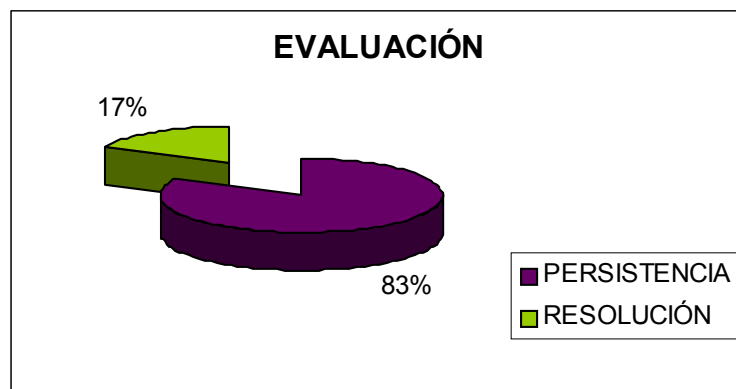
- Aumento del consumo de líquidos para ayudar a fluidificar las secreciones.
- Ejercicios respiratorios, para aumentar la capacidad pulmonar.
- Abstenerse de fumar desde los días previos a la intervención.
- Enseñar la forma más efectiva de toser y eliminar secreciones evitando el dolor de la herida quirúrgica.
- Poner en conocimiento del paciente la importancia de los cambios posturales dentro de la fisioterapia respiratoria, así como del clapping para la efectiva eliminación de secreciones.

2. El plan de cuidados durante el periodo de hospitalización se basaría en aplicar todos los cuidados anteriores vigilar y valorar la aparición de manifestaciones, y calmar en lo posible el dolor.

3. Actualmente se ha empezado a aplicar un plan de cuidados desde el primer día de ingreso, para hacer un estudio comparativo de resultados, como continuación de este.

4. La utilización de la metodología diagnóstica es un instrumento útil en la práctica asistencial, que nos ayuda a evaluar la calidad de los cuidados ofrecido y poder mejorarla.

5. La utilización de los diagnósticos nos ayuda a cuantificar el producto enfermero.



BIBLIOGRAFÍA

- PROCESO Y DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA. PW. IYER, B.J. TAPTICH, D. ERNOCCHI-LOSEY. MC. GRAW-HILL INTERAMERICANA (3ª EDICIÓN)
- PLANIFICACIÓN DE LOS CUIDADOS ENFERMEROS. M. PHANEUF. MC. GRAW-HILL INTERAMERICANA.
- DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS DE LA N.A.N.D.A , DEFINICIONES Y CLASIFICACIONES 1998-2000. HARCOURT BRACE
- APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA. ALFARO, R. DOYMA.
- FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA. KOZIER. MC.GRAW-HILL INTERAMERICANA.
- DIAGNOSTICOS ENFERMEROS. UN INSTRUMENTO EN LA PRÁCTICA ASISTENCIAL. M.T. LUIS . HARCOURT BRACE. (3ª EDICIÓN)
- MANUAL DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA. L.J. CARPENITO. (5ª EDICIÓN). MC.GRAW-HILL INTERAMERICANA.

AUTORES

M^a DEL MAR ALFAYA GÓNGORA, D.U.E., PROFESORA DE ENFERMERÍA FUNDAMENTAL Y METODOLOGÍA DIAGNÓSTICA, (E.U.E. DE MELILLA)

SILVIA NAVARRO PRADO, D.U.E., PROFESORA DE ESTANCIAS CLÍNICAS, (E.U.E. DE MELILLA)

BIBINHA BENBUNAN BENTATA, PSICÓLOGA, PROFESORA DE ENFERMERÍA PSICOSOCIAL, (E.U.E. DE MELILLA)

M^a JOSÉ BUENO PERNIAS, D.U.E., PROFESORA DE ESTANCIAS CLÍNICAS, (E.U.E. DE MELILLA)

MARTA LÓPEZ BUENO, D.U.E., PROFESORA DE ESTANCIAS CLÍNICAS, (E.U.E. DE MELILLA)

MERCEDES GIL RUIZ, D.U.E., PROFESORA DE ESTANCIAS CLÍNICAS, (E.U.E. DE MELILLA)

Título: "PAE, ancianos y atención domiciliaria"

Autores: Angeles Arévalo García y M^a Dolores Mayán Cendón

EAP "Sant Antoni" Barcelona

RESUMEN

Introducción

En los últimos años, el grupo de personas mayores de 65 años ha aumentado de forma espectacular. El incremento de este grupo de edad supone unas enormes implicaciones para la profesión de enfermería. Por otro lado, las normas de la práctica de la enfermería demuestran el interés de la profesión por el enfoque científico de los procesos. Saber valorar los problemas, identificar los reales y prevenir los potenciales, implementar un plan de cuidados específicos individuales, ejecutar las técnicas y procedimientos adecuados, estudiar la evolución de la persona cuidada son parte de las actividades que el personal de enfermería debe desarrollar para atender a una persona de edad.

Objetivos

- Conocer las necesidades del enfermo crónico domiciliario mayor de 65 años, mediante la primera fase del Proceso de Atención de Enfermería, dentro del marco del modelo conceptual de necesidades básicas de Virginia Henderson.
- Reafirmar la necesidad de adoptar la metodología de los cuidados como elemento básico y principal para poder ofrecer unos cuidados domiciliarios de calidad a dichos enfermos.

Material y métodos

El presente trabajo se llevó a cabo en el Área Básica "Sant Antoni" de Barcelona. Han participado en este estudio enfermos crónicos domiciliarios, mayores de 65 años que son atendidos en su domicilio, los cuidadores de los mismos y las enfermeras responsables de los enfermos.

La clasificación metodológica de nuestro estudio se define como descriptiva y transversal. Los datos han sido tratados estadísticamente utilizando el paquete informático SPSS (Statistical Package for Social Sciencies)

Conclusiones

- La media de edad de la población estudiada es de 80 años; en cuanto al género, predominan las mujeres; no se encontró ningún caso en que el enfermo fuera autónomo, es decir todos necesitan, en mayor o menor medida, cuidados domiciliarios.
- La necesidad más importante para estos ancianos es la comunicación, aquella necesidad en la que presentan mayor dificultad es la movilidad, y tienen una mayor dependencia en sus necesidades de ocio.
- Es necesario seguir avanzando en la implantación de la metodología de cuidados para posibilitar el establecimiento de planes de cuidados que contemplen objetivos e intervenciones tendentes a la resolución de problemas.
- Es fundamental que la enfermera se sitúe desde la perspectiva comunitaria y desde el domicilio, donde el anciano y sus cuidadores están adaptados y han ido adquiriendo con el tiempo un aprendizaje funcional que les hace rentabilizar sus

recursos y sus propias capacidades residuales, así podrá identificar las fuentes de dificultad que aparecen más frecuentemente en el anciano como causa de insatisfacción de sus necesidades.

- La recogida de datos es una fuente de gran valor para la planificación y administración de los cuidados. Es importante que la enfermera que lleva a cabo la entrevista inicial continúe con la posterior recogida, para así mantener la confianza y comunicación, al mismo tiempo que revisa y ratifica la información de la recogida de datos inicial.
- Si partimos de la hipótesis de que para alcanzar una buena calidad de vida, deben estar cubiertas las necesidades básicas y atender especialmente a las que los ancianos valoran más, observamos que los campos donde mayor atención debemos ofrecerles son las necesidades de comunicación, movilidad y ocio.

Título: “Continuidad de cuidados en pacientes crónicos e incapacitados: atención al cuidador informal”

Autores: M^a del Mar Altaya y colaboradores.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años la sociedad ha experimentado una serie de cambios demográficos y socio-sanitarios entre los que cabe destacar:

- * el progresivo envejecimiento de la población
- * el incremento de la demanda sanitaria
- * la congestión hospitalaria
- * el aumento de los costes sanitarios
- * la crisis financiera de los Sistemas Sanitarios

Desde las administraciones públicas se fomenta el retraso de ingresos en instituciones, como forma de reducir los gastos y promover el mejor estado posible de los pacientes.

La familia y el hogar, se han incluido dentro del marco de los *cuidados*, considerándolos como un posible recurso para atender a determinados grupos de pacientes. Este grupo lo componen personas con procesos muy diversos, cambiantes y de origen multifactorial, sin excluir a ancianos y personas incapacitadas, cuyas necesidades requieren más cuidar que curar.

Para ello se impone analizar este núcleo y tratar paralelamente al receptor de cuidados y a la persona que los proporciona, así como buscar alternativas eficaces, que garanticen la calidad asistencial, considerando un abordaje amplio, en el que la familia comienza a tener un papel estelar.

En este ámbito, tendríamos que plantearnos como objetivo, evaluar los cuidados prestados y valorar la preparación física y psicológica de las personas que los ofrecen.

Siendo el grupo humano más universal, la familia ha sido definida de múltiples maneras y de distintas perspectivas, atendiendo a criterios legales, biológicos, de relación, etc. La diversidad de tipos de familias dificulta la elección de una definición única y general. La importancia del rol que desempeña la familia en la salud y bienestar de sus miembros, es indiscutible. Es un grupo que influye poderosamente en los individuos que la componen y que cuando surge un problema en uno de sus miembros, esta ofrece protección y cuidados altruistas de modo espontáneo. Los profesionales de salud debemos saber aprovechar esta característica, utilizándola como una buena aliada terapéutica.

Partiendo del principio de la Teoría General de los Sistemas, de que “la realidad está formado no por sujetos o hechos aislados, sino por complejos sistemas que interactúan”, diversos autores han concebido la familia como un sistema, formado por un conjunto organizado de elementos que se relacionan e interactúan entre sí, de tal manera que cualquier alteración o cambio en uno de ellos, repercute en todos los demás.

La familia como grupo tiene un origen, un desarrollo y un final. En su transcurso sufre transformaciones que llevan consigo situaciones de crisis y que exigen de ella un gran esfuerzo de adaptación. Conocer su ciclo evolutivo normal, es una herramienta útil que nos puede ayudar a encontrar la

explicación de muchos trastornos que se producen en cualquiera de sus miembros.

Entre los acontecimientos vitales que producen cambios en la familia, es uno de los más impactantes, la irrupción de la enfermedad grave o crónica de uno de sus componentes, sobre todo en determinadas etapas. Otro factor importante en su repercusión, es que miembro de la familia es el afectado por la enfermedad.

Ante esta situación, se crea la necesidad de apoyos y programas que nos ayuden a resolver los problemas originados que puedan afectar tanto a la persona enferma o *receptor de cuidados*, como a las personas que cuidan o *cuidadores informales*.

La familia y el hogar como recursos solo debería plantearse, partiendo de un criterio fundamental y es que el paciente va estar bien atendido y que esta situación no va a generar “mas pacientes”. En ocasiones nos encontramos con dos situaciones enfrentadas: por una parte la demanda de cuidados en hogar cada vez mayor, y por otra, las condiciones de este y la capacidad de la persona que va a asumir la responsabilidad de cuidar.

El reparto de cuidados dentro de la familia no es homogéneo, recayendo la mayor responsabilidad en lo que se ha venido denominando “CUIDADOR PRINCIPAL”. La incorporación de la mujer al mundo laboral, que era la que asumía generalmente este papel, implica un descenso en la disponibilidad de estos cuidadores que, en algunas ocasiones, pasan de ser meros ejecutores de la prestación de cuidados, a ser la persona que toma decisiones, dirige y delega cuidados. Nos encontramos pues, ante una situación en la aparecen unas figuras dentro del núcleo familiar, que se ve inmersa en la necesidad de cuidar y atender en sus hogares a pacientes o personas discapacitadas y que añadido a ello, esta actividad suele ser a largo plazo. Por tanto, es lógico que nos interese en analizar que cuidados ofrecen, para mejorarlos, y que conozcamos como asumen y se adaptan a este nuevo rol.

El cuidador se ve obligado a introducir cambios en su estilo de vida y a afrontar situaciones de estrés, que afectan a su salud y vida social. Los factores que suelen generar efectos negativos, son muy diversos y están interrelacionados. Los principales son:

* DERIVADOS DEL RECEPTOR DE CUIDADOS

1. La gravedad del proceso
2. El deterioro físico
3. Los trastornos del comportamiento
4. El vínculo familiar
5. La relación afectiva
6. El dolor físico y psíquico

* DERIVADOS DE LA SOCIEDAD Y FAMILIA

1. Recursos insuficientes
2. Lentitud burocrática para los recursos de ayuda
3. Deterioro de las relaciones familiares
4. Características de la vivienda

* DERIVADOS DE EL MISMO

1. Sensación de frustración e impotencia
2. Falta de tiempo para sí mismo
3. Agotamiento
4. Implicación emocional

5. Aislamiento social

Cuando el cuidador sufre los efectos negativos de cualquiera de estos factores, pasa a ser un paciente secundario y en ocasiones oculto con una repercusión importante en la familia, en el receptor de los cuidados y en el mismo. Por tanto, el apoyo y atención a este grupo es primordial para conseguir objetivos importantes como son:

Mantener un nivel óptimo en la calidad de vida del cuidador

- a) Aumentar la satisfacción de receptor de cuidados
- b) Mantener la unidad familiar
- c) Garantizar la continuidad en su prestación de cuidados
- d) Evitar respuestas desadaptativas

Debemos tener en cuenta que no todas las personas que conviven con pacientes incapacitados, pueden ser considerados cuidadores informales. Para ello es imprescindible que se den dos requisitos:

- 1. Que quiera asumir ese rol
- 2. Que pueda y tenga capacidad para ejercer como tal

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA

La clasificación de la N.A.N.D.A. son varios los diagnósticos de enfermería que relacionados con el riesgo de crisis de la familia que convive con un paciente incapacitado o con el cuidador principal, siendo

- Cansancio en el desempeño del rol de cuidador (3.2.2.1.)
- Riesgo de cansancio en el desempeño del rol de cuidador (3.2.2.2.)

los que se centran de forma específica en el cuidador informal, el primero real y el segundo cuando existe vulnerabilidad por parte de este.

Cansancio en el desempeño del rol de cuidador (3.2.2.1.)

Se define como *la Dificultad percibida por cuidador para desempeñar el papel de proveedor de cuidados en la familia.*

Dentro de las **Características** definitorias o manifestaciones, nos hemos querido centrar en la que se expresa: *Los cuidadores manifiestan que **carecen de recursos suficientes para brindar los cuidados necesarios; encuentran dificultades para llevar a cabo actividades específicas***; y de los **Factores relacionados** o causas, en el que se refiere a la **falta de experiencia en la aplicación de los cuidados**; ya que nos planteamos como hipótesis de trabajo que la falta de conocimientos y experiencia, aspectos determinantes en la

CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN PACIENTES CRÓNICOS Y TERMINALES: ATENCIÓN AL CUIDADOR INFORMAL

En el desarrollo de las estancias clínicas y como parte del programa docente de estas, nuestros alumnos de la Escuela Universitaria de Enfermería de Melilla, durante sus prácticas en el hospital, realizan registros de valoración, de actividades y seguimiento, de los pacientes asignados.

Al revisar 76 registros de valoración de pacientes ingresados, en distintas unidades, en 32 de ellos, los datos recogidos por entrevista, al no tener, o tener limitada la capacidad para responder el propio paciente, fueron obtenidos por una persona que se identificó como *cuidador informal*. Las variables, edad, patología o motivo de ingreso y nivel socio- económico, eran tan diversas que no nos permitió hacer subgrupos, aunque todos tenían características comunes:

1. Alto nivel de dependencia física y/o psíquica
2. Elevada demanda de cuidados
3. Gran probabilidad de necesidad de continuar cuidados en domicilio

Ante esta situación nos propusimos, estudiar paralelamente al receptor de cuidados y al proveedor principal de estos, ya que consideramos que las actividades de educación sanitaria tendrían que dirigirse a estos, al establecer como criterio:

- a) *Receptores*: cualquier paciente incapacitado, con limitación importante en su autonomía, que presentara una demanda de cuidados en su hogar.
- b) *Cuidadores*: aquellas personas que estén asumiendo, quieran y/o puedan asumir los cuidados esos receptores

HIPÓTESIS

Partimos de la siguiente hipótesis: ya que la falta de conocimientos en el cuidador informal, puede ser un factor desencadenante en el diagnóstico *Cansancio en el desempeño del rol de cuidador*, real o de riesgo; se deben incluir en el plan de cuidados, la enseñanza y educación del cuidador para garantizar la calidad y continuidad de los cuidados y prevenir el diagnóstico mencionado.

OBJETIVOS

1. Identificar durante la hospitalización al cuidador informal.
2. Identificar las manifestaciones y factores desencadenantes mas relevantes
3. Diseñar un plan de actuación para prevenir y tratar el diagnóstico en estudio

DESARROLLO DEL TRABAJO

El modelo seguido para estructurar la valoración y posteriormente la planificación de cuidados, es de las *Necesidades Básicas* de Virginia Henderson.

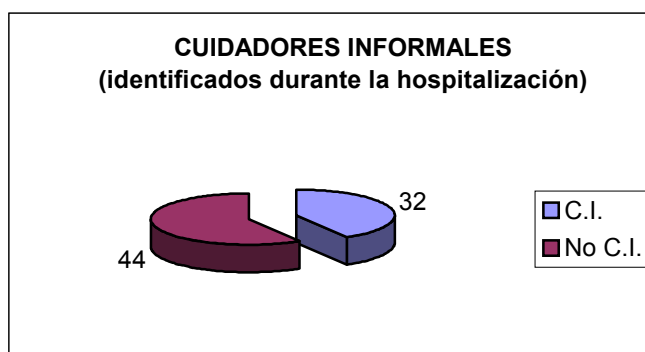
Estas valoraciones fueron analizadas en sesiones en las que participaban los alumnos responsables de la recogida de datos y los que intervenían en sus cuidados de los enfermos valorados. Los métodos utilizados fueron :

- a) Entrevista clínica
- b) Observación directa e instrumental
- c) Registros de evolución diaria del paciente

El análisis de los datos nos ofreció la siguiente información:

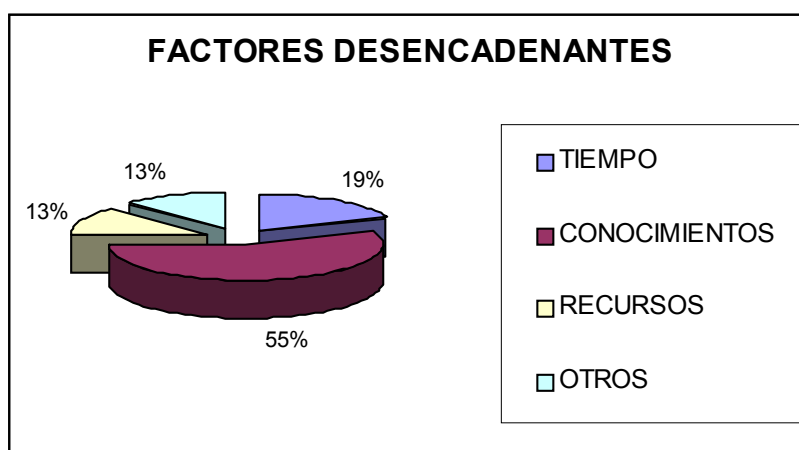
Todos tenían mas de una necesidad alterada siendo las más afectadas, en el paciente, eran la de respirar ,la nutrición, la movilidad, la eliminación, la de vestirse y elegir prendas adecuadas, el descanso y sueño, seguridad, la comunicación y la de desarrollo espiritual. En todas ellas se registraron conceptos erróneos y/o prácticas inadecuadas o incorrectas de cuidados, que partían del la persona que se identificó como cuidador informal, ya que el paciente carecía de capacidad para el autocuidado.

RESULTADOS



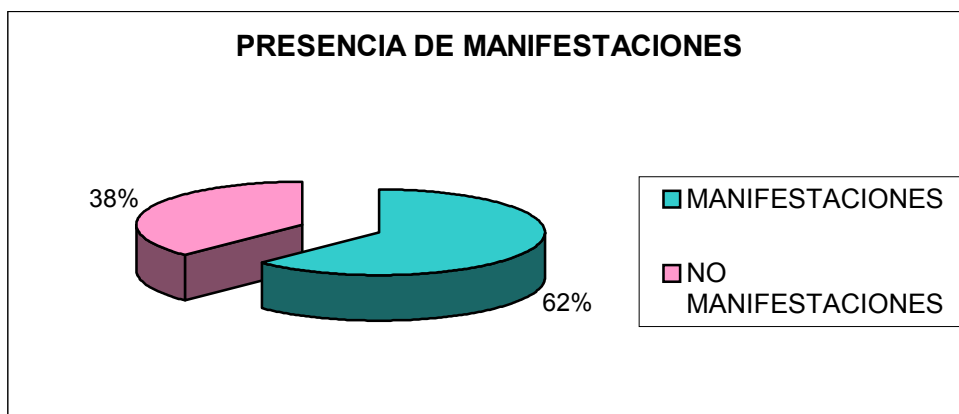
Entre los factores y circunstancias influyentes, se identificaron, de forma más significativa los siguientes:

1. Insuficientes recursos de ayuda, (incluyendo ayuda social y económicos)
2. Falta de tiempo (cantidad de actividades)
3. **Información insuficiente, (incluidos sobre la enfermedad, sobre cuidados y sobre autocuidado)**

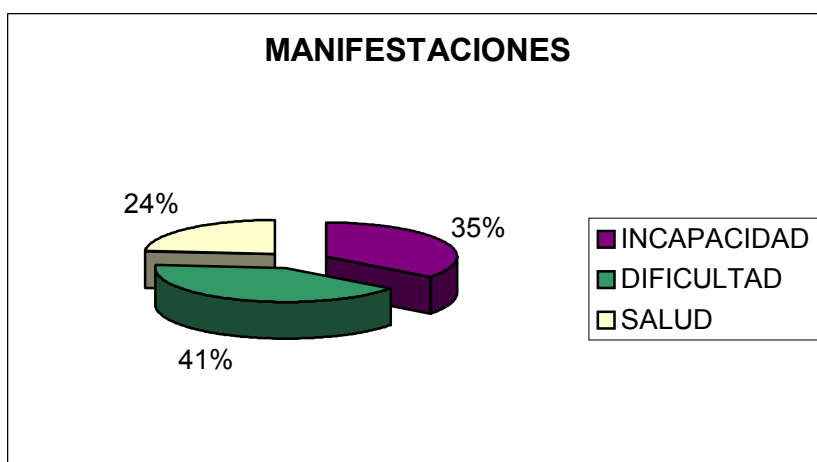


En algunos casos emitían dos o más respuesta de las señaladas, solo dando por válida aquella que el cuidador considerara con mayor influencia.

Respecto a las manifestaciones que nos indicaran la presencia de un problema real, las presentaron 20 de los 32 cuidadores, considerando al resto como posibles diagnósticos de riesgo.



Las manifestaciones observadas fueron principalmente: dificultad para realizar las actividades requeridas, incapacidad para completar las tareas de los cuidados y problemas de salud, dándose más de una manifestación en varios de ellos



Tras el análisis de estos datos, nos propusimos estudiar a aquellos cuidadores que pudieran padecer el diagnostico de enfermería real o de riesgo ***Cansancio en el desempeño del rol de cuidador r/c información insuficiente y m/p recursos insuficientes y dificultades para realizar las actividades requeridas e incapacidad para completar las tareas de los cuidados.***

Nos planteamos la hospitalización y el hospital como posible medio de intervención por tres motivos:

1. La complejidad de los procesos y cuidados de estos pacientes, se relacionan mas con la actividad de enfermería hospitalaria que con la de primaria
2. La disponibilidad del cuidador
3. Sin olvidar que cuando el paciente ingresa se hace mas vulnerable y se hace más importante la demanda de cantidad y calidad de los cuidados que precisa

Realizamos una pregunta cerrada, ¿cree que, durante la hospitalización, el hospital es un lugar idóneo para aprender aspectos relativos los cuidados ya la enfermedad de su...?; y otra abierta sobre las fuentes de aprendizaje. Los resultados obtenidos fueron:



Esto resultados nos han conducido a reflexionar en este aspecto y pensar que si la familia y el hogar puede ser un recurso para la atención de pacientes incapacitados y dependientes, será un objetivo prioritario el valorar, preparar psicológica y físicamente a los cuidadores informales

Para ello sería necesario aplicar programas de ayuda que consten básicamente de:

1. Información de la enfermedad, su proceso y evolución (**incertidumbre**, ya que la influencia negativa de esta genera falta de confianza en uno mismo y aumenta el estrés.), y los recursos de ayuda
2. Enseñar estrategias para establecer una adecuada, a manejar situaciones que dificulten la prestación de cuidados, planificar y organizar el tiempo, periodos de descanso y esparcimiento.
3. Utilizar el refuerzo positivo, reconociendo la importancia y utilidad del trabajo que realiza.
4. Elaborar un programa de formación en cuidados
5. Establecer criterios de evaluación

Tanto Atención Primaria como Especializada, deberían incluir en sus Carteras de Servicios, programas de ayuda a cuidadores informales, que garantice un nivel óptimo de los cuidados que estos prestan, así como el control de la salud de estos.

Estos programas deben incluir actividades docentes planificadas dirigidas a este grupo social, bajo un programa sistemático y organizado.

En la actualidad, el personal de enfermería que ejerce esta actividad, lo hace como parte de su actividad asistencial y de forma irregular, condicionado por factores como disponibilidad de tiempo y prioridades en su actuación profesional y concepto de su rol específico, donde el paciente es el centro de sus cuidados.

Las relaciones interpersonales del personal de enfermería y los cuidadores informales, en el medio hospitalario, se ve influida con frecuencia por factores negativos como el estrés, lo cual implica en muchas ocasiones que las expectativas de estos sean muy concretas, atendiendo a prioridades de tipo asistencial. Por tanto, creemos que la atención a cuidadores informales debe de realizarse por personal específico para este fin, en las que estas personas identifiquen a “cuidadores de cuidadores”, y cuyo objetivo, además de garantizar la calidad de los cuidados, sea atender las necesidades de este grupo.

CONCLUSIONES

1. Para identificar al cuidador informal se debe incluir a este en la valoración del paciente durante la hospitalización.
2. Para atender al cuidador se debe incluir a este en el plan de cuidados del paciente y elaborar un programa específico, dirigido al cuidador, de enseñanza y apoyo que incluiría:
 - captación de cuidadores interesados en incluirse en el programa
 - sesiones y actividades educativas
 - sesiones informativas
 - atención individualizada
 - evaluación pre-alta
 - informe de enfermería a Atención Primaria, para la continuidad del programa
3. El programa debería continuarse en Atención Primaria:
 - programar visita domiciliaria para seguimiento y evaluación de resultados
 - valorar posibles dificultades para prestar cuidados en el hogar
 - reforzar conocimientos
 - crear consulta de enfermería y apoyo psicológico a cuidadores informales
4. Realizar reuniones periódicas entre los dos niveles para evaluar el programa

Para finalizar, creemos que prestar atención integral programada a los cuidadores informales desde las instituciones sanitarias puede ser un instrumento útil para control de los cuidados que estos prestan y detectar y tratar el CANSANCIO EN EL DESEMPEÑO DEL ROL DE CUIDADOR (3.2.2.1), y el RIESGO DE CANSANCIO EN EL DESEMPEÑO DEL ROL DE CUIDADOR (3.2.2.2.)

BIBLIOGRAFÍA

- SALUD PÚBLICA Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD. ICEPS
- DIAGNOSTICOS ENFERMEROS DE LA NANDA. DEFINICIÓN Y CLASIFICACION 1999-2000. EDITORIAL HARCOURT-BRACE
- DIAGNOSTICOS ENFERMEROS. UN INSTRUMENTO PAR LA PRACTICA ASISTENCIAL. 3ª EDICION. M.T. LUIS. EDITORIAL HARCOURT-BRACE
- GUIA CLINICA PARA LA PLANEACION DE LOS CUIDADOS. ATKINSON-MURRAY. EDITORIAL MC GRAW-HILL INTERAMERICANA
- CIENCIA PSICOSOCIALES APLICADA I. J.M. LATORRE. EDITORIAL SINTESIS S.A.
- PSICOLOGIA DE LA SALUD. 2º EDICION. J.M. LATORRE Y P.J. BENEIT.
- ENFERMERIA PSICO-SOCIAL II. SERIE MANUALES DE ENFERMERIA. EDITORIAL SALVAT
- LA FAMILIA, UN PACIENTE OLVIDADO. REVISTA ROL DE ENFERMERIA Nº 223, MARZO 97.
- ATENCION A LA FAMILIA ¿UTOPIA O REALIDAD?. REVISTA ROL DE ENFERMERIA , 1995.
- FAMILIA Y SALUD. REVISTA ROL DE ENFERMERIA.1995.

AUTORES

Mª DEL MAR ALFAYA GÓNGORA, D.U.E., PROFESORA DE ENFERMERÍA FUNDAMENTAL Y METODOLOGÍA DIAGNÓSTICA, (E.U.E. DE MELILLA)

BIBINHA BENBUNAN BENTATA, PSICÓLOGA, PROFESORA DE ENFERMERÍA PSICOSOCIAL, (E.U.E. DE MELILLA)

Mª JOSÉ BUENO PERNIAS, D.U.E., PROFESORA DE ESTANCIAS CLÍNICAS, (E.U.E. DE MELILLA)

MARTA LÓPEZ BUENO, D.U.E., PROFESORA DE ESTANCIAS CLÍNICAS, (E.U.E. DE MELILLA)

MERCEDES GIL RUIZ, D.U.E., PROFESORA DE ESTANCIAS CLÍNICAS, (E.U.E. DE MELILLA)

Mª CARMEN KRAMER MUÑOZ, D.U.E., PROFESORA DE ESTANCIAS CLÍNICAS, (E.U.E. DE MELILLA)

Título: “Aplicación del modelo de cuidados. De la teoría a la práctica”

Autores: M^a Carmen Sellán Soto, Cristina Cuevas Santos

INTRODUCCIÓN

En los últimos años estamos asistiendo a una serie de cambios dentro de las organizaciones sanitarias con un denominador común: mejorar la atención en el aspecto técnico y humano.

La organización del ámbito hospitalario, debe tomar en cuenta, en sus funciones específicas, las tendencias sociales, la asistencia sanitaria, así como las expectativas de la población.

Estos factores están conduciendo a la transformación de los hospitales, identificando a los mismos como un elemento más de una amplia red asistencial. La línea de actuación va cada vez más en la dirección de exigir una empresa que asegure niveles de eficiencia, competencia y seguimiento de resultados.

En este proceso, los ejes fundamentales son:

*La orientación de toda la organización hacia las necesidades de los enfermos /familia con una participación cada más activa de los mismos en su proceso de salud.

*La participación y el compromiso de los profesionales en el logro de estos objetivos.

* La evaluación sistemática de los resultados obtenidos.

Las organizaciones sanitarias en su proceso de cambio y renovación, se ven influenciadas por el aporte teórico que se difunde desde los centros educativos. Éstos tiene como misión propagar los nuevos enfoques conceptuales.

Si consideramos a Enfermería con ciencia aplicada, el sustrato teórico debe validarse en la práctica clínica. Es por ello que el vehículo del que se sirve la parte asistencial emana de la conceptualización y profundización.

CONSOLIDACIÓN DEL PROYECTO CONJUNTO

El Hospital Universitario “La Paz” y la Escuela Universitaria de Enfermería La Paz” comparten un Proyecto Profesional y Formativo desde hace años. Dicho proyecto está basado en una Filosofía común cuyo objetivo fundamental es el implementar un Modelo de Cuidados, sustentado en dos pilares:

- Las Bases conceptuales y metodológicas de la disciplina.
- La realidad de la práctica asistencial.

A principios de los años ochenta, se observó que la plantilla del Hospital gozaba de un elevado nivel de competencia, pero carecía de unas pautas de trabajo homogéneas y esto suponía diferencias en la calidad de la asistencia y dificultad para abordar una evaluación de los resultados. A raíz de constatar estos hechos se decidió emprender una serie de medidas, comenzando por la definición y elaboración por parte de la Dirección de Enfermería en el año 1984 del documento FILOSOFIA DEL DEPARTAMENTO donde se recogen de forma explícita los criterios que rigen la actividad profesional, así como el Modelo de Cuidados que orienta la práctica profesional.

Paralelamente, en la Escuela de Enfermería, se comienza un proyecto educativo partiendo de la definición sobre las presunciones, opiniones y valores sobre el concepto de salud, persona, cuidado y enfermería, basando sus enseñanzas en el Modelo de autocuidado de Dorothea E. Orem.

La estrategia para conseguir la integración en los dos niveles, consistió en adoptar una metodología de trabajo favorecida por la realización de actividades formativas impartidas por el profesorado y dirigidas a las enfermeras del Hospital.

Desde la División de Enfermería se diseñan grandes líneas de actuación que se pueden agrupar en los siguientes bloques:

- ➔ **Protocolos de cuidados**, incluyendo los **cuidados generales**, los **cuidados específicos**, y los **derivados de determinadas patologías**.
- ➔ **Protocolos de actuación en situaciones habituales** (acogida del enfermo en las unidades, actuación al alta hospitalaria, etc.).
- ➔ **Procedimiento a seguir al realizar una técnica de terminada**.
- ➔ **Elaboración y puesta en marcha de los Registros Clínicos**.

En paralelo, desde la Dirección de Enfermería se impulsó la creación del Departamento de Formación Continuada con personal adscrito al mismo en dedicación exclusiva, en el año 1979. En el año 1989 se crea el Departamento de Garantía de Calidad, como órgano complementario de la Dirección.

La relación entre ambos es de colaboración e interdependencia, siendo sus responsabilidades fundamentales, la evaluación a través de Garantía de Calidad, donde se detectan las deficiencias o necesidades y el desarrollo de las estrategias formativas por parte del Departamento de Formación Continuada. Estos órganos dependen directamente de la Directora de Enfermería con una función asesora y han sido en todo momento un elemento clave como dinamizadores e impulsores de la participación del colectivo.

El primer paso que se dio en este sentido, fue el de unificar la forma de proceder en las Técnicas más habituales, así como diseñar y utilizar una documentación unificada de enfermería. Este trabajo fue realizado por un numeroso grupo de enfermeras. En la actualidad se está realizando la cuarta revisión de lo que llamamos "**Manual de Técnicas y Procedimientos**" y también está en proceso de actualización todo el Dossier de cuidados.

En los últimos cinco años se ha avanzado fundamentalmente en tres aspectos:

➤ **Identificación de los Problemas más habituales de los enfermos relacionados con el Proceso de hospitalización.** Está validado por más de trescientas enfermeras y doscientas auxiliares de enfermería

➤ **Establecimiento de las Pautas de actuación del Personal de Enfermería.** A lo largo del año 1998 alrededor de 100 personas de todos los estamentos de la División de Enfermería, elaboraron las pautas de comportamiento general, teniendo como punto de partida los problemas de los enfermos hospitalizados, a los que hemos hecho referencia en el apartado anterior y el Modelo de cuidados establecido. En el año 1999 se han evaluado varios aspectos.

Por una parte, se produce una planificación de la actividad de cada uno de los profesionales a lo largo de todo el proceso de hospitalización, pero no de forma parcelada sino interrelacionada, lo que proporciona una visión global de la tanto de la situación del enfermo, como de las pautas a seguir, la evolución prevista y de las situaciones críticas por las que va a pasar. Es pues un enfoque de participación, colaboración y corresponsabilidad de todos los profesionales que intervienen en un proceso.

Estos avances, aun incipientes, no hubieran sido posibles sin un programa formativo. La elaboración del mismo, como proyecto para cinco años, surgió de preguntar a través de un cuestionario anónimo a todos los miembros del Departamento, sus demandas respecto a la formación. Cabe destacar como áreas formativas claves la metodología y organización de los cuidados y el trabajo en equipo.

La parte fundamental de este programa ha consistido en:

- Consolidar un Modelo de Cuidados centrado en contemplar al enfermo como un todo y favorecer en él, la mayor autonomía posible, supliendo sólo aquellos aspectos que no puede resolver por sí mismo.
- Propiciar el trabajo de forma conjunta, entrelazando y concatenando una red de actuaciones que recogen de forma secuencial y ordenada, las intervenciones de los diferentes profesionales.

Como **conclusiones** de este trabajo desarrollado, podemos destacar:

- La viabilidad de trabajo conjunto lo que intenta desterrar estereotipos disociativos entre dos campos de actuación profesional.
- Se producen sinergias que contribuyen a aumentar la calidad del cuidado enfermero.
- Permite avanzar de forma sincrónica con un menor esfuerzo, lo cual implica actuar con una mayor eficiencia.
- Propicia el aumento del cuerpo de conocimientos disciplinar, partiendo de un enfoque realista.

Título: “La conceptualización del diagnóstico enfermero”

Autores: Francisco López Martínez y colaboradores.

Objetivo.

El objetivo de esta comunicación es reflexionar sobre la importancia y la necesidad de utilizar un marco teórico y una metodología científica para el desarrollo del diagnóstico enfermero, al identificar el campo de intervención enfermera y por lo tanto ser el instrumento para la valoración social de la profesión.

Desarrollo.

La enfermería, como cualquier otra disciplina, requiere de un método sistemático, el método científico, para enunciar y agrupar los diagnósticos enfermeros; estos métodos son: el método deductivo, inductivo y el de inferencia.

En la actualidad las corrientes existentes para la construcción de una clasificación diagnóstica son:

- Partiendo de un marco teórico elaborado aplicar una metodología deductiva.
- Partiendo de la práctica clínica utilizar el método inductivo.

El diagnóstico enfermero al identificar nuestra profesión y ser el elemento fundamental del proceso de atención de enfermería, como conclusión de la valoración y estructura que permite desarrollar el plan de cuidados, necesita de un marco teórico que desarrolle los conceptos paradigmáticos de la profesión, para poder ser considerada como ciencia humana práctica y donde se encuentren todas las explicaciones para llegar a su identificación y enunciación.

Conclusión.

Desde el punto de vista estrictamente científico, lo más riguroso es explicar la enunciación del diagnóstico enfermero desde el marco teórico que permita explicar todos los fenómenos enfermeros y desarrollar su aplicación a la práctica clínica , a través del método deductivo.

Título: “Universalidad”

Autor: María Yoldi Moriones

Hospital Universitario de Canarias. Planta de Traumatología.

RESUMEN:

Este póster refleja de una manera clara y demostrativa la importancia de identificar rápidamente los problemas de un paciente y reflejarlos como “diagnósticos de enfermería” (lenguaje común para todos) para simplificar y facilitar nuestro trabajo.

Todo esto se visualiza en el póster con la representación de imágenes reales de diferentes patologías de tipo traumático, dispuestas alrededor de un mismo círculo, donde se unifican los diagnósticos comunes para todos.

De este círculo común salen flechas que unen todas las imágenes representando la universalidad.

Título: “Experiencia en la aplicación del proceso de enfermería en la Unidad de braquiterapia del Institut Català d'Oncologia”

Autores: N. Millet, I. Brao, J. Valera, A. Sanchez, M. Serrano, M. Dominguez

Unidad de Braquiterapia. Servicio de Oncología Radioterápica. Institut Català d'Oncologia.

El objetivo de nuestra comunicación es explicar como hemos llegado a la aplicación de planes estandarizados de enfermería en nuestro servicio.

La unidad de Braquiterapia en la que trabajamos se puso en funcionamiento el año 1.989. Ninguna de las enfermeras tenía experiencia previa en este tipo de tratamientos. A medida que iban implantándose nuevos tratamientos observamos, mediante la revisión de las historias clínicas, que los cuidados administrados a los pacientes eran comunes debido a las características especiales del tratamiento mediante braquiterapia y del tipo de patología a tratar. Igualmente observamos que nuestro lenguaje, tanto oral como escrito, a la hora de registrar las necesidades de los pacientes y los cuidados de enfermería aplicados no era común entre todas nosotras. Por este motivo algunos de estos cuidados no quedaban plenamente asegurados y algunos de los problemas que presentaban los pacientes no quedaban registrados.

Por tanto, decidimos que era necesaria una hoja de registro de cuidados de enfermería que estandarizara nuestras actuaciones y nuestros planes de cuidados. Esta hoja de registro debía recoger todos los problemas que presentaban nuestros pacientes y nuestro plan de actuación.

A la vista de las características del tratamiento aplicado y de las necesidades que manifestaban los pacientes decidimos que nuestro plan de cuidados debía aplicarse desde el pre-ingreso hasta el momento del alta, y que además debía incluir los cuidados domiciliarios posteriores.

El principal problema que se nos presentó nada más iniciarse el programa fue la falta de formación de las enfermeras en todo cuanto hacia referencia a la formulación de diagnósticos de enfermería. Se realizó una formación interna en base a una amplia revisión bibliográfica y a repetidas sesiones de todo el equipo. La recogida de datos se basa en el modelo de M. Gordon y se utilizaron las etiquetas diagnósticas de la NANDA.

La hoja de registro y la formulación de diagnósticos se ha ido modificando hasta que finalmente la hemos adaptado a nuestras necesidades. En este proceso se han invertido 8 años y, lógicamente, sigue abierto a nuevas modificaciones para mejorarla.

Sin embargo, el esfuerzo que nos ha supuesto se ha visto compensado plenamente, ya que consideramos que es una forma de comunicarnos con un lenguaje común, con una escritura breve y sencilla, y de asegurar la realización de unos cuidados.

Actualmente en nuestro futuro inmediato está la informatización del plan de cuidados de enfermería.

Título: “Diagnósticos de enfermería en el enfermo con H.D.B. a través de un caso clínico”.

Autores: Azcarate Sainz, Ana; Ripodas Agudo, Ana; Gandul Hurtado, Loreto.

Hospital de Navarra

INDICE

INTRODUCCION	1
PRESENTACION DEL CASO	3
¿POR QUE ESTE CASO CLINICO?	3
ANGIODISPLASIA	3
METODOLOGIA DE TRABAJO	3
VALORACION DEL PACIENTE AL INGRESO	4
PARTES DE ENFERMERIA	8
CLAVES DIAGNOSTICAS	9
DIAGNOSTICOS	10
DIAGNÓSTICOS – DIAGRAMA DE BARRAS	11
VALORACION DEL NIVEL DE DEPENDENCIA	12
CONCLUSION	16
BIBLIOGRAFIA	17

INTRODUCCIÓN

HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA

La **hemorragia digestiva baja** generalmente significa sangrado que se origina después del ligamento de Treitz. Sin embargo, en vista de que la sangre debe permanecer en el intestino al menos ocho horas para producir melenas, la hemorragia de esófago, estómago o duodeno, asociada a un tránsito intestinal acelerado, también puede dar lugar a rectorragia.

Rectorragia es la emisión de sangre roja por el recto.

Hematoquecia es la deposición intestinal sanguinolenta.

Etiología

Lesiones anorrectales

La presencia de pequeñas cantidades de sangre roja brillante regando las heces, o en el papel sanitario, a menudo se debe a hemorroides y suele ser precipitada por el esfuerzo excesivo para que pasen heces endurecidas. Lo mismo ocurre en las fisuras anales y fístulas.

La proctitis generalmente gonorreica en adultos jóvenes homosexuales es causa frecuente de rectorragia. El traumatismo rectal y los cuerpos extraños, accidentales o no, pueden causar perforación, así como hemorragia rectal aguda.

Lesiones en colon

El cáncer de colon, los pólipos rectales y la proctitis ulcerosa son las lesiones que con mayor frecuencia producen hemorragia por el recto. La pérdida de sangre por carcinoma de cualquier área del colon puede hacer que vaya gran cantidad de sangre con las heces o mezclada con ellas.

La diarrea sanguinolenta es frecuente en la colitis ulcerosa y menos en la enteritis regional donde puede haber sangre oculta en heces. La hemorragia acompaña la diarrea por bacterias y protozoarios, en especial la shigelosis y la colitis amebiana.

Diverticulitis

Son más comunes en colon sigmoide. La diverticulosis, «per se», rara vez es causa de hemorragia. La diverticulitis sí la produce, generalmente de forma moderada. El divertículo de Meckel, en niños y adultos jóvenes, es la primera causa de hemorragia rectal. Se trata de una anomalía congénita que se presenta en el 2% de la población, y en un 15% de estos divertículos puede haber mucosa gástrica ectópica y ulcerarse, produciendo hemorragia rectal.

Exploración y pruebas complementarias

La visualización correcta de ano y márgenes anales, con el enfermo en posición mahometana, es obligado para llegar a un diagnóstico de hemorroides o fístula anal. La observación de una hemorroide «centinela» sugiere la existencia de una fisura anal.

El tacto rectal es una exploración sencilla al alcance de cualquiera, y da una información muy valiosa sobre estenosis o masas rectales, que sugieren cáncer en personas adultas. Con la anoscopia se pueden visualizar los cinco últimos centímetros del recto y descartar o diagnosticar lesiones en dicha zona.

A partir de la década de los sesenta, con la aparición de los fibroscopios flexibles, ha sido posible la exploración endoscópica de todo el intestino grueso e, incluso de los últimos tramos del íleon. Los modernos aparatos permiten, además, gracias a una serie de accesorios, tomar biopsias para estudio histológico y actuar terapéuticamente sobre ciertas lesiones (pólipos, estenosis, etc.).

Además, se pueden realizar enemas opacos, ecografías y radiografías abdominales.

Tratamiento

Lógicamente dependerá de la causa de la hemorragia. Las hemorroides son subsidiarias de tratamiento médico y si se complican con sangrado frecuente, trombosis, o son muy molestas o grandes, requieren tratamiento quirúrgico, así como las fístulas y fisuras anales.

Los tumores malignos también se extirpan quirúrgicamente. Como ya hemos mencionado con anterioridad, a través de la colonoscopia terapéutica, se puede efectuar polipeptomías, electrocoagular y/o esclerosar angiodisplasias, etc.

Repercusión hemodinámica de la hemorragia digestiva baja

Previamente definiremos las características de una H.D. grave y moderada:

Clasificación hemorragias	Grave: pérdida sanguínea a partir de 2 litros	Moderada: pérdida sanguínea entre 1-2 litros
Pulsaciones minuto	> 120	100 - 120
Tensión arterial sistólica	6 - 7	9 - 10
Temperatura y coloración de la piel	Sudoración fría, palidez extrema generalizada	Ligera palidez, sudoración y frialdad en extremidades
Nivel de conciencia	Pérdida de conocimiento, inquietud	Ligero mareo

Se considera hemorragia digestiva leve cuando las pérdidas sanguíneas son inferiores a un litro. Normalmente en las rectorragias nos encontramos ante hemorragias digestivas mínimas. No obstante, el paciente debe ser constantemente vigilado: observaremos las características de las deposiciones y sus constantes vitales.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Varón de 88 años que llega al Servicio de Urgencias con una clínica de rectorragias de repetición.

Durante su estancia en este servicio se estimaron pérdidas sanguíneas en torno a los 1,5 litros, se transfundieron 2 concentrados de hematíes y se le realizó una arteriografía mesentérica superior e inferior que reveló una angiodisplasia.

¿POR QUÉ ESTE CASO CLÍNICO?

1. Existencia de pérdidas sanguíneas considerables (alrededor de 1500 ml).
2. La confirmación diagnóstica y tratamiento de angiodisplasia lo hacía claro candidato a una colonoscopia, prueba esencial para toda H.D.B.
3. La angiodisplasia es causa de un buen número de H.D.B. recidivantes que en personas mayores de 65 años llega a un 20%.

ANGIODISPLASIA

Conocida también por las denominaciones de **ectasia vascular o malformación arteriovenosa**, es causa de un buen número de hemorragias digestivas bajas recidivantes, cuya cifra oscila, según las diferentes estadísticas, entre el 1% y el 8% de las mismas, pero puede llegar al 20% en la población mayor de 65 años, sobre todo si se trata de personas con problemas cardíacos, particularmente, valvulares aórticos.

Pueden presentarse en cualquier parte del colon e, incluso, fuera del mismo, pero son mucha más frecuentes en el ciego y colon ascendente. Aunque se han sugerido varias teorías para aplicar su origen y el mecanismo patogénico de su formación (congénita, mecánica, degenerativa, hipoxémica), lo cierto es que, por el momento, su etiopatogenia no está clara. Es posible, que anomalías congénitas de la microcirculación del colon, favorecidas por un aumento de presión en la circulación venosa y por alteraciones motoras, lleven al desarrollo de la angiodisplasia.

METODOLOGÍA DE TRABAJO

Valoración según los *Patrones Funcionales de Salud de Gordon*.

Valoración del nivel de dependencia (*Modelo integrado de Roper, Poletti y Henderson*).

Diagnósticos de enfermería (*N.A.N.D.A. 1995-1996*).

Problemas interdisciplinarios (*Carpenito 1993*).

Diagnósticos de enfermería (DE–NANDA). Juicio clínico sobre la respuesta de la persona, la familia o la comunidad a procesos vitales/problemas de salud reales o potenciales que proporcionan la base de la terapia para el logro de objetivos de los que la enfermera es responsable.

Problema interdependiente (PI–Carpenito). Ciertas complicaciones fisiológicas que han resultado o pueden resultar de situaciones fisiopatológicas o relacionadas con el tratamiento. Los enfermeros observan al paciente para detectar su inicio o controlar su evolución. Terminología biomédica.

Diferencia entre DE y PI. Si bien los enfermeros toman decisiones independientes en ambos tipos de problemas, la diferencia radica en que en el DE son los únicos responsables del tratamiento definitivo, mientras que en el PI esta responsabilidad es compartida.

VALORACION DEL PACIENTE AL INGRESO. PATRONES FUNCIONALES DE SALUD (GORDON)

1. Percepción y mantenimiento de la salud

- Hernia inguinal derecha intervenida quirúrgicamente
- Infarto agudo de miocardio 1.995
- Prostatismo

2. Nutricional-Metabólico

- Dieta sin sal, rica en frutas y verduras
- Pérdida de 2-3 kilos en dos meses
- Palidez cutáneo-mucosa-

3. Eliminación urinaria

- Polaquiuria y nicturia por prostatismo

4. Eliminación fecal

- En los 3 últimos meses llega a realizar hasta 3 dps. diarias, de textura semilíquida y el día del ingreso realizó dps. con abundante sangre roja. (Rectorragia)

5. Actividad y ejercicio

- Disnea de medianos esfuerzos
- T.A. 100/60, F.C. 80 pm, arrítmico
- Total independencia para su autocuidado que al ingreso se ve limitada por pérdidas sanguíneas y reposo post-arteriografía

6. Sueño y descanso

- Descansa 6 horas con ayuda de un hipnótico

7. Cognitivo-perceptivo

- Consciente y orientado
- Al ingreso algo nervioso

8. Sexualidad-reproducción

- Prostatismo

9. Interdependencia

- Preocupación por sus ingresos repetitivos
- Total apoyo de la familia

VALORACIÓN DEL NIVEL DE DEPENDENCIA

Puntuar de 1 a 10 cada una de las Necesidades:

Máxima dependencia = 1

Máxima independencia = 10

NECESIDAD		Puntos	¿Por qué la persona está en ese punto?
1. RESPIRAR	<i>Donde está</i>	8	<i>Disnea grado 1, anemia</i>
	<i>Cómo se va</i>	5	<i>Distensión abdominal</i>

NECESIDAD		Puntos	¿Por qué la persona está en ese punto?
2. COMER Y BEBER	<i>Donde está</i>	10	<i>Autonomía total</i>
	<i>Cómo se va</i>	7	<i>Malestar general</i>

NECESIDAD		Puntos	¿Por qué la persona está en ese punto?
3. ELIMINAR	<i>Donde está</i>	8	<i>Prostatismo, rectorragias</i>
	<i>Cómo se va</i>	3	<i>Prostatismo. Ileo Paralítico</i>

NECESIDAD		Puntos	¿Por qué la persona está en ese punto?
4. MOVIMIENTO Y POSTURA	<i>Donde está</i>	8	<i>Disnea, mareo, sueros</i>
	<i>Cómo se va</i>	2	<i>Reposo absoluto, malestar</i>

NECESIDAD		Puntos	¿Por qué la persona está en ese punto?
5. DORMIR Y DESCANSAR	<i>Donde está</i>	7	<i>Agitación por medio desconocido</i>
	<i>Cómo se va</i>	5	<i>Ansiedad por empeoramiento</i>

NECESIDAD**Puntos****¿Por qué la persona está en ese punto?**

6. VESTIRSE Y DESVESTIRSE	<i>Donde está</i>	<i>10</i>	<i>Autonomía total</i>
	<i>Cómo se va</i>	<i>5</i>	<i>Suero y malestar</i>

NECESIDAD**Puntos****¿Por qué la persona está en ese punto?**

7. MANTENER LA Tª CORPORAL	<i>Donde está</i>	<i>9</i>	<i>Por la edad (friolero)</i>
	<i>Cómo se va</i>	<i>3</i>	<i>Empeoramiento y profilaxis antibiótica</i>

NECESIDAD**Puntos****¿Por qué la persona está en ese punto?**

8. HIGIENE Y ASEO PERSONAL	<i>Donde está</i>	<i>10</i>	<i>Autonomía total</i>
	<i>Cómo se va</i>	<i>1</i>	<i>Suero, malestar</i>

NECESIDAD**Puntos****¿Por qué la persona está en ese punto?**

9. EVITAR PELIGROS	<i>Donde está</i>	<i>7</i>	<i>Barras, suero, debilidad</i>
	<i>Cómo se va</i>	<i>5</i>	<i>Infección (suero), inmovilidad (escaras)</i>

NECESIDAD**Puntos****¿Por qué la persona está en ese punto?**

10. COMUNICARSE	<i>Donde está</i>	<i>10</i>	<i>Capacidad total</i>
	<i>Cómo se va</i>	<i>10</i>	<i>Capacidad mantenida</i>

NECESIDAD**Puntos****¿Por qué la persona está en ese punto?**

11. PROFESAR SU RELIGIÓN	<i>Donde está</i>	<i>10</i>	<i>Capacidad total</i>
	<i>Cómo se va</i>	<i>10</i>	<i>Capacidad mantenida</i>

NECESIDAD

Puntos

¿Por qué la persona está en ese punto?

12. OCUPARSE	<i>Donde está</i>	7	<i>No puede acudir</i>
	<i>Cómo se va</i>	5	<i>Deterioro</i>

NECESIDAD

Puntos

¿Por qué la persona está en ese punto?

13. RECREARSE	<i>Donde está</i>	7	<i>Limitación por su estado</i>
	<i>Cómo se va</i>	3	<i>Deterioro, empeoramiento</i>

NECESIDAD

Puntos

¿Por qué la persona está en ese punto?

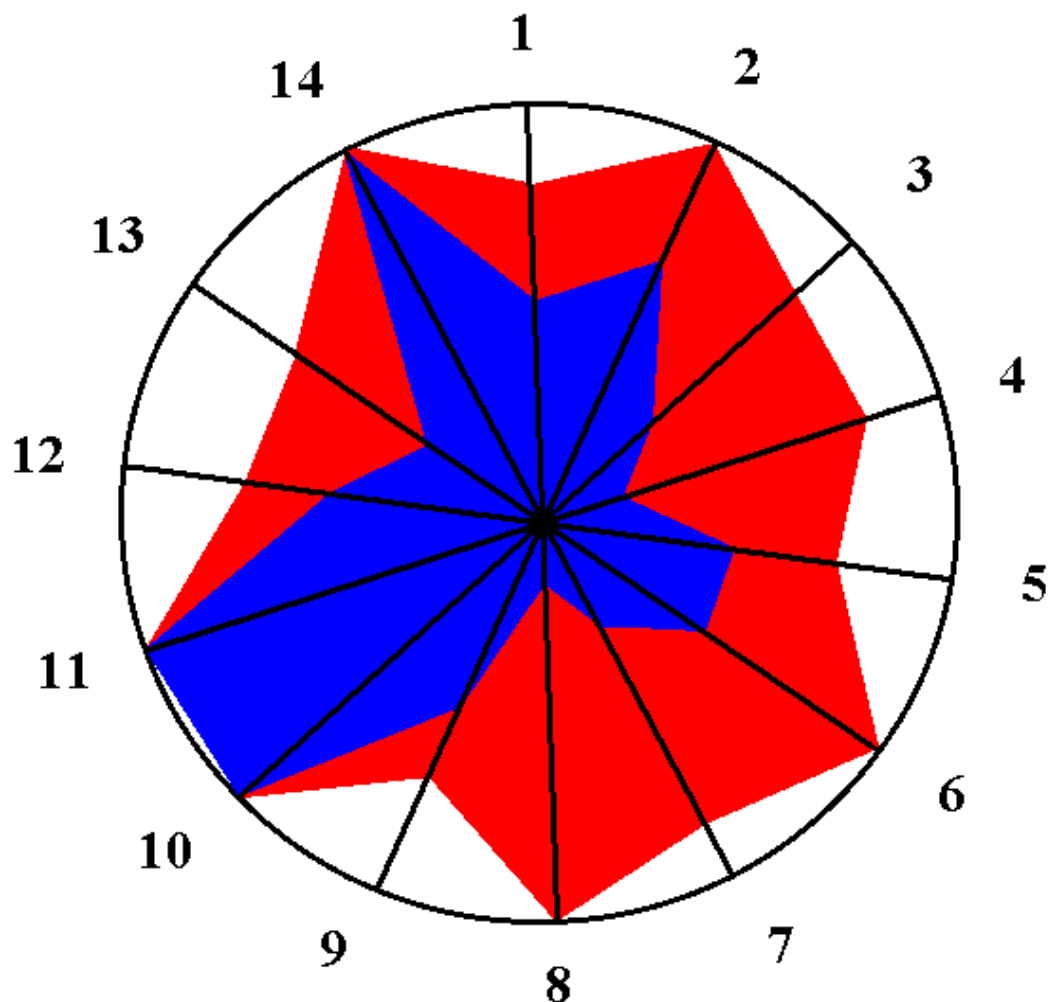
14. APRENDER	<i>Donde está</i>	10	<i>Total capacidad de comprensión</i>
	<i>Cómo se va</i>	10	<i>Lo mantiene</i>

VALORACIÓN DEL NIVEL DE DEPENDENCIA

(Modelo integrado de Roper, Poletti, Henderson. Punto central máxima dependencia)

NECESIDADES FUNDAMENTALES (Henderson)	
1. Respirar 2. Comer y beber 3. Eliminar 4. Moverse y mantener una postura 5. Dormir y descansar 6. Vestirse y desvestirse 7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales	1. Estar limpio, aseado y proteger sus tegumentos 2. Evitar los peligros 3. Comunicarse con sus semejantes 4. Actuar según sus creencias y sus valores 5. Ocuparse para realizarse 6. Recrearse 7. Aprender

(Indicar en **Rojo** la valoración inicial; en **Azul** la conseguida al cerrar el Plan de Cuidados)



PARTES

1er día: A las 18h. llega a planta trasladado de Urgencias con un diagnóstico de H.D.B. Por la mañana se le han transfundido dos concentrados de hematíes y se le ha realizado una arteriografía mesentérica. Última deposición a las 9h, con sangre. Llega nervioso. Dieta Absoluta. Reposo absoluto. Vía periférica, fluidoterapia. A las 21h se le administra media ampolla de *Haloperidol* intramuscular. Efectivo.

2º día: Se inicia dieta blanda. Disminuida fluidoterapia. Toma de solución evacuable (preparación colonoscopia). Realiza deposiciones con abundante sangre. Duerme mal; continúa realizando deposiciones a lo largo de la noche. Está preocupado por el diagnóstico.

3er día: Se realiza colonoscopia diagnóstica y terapéutica (electrocoagulación y esclerosis bajo analgesia). Durante las dos horas siguientes reposo, sonda rectal y constantes cada 30 minutos mantenidas (TA 170/80 y Pº 80).

4º día: Inicia dieta blanda. Buena tolerancia. Por la tarde presenta un pico febril de 38'5°C acompañado de dolor abdominal y vómitos. Extraída analítica urgente (leucocitosis) y se realiza Rx de abdomen (no neumoperitoneo). Diagnóstico: síndrome post-quemadura. Por orden médica se administra analgesia e/v. Efectiva.

5º día: Dieta absoluta y aumento de fluidoterapia. Continúa con dolor abdominal a la palpación.

6º día: Sigue a dieta absoluta, con sueros y reposo absoluto. Por la tarde se aprecia abdomen distendido y dolor. En la placa de Rx se confirma un NEUMOPERITONEO. A las 21'30h. se le traslada a quirófano de urgencias.

CLAVES DIAGNÓSTICAS

1er día:

- Inquietud
- Fluidoterapia
- Reposo absoluto post-arteriografía

2º día:

- Fluidoterapia
- Preparación colonoscopia. Solución evacuante
- Dps. con sangre abundante (HDB)

3er día:

- Colonoscopia diagnóstica (angiodisplasia de ciego y colon ascendente) y terapéutica (electrocoagulación y esclerosis).
- Reposo post-colonoscopia
- Fluidoterapia

4º día:

- Síndrome post-quemadura: Tª 38'5, dolor abdominal y leucocitosis
- Rx de abdomen: no neumoperitoneo
- Vómitos
- Profilaxis antibiótica (peritonitis) e/v

5º día:

- Fluidoterapia (antibióticos)
- Dolor abdominal a la palpación

6º día:

- Fluidoterapia (antibióticos)
- Neumoperitoneo: abdomen distendido, dolor abdominal y confirmación por Rx
- Traslado a quirófano de urgencias

DIAGNÓSTICOS

1er día:

- Ansiedad RC ingreso
- Riesgo de lesión RC: contraste, tto. e/v, punción arterial femoral y vía venosa
- Limitación de la actividad física RC arteriografía
- Complicación potencial: HDB

2º día:

- Riesgo de lesión RC: toma de solución evacuante vía oral, tto. e/v y punción venosa
- Ansiedad RC resultado colonoscopia
- Problema: HDB
- Alteración del patrón del sueño RC preparación colonoscópica

3er día:

- Riesgo de lesión RC: colonoscopia, tratamiento y vía e/v
- Complicación potencial: HDB y neumoperitoneo

4º día:

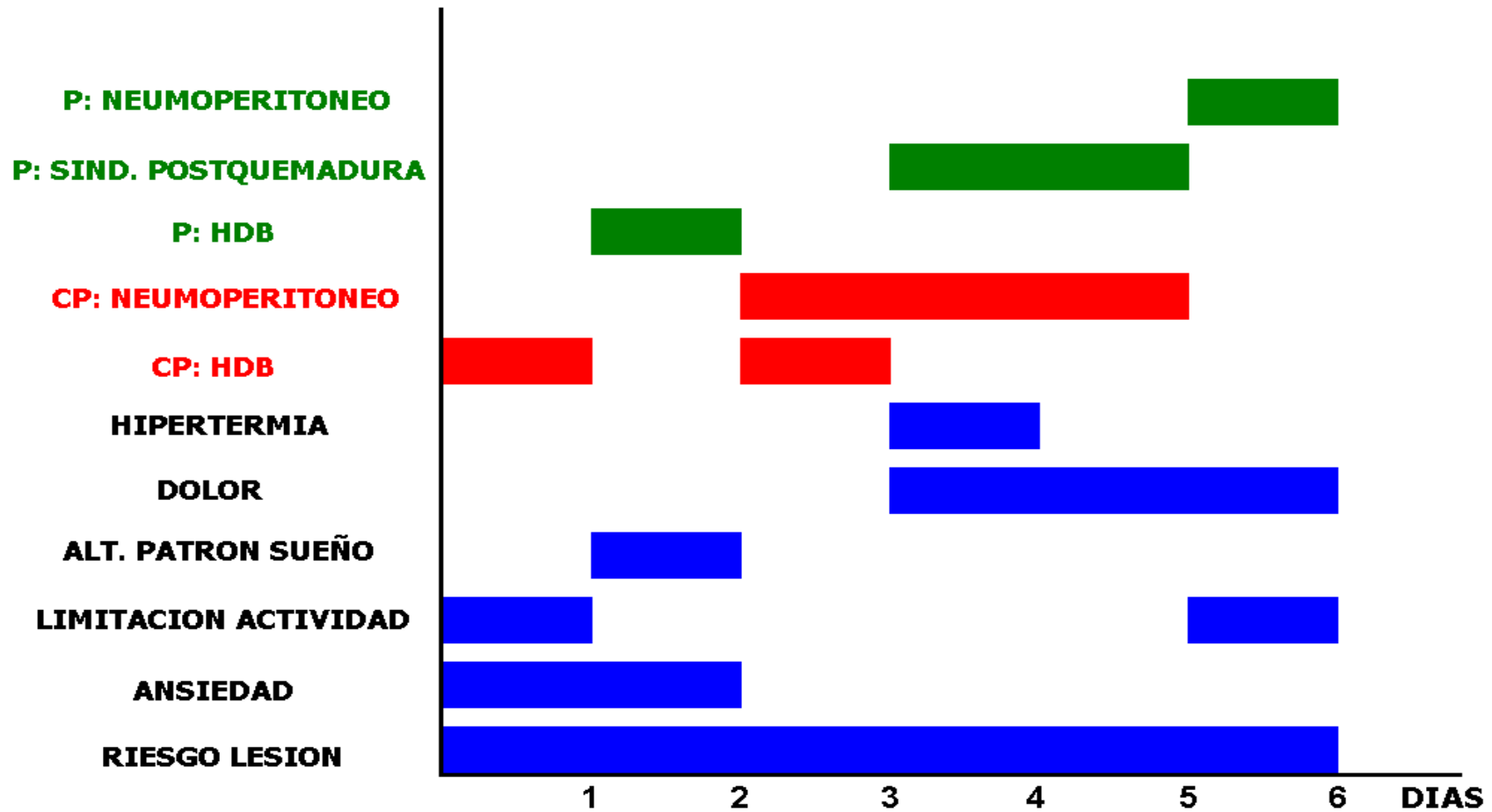
- Dolor e hipertermia RC colonoscopia terapéutica
- Riesgo de lesión RC: vómitos, tto. y vía venosa
- Problema: síndrome post-quemadura
- Complicación potencial: neumoperitoneo

5º día:

- Riesgo de lesión RC tto. y vía e/v
- Dolor RC palpación
- Problema: síndrome postquemadura
- Complicación potencial: nemoperitoneo

6º día:

- Riesgo de lesión RC tto. y vía e/v
- Dolor RC distensión abdominal
- Problema: neumoperitoneo



CONCLUSION

La práctica de la enfermería se interrelaciona a menudo con la de otras personas que proporcionan cuidados sanitarios.

El modelo bifocal de práctica clínica describe las responsabilidades específicas de la enfermería en dos componentes:

1. *Los diagnósticos de enfermería*: problemas de salud reales o potenciales (de un individuo, familia o grupo) que las enfermeras pueden tratar de forma legal e independiente, iniciando las actividades de enfermería necesarias para prevenirlos, resolverlos o reducirlos.
2. *Los problemas interdisciplinarios*: describen ciertas complicaciones fisiológicas que las enfermeras controlan utilizando tanto intervenciones prescritas por ellas mismas como por el médico. Terminología biomédica.

Ninguna disciplina, salvo la enfermería, puede abordar ambos.

Desde el punto de vista práctico, la enfermera controla todos y cada uno de los problemas del paciente, pero, en la exposición de este tema, sin descuidar las necesidades básicas del paciente, nos hemos centrado en:

1. *Vigilancia de la posible afectación del sistema hemodinámico*
 - Control de dps.
 - Constantes vitales (TA y P°)
 - Perfusión periférica
 - Nivel de conciencia
 - Control analítico y coger vía según el estado del paciente
2. *Colonoscopia*:
 - a) Preparación:
 - Información sobre preparación intestinal y ejecución (analgosedación).
 - Solución evacuante vía oral y enemas
 - b) Cuidados postcolonoscopia:
 - Sonda rectal para eliminar el aire introducido durante la exploración.
 - Vigilar posible depresión respiratoria e hipotensión (analgosedación).
 - Vigilar signos y síntomas que delaten alguna complicación postcolonoscopia (dolor, fiebre, vómitos, hemorragia, distensión abdominal...).

En este paciente un P.I.(H.D.B.) revirtió en otro P.I.(Neumoperitoneo postcolonoscopia terapéutica) y fue dado de alta del cuidado de Enfermería del Servicio de Digestivo, para pasar a los cuidados de Enfermería del Servicio de Cirugía.

BIBLIOGRAFÍA

Rosalinda ALFARO, RN, MSN. *Aplicación del proceso de enfermería. Guía práctica*. Ediciones Doyma. Baecelona.

L.J.CARPENITO. *Diagnósticos de Enfermería*. 5ª edición. Mc. Graw-Hill Interamericana. Madrid 1.995.

M.T.LUIS. *Diagnósticos Enfermeros*. 2ª edición. Mosby-Doyma. Madrid 1.996.

Jane Vincent CORBETT. *Pruebas de laboratorio, exploraciones y diagnósticos de enfermería*. 2ª edición. Doyma. Barcelona 1.990.

HARRISON. *Principios de Medicina Interna*. Vol. II. 13ª edición. Mc-Graw-Hill. Madrid 1.994.

FARRERAS-ROZMAN. *Medicina Interna*. Vol. I. 13ª edición. Doyma. Barcelona 1.995

Virginia HENDERSON RN, MA. *Principios básicos de los cuidados de enfermería*. Publicado por el Consejo Internacional de Enfermería. Ginebra 1.971.

Edward J. HUTH. *Cómo escribir y publicar trabajos en ciencias de la salud*. Masson-Salvat Medicina. Barcelona 1.992.

J. FERRANDO. *Enfermedades del colon en imágenes*. Glaxowellcome. Editorial Médica Internacional, S. A. 1.996

Láminas de anatomía (aparato digestivo). Laboratorios Almirall.

Carlos J. SENENT SANCHEZ. *131 Motivos de consulta en Atención Primaria*. Luzan 5, S.A.1.990

Título: “Estudio de la evolución del PAE en las publicaciones de lengua española”

Autores: Tricas Sauras, Sandra y colaboradores.

Introducción:

La literatura anglosajona evidencia la aplicación del Proceso de Enfermería (PE) en los campos asistencial y docente. En este trabajo hemos querido comprobar la evolución del PE en las revistas españolas de mayor impacto. Así mismo, hemos estudiado las revistas incluidas en el índice de la sección bibliográfica del Index de Enfermería.

Objetivos:

- 1-Verificar en la literatura española la evolución del PE desde 1979 hasta 1999;
- 2-Determinar las características de los autores y del contenido de los artículos;
- 3-Evaluar cada fase del PE.

Metodología:

Diseño: Estudio descriptivo retrospectivo de las revistas: ROL de Enfermería (ROL), Enfermería Clínica (E.Cl.) y Enfermería Científica (E. Cf.).

Método:

1. *Análisis de contenido* de ROL, E. Cl. y E.Cf.: variables a estudiar: nº revistas /año y en total, nº autores /año, ciudad, características del autor /contenido (asistencial /docente, ámbito hospitalario u otros, aplicación, etc.), PE completo o sus fases (aspectos).
2. *Búsqueda en el índice de la sección bibliográfica del Index de Enfermería:* Descriptores: cuidados de Enfermería, diagnósticos de Enfermería, documentación, juicio clínico, juicio de Enfermería, juicio diagnóstico, intervenciones, planes cuidados, planes estandarizados, proceso de Enfermería, registros, valoración;
3. *Estudio comparativo* entre ROL, E. Cl. y E. Cf. mediante el test de contingencia Chi cuadrado (I.C.= 95%, programa informático SPSS 9.0)

Resultados:

1-Estudio de ROL, E. Cl. y E. Cf.: Un total de 158 artículos, en los que se indica el PE completo en 54 (34,1%); la Valoración en 72 (45,5%) predominando un esquema por necesidades (42), Patrones funcionales de salud (21 y sistemas (19); el enunciado de Diagnósticos de Enfermería en 97 (61,3%), utilizando la taxonomía de la NANDA en 87 de ellos; la Planificación de cuidados en 65 (41,1%) y la Evaluación en 39 (24,6%). Las ciudades con

mayor producción han sido: Barcelona (48), Madrid (31), Palma de Mallorca (12) y Pamplona (12). Predomina: actividad asistencial en los autores (77), trabajos realizados en ámbito hospitalario (92) y un contenido de aplicación asistencial (97). La media de autores por año se mantienen alrededor de 2,6, predominando los artículos de un solo autor. La producción de artículos es similar a lo largo de los años, con un incremento en 1994 a expensas de ROL y de E. Cl. Comparando las revistas (1992-1999), la producción de E. Cl. alcanza el 52% del total.

2- Estudio de las revistas recogidas en Index: Se encuentran 256 artículos de 52 revistas predominando en: Comunicación Enfermera (33), Index Enfermería (31), Revista A.E. Enfermería Urológica (31), Inquietudes (17), Enfermería Radiológica (15), Centros salud (11), Metas de Enfermería (10), e Impulso (10). Se observa un aumento progresivo desde 1996, destacando dicho año con 58 artículos y el primer semestre de 1999 con 60 artículos. La media de autores/artículo es de 2,37. Predomina los trabajos correspondientes a los descriptores Cuidados de Enfermería (57,6%), Diagnósticos de Enfermería (13,15%), Intervenciones de Enfermería (13,5%), Registros de Enfermería (6,9%) y PAE (4,9%).

Conclusiones: 1-La evolución de los artículos sobre el PE o sus fases es muy similar a lo largo de los años en ROL, E. Cl. y E. Cf., mientras que se observa un gran aumento en otras revistas de aparición reciente (Metas de Enfermería) o de ámbito más restringido (asociaciones, etc.); 2-En los autores destaca su actividad asistencial, y el contenido es de aplicación profesional en la atención al paciente; 3-Co respecto al análisis de las tres revistas de mayor impacto, la producción de E. Cl. alcanza el 52% del total entre 1992 y 1999.

Título: “Análisis sobre la implantación de la consulta de enfermería a demanda en Navarra”

Autoras: Marí i Puget, G; De Andrés Meneses, R; Martínez Inda, M^aJ; Moreno Hermosilla, S; Viejo Hernández, B; Zabala Jauregialtzo, A.

Introducción

Desde 1996, la Dirección de Atención Primaria de Navarra ha impulsado la consulta de enfermería a demanda, como uno de los servicios básicos de la oferta de su Cartera, poniéndose en marcha como tal de manera generalizada en 1998.

Objetivo general

Mejorar la accesibilidad de las personas residentes en Navarra para recibir atención por parte de las profesionales de enfermería relacionados con sus necesidades de cuidados.

Objetivos específicos

1. Verificar el proceso de implantación de la consulta de enfermería a demanda en cada zona básica de salud.
2. Conocer los motivos de consulta demandados por los ciudadanos en dicho servicio de enfermería.

Método

Se elaboro una hoja de seguimiento de dicho servicio, en la misma se solicitaba información sobre aspectos relacionados con la organización y otros relacionados con el proceso de atención de enfermería. También se pedía que notificaran que tipo de demandas solicitaban las personas atendidas.

En 1999 dicha hoja de monitorización se distribuye a la Jefa de Unidad de Enfermería de cada Zona Básica de Navarra para su cumplimentación. Los datos fueron agrupados por Areas de Salud.

Resultados

Los resultados obtenidos se agrupan en los siguientes apartados:

Aspectos organizativos:

- ♦ Existencia de agendas de citación a demanda: 80.1%
- ♦ N° de unidades básicas de atención medico-enfermera (UBA) con acuerdo: 87.7%
- ♦ N° de UBA con demanda de enfermería: 90.4%

Aspectos metodológicos:

- ♦ Utilización de historia clínica: 90.5%
- ♦ Planes de cuidados reflejados en la historia: 60.1%
- ♦ Planes de cuidados evaluados: 35.2%
- ♦ N° de necesidades básicas asumidas en consulta de enfermería:
 - De 0 a 4: 9.6%,
 - De 5 a 9: 55.3%
 - De 10 a 14: 35.1%
- ♦ Motivos de consulta:
Información: sobre toma de medicación, botiquín casero, consejo sobre fármacos, lactancia, utilización de servicios, aclaración de informes de

especialistas (tratamiento y pruebas complementarias), vacunación, recursos sociosanitarios, hospitalización, anticoncepción.

Aplicación de técnicas: inyectables, curas, crioterapia, vacunación, sondajes, traqueotomías, ostomías, reflectómetros.

Adquisición de habilidades: cuidados podológicos, utilización de inhaladores, cuidado de heridas, cuidados de ancianos, cuidados del bebé, ayuda en la toma de decisiones, técnicas de respiración, oxígeno en domicilio, técnicas de relajación.

Relacionados con los hábitos: hábitos saludables (promoción y prevención), obesidad, ejercicio/actividad, dejar de fumar, dejar de beber, alteraciones del sueño, higiene postural, alimentación saludable, estreñimiento, incontinencia.

Relacionados con etapas vitales: niñez, adolescencia, relación parental, ancianos, apoyo emocional en situaciones de crisis, problemas mentales (ansiedad, depresión), puerperio, procesos crónicos, cuidadores, pacientes terminales, atención al duelo, incapacidades, menopausia.

Tareas administrativas: cumplimentación de recetas.

Conclusiones

Las demandas de la población al profesional de enfermería están relacionadas con su necesidad de conocer como han de cuidarse en determinadas situaciones y/o etapas de su vida.

Sus necesidades están relacionadas con información, técnicas, adquisición de habilidades, apoyo para asumir hábitos saludables, soporte en etapas vitales y con tareas administrativas.

La implantación de este servicio se considera optima en aspectos organizativos. La aplicación del Proceso de Atención de Enfermería que realizan las profesionales de Atención Primaria de la red publica de Navarra es buena y mejorable.

Bibliografía

Dirección de Atención Primaria. *Consulta de enfermería*. Pamplona, mayo 1996.

Mason. *Normas de calidad de enfermería. Métodos de elaboración*. Doyma, 1998.

Notas:

En el diseño del póster se incluye un mapa de Navarra, en el mismo se especificaran los resultados obtenidos por área de salud. Son los siguientes:

Datos por áreas:

♦ **Navarra Norte:**

organizativas: agendas: 89.7%,
UBA con acuerdo: 81.1%
UBA con demanda de enfermería: 91.3%
metodología: Uso historia clínica: 94.4%
Planes de cuidados: 88.9%
Evaluación: 47.2%

♦ **Navarra Este:**

organizativas: agendas: 88.8%,
UBA con acuerdo: 80%
UBA con demanda de enfermería: 86.5%
metodología: Uso historia clínica: 99.2%
Planes de cuidados: 61.1%
Evaluación: 33.3%

♦ **Estella:**

organizativas: agendas: 63.2%,
UBA con acuerdo: 95.9%
UBA con demanda de enfermería: 93.8%
metodología: Uso historia clínica: 73.4%
Planes de cuidados: 36.7%
Evaluación: 28.5%

♦ **Tudela:**

organizativas: agendas: 78.8%,
UBA con acuerdo: 94%
UBA con demanda de enfermería: 90%
metodología: Uso historia clínica: 95%
Planes de cuidados: 54%
Evaluación: 32%

Título: “Evaluación del *Proceso de Atención de Enfermería*. Un instrumento de gestión que afianza la calidad científica de la actividad enfermera”

Autores: Rubio Montuenga, M^a José; Chico Mantegas, Francisca; Forcén Casado, Teresa; Lafuente Millán, Rosabel; Morte Romero, Asunción.

Hospital Comarcal De Calatayud. Zaragoza.

INTRODUCCION

La implantación del *Proceso de Atención de Enfermería*(PAE) supuso un cambio cualitativo importante en el planteamiento de la profesión de Enfermería. La utilización de un lenguaje común, unido a unos registros unificados, constituye una herramienta básica para la consecución de dicho proceso. A través de una evaluación periódica de los diferentes registros, conseguimos valorar, tanto su correcta aplicación, como aquellos aspectos susceptibles de mejorar.

OBJETIVOS

Presentar los resultados obtenidos de la evaluación del PAE en el *Hospital de Calatayud* a lo largo de cinco años, mediante un cuestionario consensuado entre el personal de Enfermería.

MATERIAL Y METODOS

La Comisión de Calidad de Enfermería fue la encargada de elaborar los registros del PAE así como un cuestionario con 24 criterios explícitos (figura 1) que posteriormente se utilizan para evaluar la calidad de dichos registros de Enfermería, basándose en los diferentes apartados del PAE (*Valoración, Plan de Cuidados, Gráfica de constantes, Medicación y dieta, Evolución y observaciones de enfermería, Control de exámenes complementarios*).

Cada año la Dirección de Enfermería establece mediante pactos con las diferentes Unidades, unos objetivos concretos a conseguir y cuyo logro, (a partir de una muestra suficiente de historias clínicas por unidad de enfermería), es evaluado por una enfermera responsable en presencia de personal de cada unidad.

RESULTADOS

La cumplimentación de todos los apartados ha sido en general muy buena destacando en particular los registros de la *Evolución de Enfermería* y del *Control de Exámenes Complementarios* con valores casi siempre del 100% debido a su utilización tradicional por parte de la enfermera. El *Protocolo de Valoración* es el apartado que más dificultades de registro presenta siendo la necesidad básica de ocio la menos valorada, aunque ha ido mejorando progresivamente en los cinco años evaluados (del 81% ha pasado al 90%) En cuanto al *Plan de Cuidados*(*Grafico 2*)se ha observado dificultad en la utilización de un lenguaje común para nombrar los **Diagnósticos de Enfermería**. Ambos fueron los de nueva introducción y más innovadores.

CONCLUSIONES

- ⇒ La evaluación periódica del PAE mejora los registros de enfermería.
- ⇒ Potencia la calidad científica de la actuación enfermera mediante feed-back y Formación Continuada.
- ⇒ Es una herramienta útil de gestión en enfermería.

Gráfico1: Protocolo de valoración del paciente

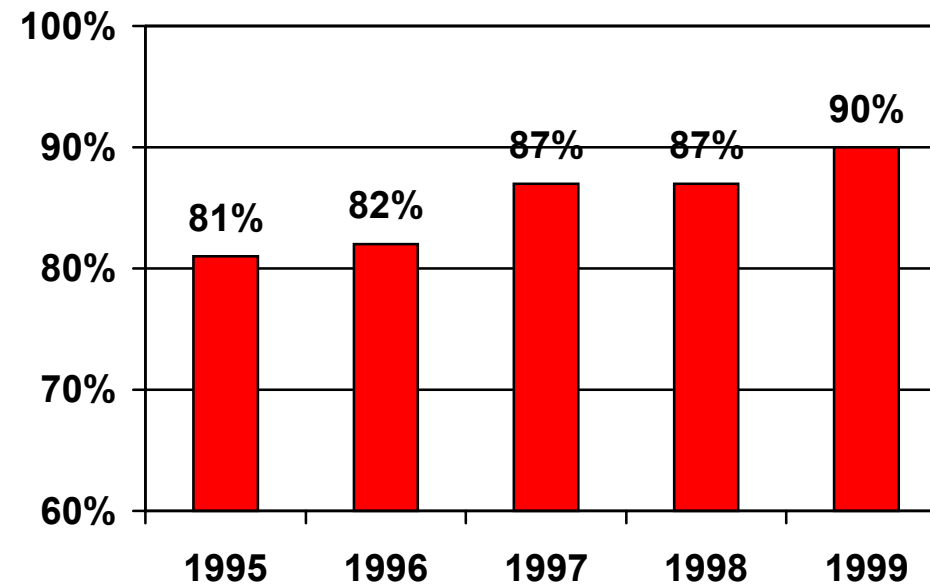


Gráfico 2: Cumplimentación del Plan de Cuidados

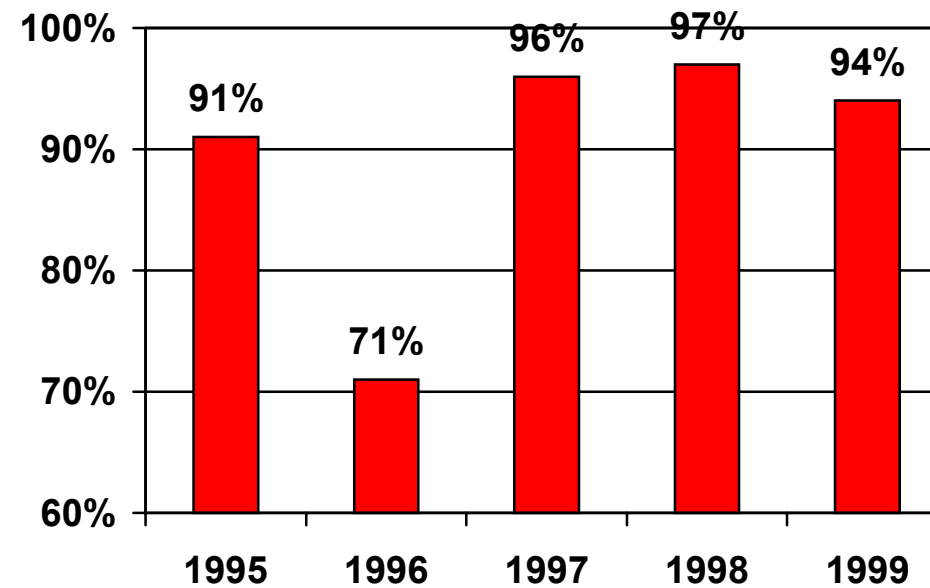
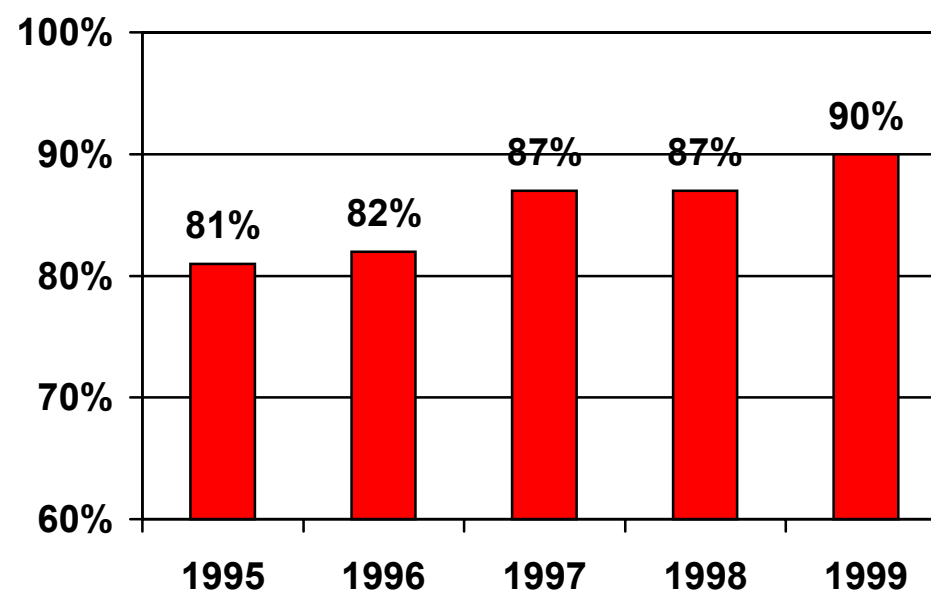


Gráfico3: Tasa media global por Unidades



PLAN DE CUIDADOS



HOSPITAL DE CALATAYUD

DATOS TECNICOS

FECHA

FIRMA

PROBLEMAS

OBJETIVOS

ACTIVIDADES

This image shows a full page of blank graph paper. The grid consists of small, equal-sized squares formed by thin black lines. There are 20 columns and 20 rows of squares, creating a total of 400 square units. The background is white, and the grid lines are evenly spaced across the entire area.

Figura 1

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE REGISTROS DE ENFERMERÍA

<u>Criterios</u>	<u>Puntos</u>	<u>Calificación</u>
PROTOCOLO DE VALORACIÓN:		
01.- Identificación del paciente	1	
02.- Datos generales	1	
03.- Necesidades básicas	10	
04.- Fecha y firma enfermera	1	
05.- Realizado en 24 horas tras ingreso	1	
<i>Puntos totales</i>	14	
PLAN DE CUIDADOS:		
06.- Identificación del paciente	1	
07.- Registro de problemas detectados en ingreso	1	
08.- Actualización de cuidados	1	
09.- Actividades en relación con problemas	1	
10.- Seguimiento del plan en turno mañana	1	
11.- Seguimiento en turno de tarde	1	
12.- Seguimiento en turno de noche	1	
13.- Datos técnicos en casillas correspondientes	1	
<i>Puntos totales</i>	8	
GRAFICA DE CONSTANTES:		
14.-Constantes diarias anotadas	1	
15.-Datos de glucemias/labstix	1	
16.-Datos de balance	1	
<i>Puntos totales</i>	3	
<u>MEDICACION-DIETA</u>		
17.-Identificación	1	
18.-Diagnostico, alergias..etc	1	
19.-Ejecución de ordenes medicas	1	
20.-Dieta	1	
<i>Puntos totales</i>	4	
<u>EVOLUCION/OBSERVACIONES DE ENFERMERIA</u>		
21.- Registro diario por turno	1	
22.- Fecha y firma de la enfermera	1	
23.- Informe de alta de enfermeria	1	
<i>Puntos totales</i>	3	
<u>CONTROL DE EXAMENES COMPLEMENTARIOS</u>		
24.- Anotacion de peticiones realizadas	1	
<i>Puntos totales</i>	1	
<u>OBSERVACIONES</u>		
Puntos a destacar al evaluar la historia de enfermeria:Diagnosticos de enfermeria utilizados,orden,tachaduras,tipex..etc		

Proceso Enfermero y Trastorno Límite de la Personalidad: ¿Un reto para Enfermería?.



M. Ferrer, B. Martín

C.A.S.M. Benito Menni. Barcelona.

Introducción

El Trastorno Límite o Borderline de la Personalidad (T.L.P.) puede definirse como “ inestabilidad del estado de ánimo, el pensamiento, la conducta, las relaciones personales y la imagen de uno mismo” (Harward Mental Health Letter, 1994).

Los objetivos generales de la atención de Enfermería en el T.L.P. son: 1) Ayudar a los pacientes a que identifiquen sus propias conductas y se hagan responsables de las mismas; 2) Contribuir a que desarrollen relaciones interpersonales satisfactorias.

Al realizar la valoración de este tipo de pacientes vamos a observar que suelen presentar diversos problemas de manera simultánea. Los mas importantes deberan identificarse y relacionarse con los diagnósticos de enfermería adecuados.

El objetivo de nuestro estudio es describir las dificultades encontradas en la aplicación del Proceso Enfermero en un grupo de pacientes diagnosticadas de T.L.P.

Material y métodos

El estudio, retrospectivo, proporciona información sobre la aplicación del Proceso Enfermero en 20 pacientes diagnosticadas de T.L.P. ingresadas en la unidad de agudos-femenina de nuestro centro, en los dos últimos años.

El marco conceptual en el que se basa la recogida de datos es el modelo de enfermería desarrollado por N. Roper y cols., que se fundamenta en integrar la atención de enfermería en el conjunto de fenómenos y situaciones de la vida de las personas.

Dos componentes de este modelo serán objeto de nuestro estudio:

Actividades vitales(A.V.): se incluyen dentro de este concepto todo el conjunto de actividades que configuran el proceso de vivir. Se determinan trece A.V., aunque para este estudio nos centraremos en las de Seguridad y Comunicación, ya que son las A.V. para las que este tipo de pacientes demuestra una menor capacidad de autonomía.

Continuo dependencia-independencia: hace referencia a la capacidad de autonomía de la persona para cada A.V., según las circunstancias en las que se encuentre. El instrumento de medida que se utiliza para determinar la capacidad de autonomía es la “Escala de grados de dependencia” (Nivel 0: Máxima Independencia/Nivel 4: Máxima Dependencia) que se utiliza, de manera sistemática, para evaluar a todas las pacientes con una periodicidad semanal a partir del momento del ingreso.

Resultados

Los principales **Diagnósticos de Enfermería** que asociamos a este tipo de trastorno y que afectan directamente a las A.V. de Seguridad y Comunicación son los siguientes:

1. **Afrontamiento Individual:Ineficaz.** 2. **Ansiedad** 3. **Alto riesgo de automutilación** 4. **Deterioro de la Interacción Social**

Los **Objetivos** determinados por Enfermería y que en un mayor número de ocasiones no se pudieron alcanzar fueron los siguientes:

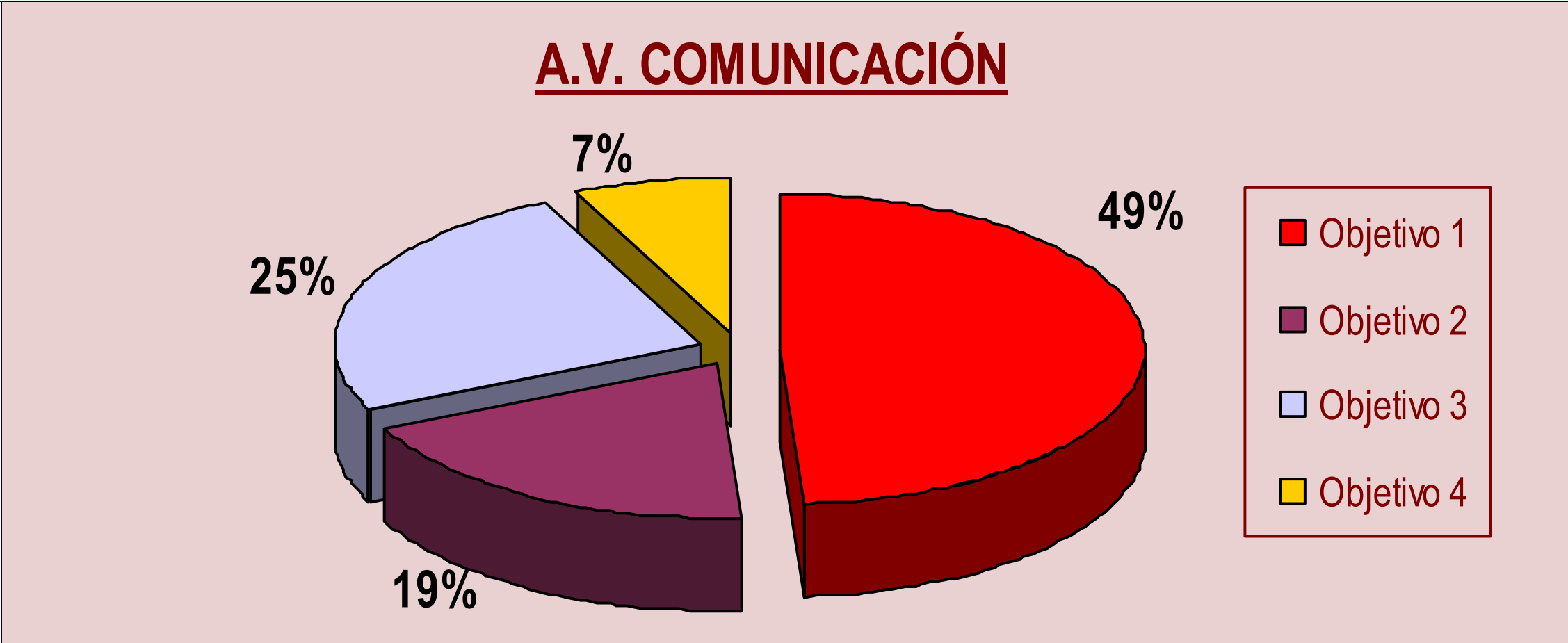
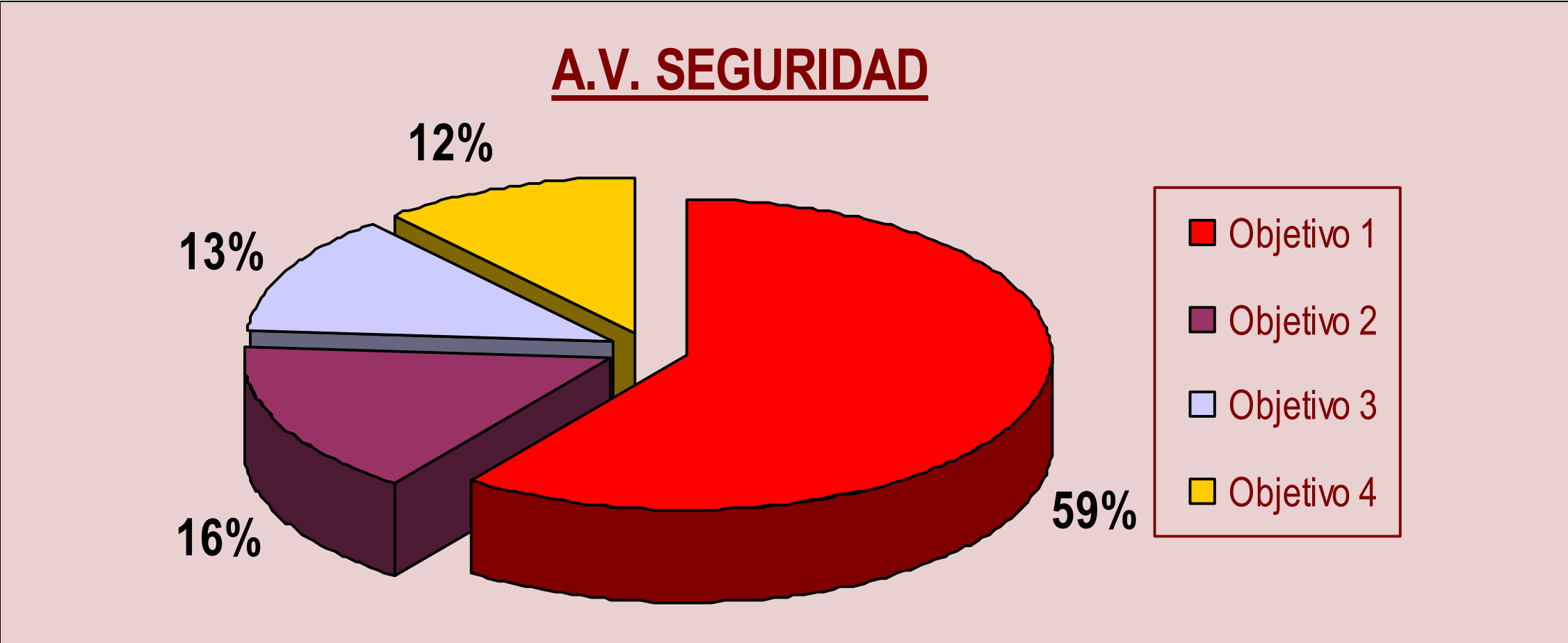
A.V. SEGURIDAD:

- 1.- Canalizar la ansiedad y/o agresividad de una manera adecuada, evitando autolesiones y manteniendo los límites del entorno
- 2.- Controlar la conducta, respetando los límites del entorno
- 3.- Promover el abandono de sustancias psicoactivas
- 4.- Experimentar un nivel de ansiedad manejable

A.V. COMUNICACIÓN:

- 1.- Evitar la manipulación profesional
- 2.- Sustituir las conductas ineficaces
- 3.- Establecer relaciones interpersonales adecuadas e implicarse emotivamente en ellas
- 4.- Aceptar normas de funcionamiento social

Los porcentajes que acompañan a cada uno de los objetivos, en los siguientes gráficos, hacen referencia a las ocasiones en las que Enfermería ha tenido que hacer frente a un retroceso hacia el polo de la dependencia



Conclusiones

Enfermería al planificar cuidados con este tipo de pacientes debe tener en cuenta que, las constantes fluctuaciones del estado de ánimo, la impulsividad de sus actos, la tendencia a manipular a los demás y la inestabilidad en las relaciones interpersonales, obstaculizan de manera continuada la eficacia de las intervenciones enfermeras, impidiendo el logro de los objetivos preestablecidos. Resulta esencial que el enfermero permanezca libre de prejuicios ante este tipo de pacientes, y es muy importante tener en cuenta que en numerosas ocasiones intentarán dividir emocionalmente al personal, felicitando a un grupo y degradando a otro, para alcanzar sus propósitos.

Las características descritas anteriormente, que podrían calificarse como “definitorias” de este tipo de trastorno, colocan al paciente en una continua fluctuación entre el polo de la independencia y la dependencia, con el consiguiente retroceso en el logro de objetivos, provocando el desaliento de los miembros del equipo de Enfermería y, por supuesto, también del paciente. Por este motivo, pensamos que deben definirse objetivos a muy corto plazo y muy concretos, centrados en las molestias o conductas ineficaces asociadas con las A.V. La existencia de unos límites consistentes y el reforzamiento contribuyen a que los pacientes definan sus límites, teniendo siempre en cuenta el personal sus propias fronteras terapéuticas y la necesidad de comunicarse entre sí con frecuencia.

La utilización del Proceso Enfermero puede suponer un reto para Enfermería, pero la atención a este tipo de pacientes, favorece el crecimiento, tanto del paciente como del enfermero, si ambos están dispuestos a trabajar juntos.

Título: “El protagonismo del Proceso de Enfermería”

Autoras: Arce Delgado, Esperanza; Bravo López, Raquel; Díaz López, Mónica; Etura Azpillaga, Beatriz; Martín Alonso, M^a Teresa; Roca Merchán, Mónica.

* Colaborador: Santiago Moraleda

Servicio de Cuidados Intensivos Pediátricos, Hospital Infantil La Paz, Madrid.

INDICE

1. Introducción.
2. Detección de la necesidad:
 - * Cómo surge la idea.
 - * Objetivos del grupo de trabajo.
 - * Beneficios para la unidad.
 - * Justificación de esta metodología de trabajo.
 - * Dificultades e inconvenientes.
3. Revisión bibliográfica.
4. Plan de Cuidados General del niño en situación crítica:
 - * Ambito de aplicación.
 - * Objetivos generales.
 - * Diagnosticos de Enfermería: # Objetivos específicos.
 # Actividades.
5. Registros:
 - * Hoja de Valoración Inicial: descripción y características.
 - * Gráfica diaria: características.

1. INTRODUCCION.

Esta exposición constituye una explicación del póster que nuestro grupo de trabajo ha presentado con el título **"El protagonismo del proceso de Enfermería"**, en el cuál están representados de forma esquemática los aspectos fundamentales de este trabajo, que gira en torno al *Plan de Cuidados general para el niño en situación crítica*, elaborado por nuestro grupo de trabajo, constituido por un grupo de enfermeras del Servicio de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital Infantil La Paz.

En la parte superior del póster encontramos el título, las componentes del grupo y el servicio al cuál representamos. Por debajo encontramos un esquema que representa la evolución del grupo de trabajo así como la situación y forma de trabajar previas, que nos impulsaron a la búsqueda, análisis e investigación de una metodología nueva de trabajo, basándonos, por supuesto, en el *Proceso de Enfermería*.

En la parte central del póster encontramos el nucleo del trabajo, son los problemas de riesgo que pueden presentar los pacientes pediátricos ingresados en nuestra unidad, cuyo único factor causante y predisponente es la hospitalización y separación de su entorno habitual, independientemente del motivo o situación fisiopatológica que cause el ingreso. Los hemos agrupado y ordenado según los *Requisitos de Autocuidado de Dorotea Orem*. Los problemas encontrados, detectados como *Diagnósticos de Enfermería*, son aquellos sobre los que podemos actuar de forma independiente, realizando las acciones que consideremos oportunas para solucionar el problema o reducir y prevenir las consecuencias derivadas de él. Respecto al primer requisito, *Mantenimiento del aporte suficiente de aire*, no hemos encontrados Diagnósticos de Enfermería que puedan ser aplicables a todos los niños que ingresan en nuestro servicio.

Por debajo encontramos las actividades para prevenir la aparición de los problemas antes enumerados. Las dos primeras actividades son comunes a todos los problemas, a continuación, están agrupadas las actividades propias y específicas para de cada problema.

Al final del todo, pero no menos importante está inscrita de forma resaltada la conclusión a la que llegamos tras realizar el estudio y desarrollo del trabajo, así como su aplicación a la práctica asistencial.

2. DETECCION DE LA NECESIDAD.

2.1. Cómo surge la idea:

La idea de crear un Plan de Cuidados para los niños ingresados en nuestra unidad surge de manera totalmente espontánea entre un grupo de enfermeras de la unidad ante la situación en que nos encontrábamos en la práctica diaria, que estaba caracterizada por:

* Insatisfacción y descontento con los registros de Enfermería existentes, creados hace aproximadamente 24 años, que si bien eran interesantes y adecuados para el trabajo de enfermería de entonces, resultan obsoletos y no se adaptan al desarrollo y

forma de trabajo actual:

- El único documento de enfermería lo constituía la gráfica diaria, donde se anotaban las constantes,
- se escribían las Observaciones de Enfermería y se escribía el tratamiento médico. Es insuficiente para documentar la actividad enfermera.
- Precisa reestructuraciones ante determinadas patologías.
- Existe una total dependencia de la planificación de cuidados de las órdenes médicas, no existe un espacio físico donde realizar una planificación de actividades propias de la función independiente de las enfermeras.

* En cuanto a la Hoja de Valoración Inicial, la existente en el Hospital Infantil, en el servicio no se estaba realizando porque no se ajustaba al trabajo en CIP, al ser un documento cerrado, sin autonomía para poder expresar y reflejar todos los datos recogidos.

Por lo tanto, lo que comenzó como un proyecto de elaboración de nuevos registros de enfermería para la unidad, más adecuados a nuestra práctica asistencial, fue evolucionando hasta terminar en el diseño de este Plan de Cuidados para el niño críticamente enfermo.

2.2. Objetivos del grupo de trabajo:

Al comenzar a reunirnos y trabajar, los objetivos que nos planteamos fueron:

- * Crear una Hoja de Valoración abierta.
- * Confeccionar una gráfica que se ajustase a nuestro trabajo.
- * Adaptar la filosofía del hospital, y el modelo de enfermería empleado (Teoría del Autocuidado de Dorotea Orem), a la práctica asistencial, mediante la creación de estos nuevos registros que reflejasen este modelo.

2.3. Beneficios para la unidad:

Los beneficios que pretendemos alcanzar a corto y medio plazo para toda la unidad, y en concreto para el personal de enfermería, adoptando y adaptando el proceso de enfermería a la práctica asistencial son:

- * Trabajar con un documento que facilita la administración de cuidados de calidad.
- * Emplear una herramienta que favorece la comunicación entre el personal.
- * Establecer una forma unificada y continua de actuar.
- * Disponer de un apoyo legal que justifica nuestra forma de trabajar.

2.4. Justificación de esta metodología de trabajo:

Cualquier disciplina adopta un Método propio de trabajo, la enfermería también lo necesita, porque el cuidado integral no puede ser dependiente de la improvisación o de la rutina. Para que estos cuidados sean de calidad, deben planificarse siguiendo una metodología rigurosa.

Sin el Proceso de Enfermería, cada persona actuaría de forma diferente, según su intuición, creencias y capacidad de improvisación. Trabajando así, las intervenciones se producen de forma fragmentada, sin continuidad, dificultando la coordinación y evaluación de las intervenciones. Es obligación de todo el personal de

enfermería proporcionar un medio que constituya la base de la profesión; es necesario realizar un esfuerzo para denominar los problemas que las enfermeras estudian y tratan, para así favorecer nuestra identidad profesional y poder clarificar los servicios que prestamos a la sociedad.

Si queremos sobrevivir como profesión, disponer de entidad y reconocimiento propio, las enfermeras debemos continuar proporcionando un cuidado de calidad que sea valorado por los enfermos, por los contratadores de los servicios de enfermería, y por la sociedad en general, y para lograrlo, lo mejor es emplear el rigor científico por medio del empleo de un proceso de enfermería.

2.5. Dificultades e inconvenientes:

Las dificultades e inconvenientes que pensamos se nos pueden plantear vienen de dos fuentes:

- La presencia por parte del personal de la unidad de una oposición al cambio, miedo a una sobrecarga de

trabajo, costumbrismo, falta de seguridad en la conveniencia de los registros.

- Relacionadas con el tipo de unidad, es decir, el hecho de ser un servicio de asistencia intensiva al niño críticamente enfermo que requiere asistencia inmediata y cuidados especializados. Están equipadas y diseñadas para cubrir los requisitos de pacientes en situación de compromiso vital con equipo instrumental y de diagnóstico sofisticado, y la necesidad de aplicar medios tecnológicos y terapias avanzadas, hace que el personal de estas unidades tenga una cualificación, preparación y entrenamiento especial. El trabajo de enfermería en las unidades de críticos está caracterizado por la dependencia de otras ciencias, sobre todo la médica, y el campo de actuación libre e independiente está limitado y restringido. Con este plan de cuidados general, pretendemos demostrar que incluso en estas unidades, las enfermeras somos responsables de determinados problemas y debemos planificar actividades para evitar que aparezcan, se agraven o reducir sus consecuencias.

3. REVISION BIBLIOGRAFICA.

Realizamos una recopilación de documentos, hojas de valoración inicial y gráficas, de diferentes unidades dentro del mismo hospital, ampliando posteriormente a una recogida procedente de otros hospitales de Madrid y otras comunidades. Al mismo tiempo se hizo un estudio de libros de texto sobre fundamentos de enfermería y selección de diagnósticos de enfermería adecuados.

Estos documentos fueron estudiados y analizados, recogiendo los aspectos y apartados que considerábamos útiles para nuestros propósitos, desechando otros llegando hasta el desarrollo completo del plan de cuidados. Contábamos con la ayuda, asesoramiento y supervisión por parte del conjunto docente de la Escuela Universitaria de Enfermería La Paz, Dirección de Enfermería del Hospital La Paz, Subdirección del Hospital Infantil, y por supuesto, Santiago Moraleda, supervisor del servicio.

En todo momento, la motivación para seguir trabajando ha sido propia, de las personas que componíamos el grupo de trabajo. Nunca ha sido impuesta, siempre

nos hemos movido por la necesidad sentida y compartida de conseguir un cambio en la metodología de trabajo.

4. EXPOSICION DEL PLAN.

4.1. Introducción:

Comprende una orientación lógica, mental, clara y esquemática de los problemas o dificultades que presenta el paciente. Incluye los resultados que esperamos alcanzar con nuestros cuidados y las acciones que debemos realizar para solucionar los problemas encontrados y prevenir la aparición de otros. Es un plan estándar, aplicable a todos los niños hospitalizados, desde el momento del ingreso y durante toda la hospitalización. Es muy importante, a la hora del ingreso, la realización del tratamiento oportuno de los procesos urgentes, para esto realizamos la priorización de problemas. En una unidad de este tipo realizamos de forma simultánea la detección de problemas y actuación.

Se observa que en todos los problemas que se enunciarán a continuación, la primera actividad que aparece reflejada es la valoración de los signos y síntomas característicos del problema, así como de los factores concurrentes y/o causantes, la siguiente actividad es la disminución de estos factores en la medida de nuestras posibilidades o su eliminación. Otras, actividades como la de informar al niño de todos los procedimientos a realizar siempre contando la verdad e información adecuada a la edad y desarrollo madurativo, para obtener su colaboración, no originando desconfianza y dando al niño la opción de elegir cuando podamos respetar su opinión; y la creación de un ambiente terapéutico permitiendo tener objetos próximos y conocidos al niño y flexibilizar los horarios de visita, también se repiten en cada problema. En el póster de la exposición, para no ser reiterativas, únicamente las hemos puesto al principio, representando esquemáticamente que son propias a todos los grupos de actividades, enumerando a continuación, agrupadas, el resto de actividades características de cada Diagnóstico de Enfermería.

4.2. Ambito de aplicación:

Pacientes pediátricos ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos independientemente de la edad o patología que presenten.

4.3. Objetivos Generales:

Los objetivos generales son a largo plazo y debe ser mantenido durante todo el proceso de hospitalización.

- * El paciente pediátrico, ingresado en CIP, durante su estancia en la unidad no presentará problemas derivados de la hospitalización y de la propia enfermedad.

- * El paciente pediátrico, ingresado en CIP, durante su estancia en la unidad mantendrá cubiertos los requisitos universales de autocuidado.

4.4. Listado de Diagnósticos de Enfermería:

En este listado, en los problemas encontrados, sólo se han considerado los factores de riesgo que se encuentran por el hecho de ingresar en una unidad de cuidados intensivos, evidentemente, cada niño tendrá otros factores de riesgo relacionados con su situación individual.

A. Riesgo de alteración de la nutrición por defecto en relación:

* Proceso de hospitalización.

1. Objetivo: El paciente pediátrico, durante su estancia en CIP, mantendrá el peso adecuado para su edad, sexo, talla, constitución corporal y proceso patológico.

2. Actividades:

- Valoración del estado nutricional del paciente.
- Valorar factores causales: cambio hábitos, dolor, estímulos desagradables...
- Informar de los procedimientos al niño, según edad y capacidades.
- Reducir o eliminar los factores causales si es posible.
- Estimular el apetito.
- Llevar un registro diario de los alimentos ingeridos.
- Vigilar los efectos adversos en relación con el tratamiento.

B. Riesgo del déficit de volumen de líquidos relacionado con:

* Escasa ingesta secundaria al proceso de hospitalización.

1. Objetivo: El paciente pediátrico, durante su estancia en CIP, mantendrá un estado de hidratación adecuado.

2. Actividades:

- Valoración del estado de hidratación del paciente.
- Valoración de los factores causales: escasa ingesta...
- Informar de los procedimientos a efectuar.
- Reducir o eliminar los factores causales si es posible.
- Llevar un registro diario/horario de líquidos ingeridos y de las pérdidas.

C. Riesgo de alteración del patrón de eliminación, estreñimiento, relacionado:

* Proceso de hospitalización.

1. Objetivo: El paciente pediátrico, durante su estancia en CIP, mantendrá su patrón intestinal habitual.

2. Actividades:

- Valorar la situación del paciente en cuanto a la eliminación.
- Valorar factores causales: inmovilidad, cambio dieta, falta intimidad...
- Informar al niño de los procedimientos a efectuar.
- Promover medidas para evitar el estreñimiento: aumentar ingesta líquidos, fibra...
- Eliminar o reducir los factores concurrentes.

D. Riesgo de alteración del patrón sueño por defecto, insomnio relacionado:

* Proceso de hospitalización, separación de su medio.

* Estrés emocional.

* Síntomas molestos.

* Temor.

1. **Objetivo:** El paciente pediátrico mantendrá su patrón de sueño habitual en cantidad y calidad durante su estancia en CIP.

2. **Actividades:**

- Reducir o eliminar las distracciones ambientales e interrupciones del sueño.
- Aumentar las actividades del día según resulte indicado.
- Proporcionar medidas de comodidad para inducir el sueño.
- Reducir el riesgo de lesión durante el sueño.

E. Riesgo de hospitalismo, carencia afectiva, relacionada con:

- * Proceso de hospitalización: separación de los padres y entorno social.
- * Agresiones constantes hacia su persona.

1. **Objetivo:** El paciente pediátrico ingresado se adaptará a los cambios producidos por la hospitalización de

acuerdo a su edad, características físicas, de personalidad y tipo de enfermedad; al mismo tiempo, no presentará manifestaciones desadaptativas fisiológicas y/o psicológicas derivadas de la hospitalización durante su estancia en CIP.

2. **Actividades:**

- Valorar la posible aparición de manifestaciones, tempranas o tardías, derivadas de la hospitalización.
- Mantener informado al niño.
- Establecer un ambiente terapéutico adecuado.
- Proporcionar comodidad.
- Fomentar la autonomía.

F. Riesgo de déficit de bienestar físico/psicosocial relacionado con:

- * Proceso de hospitalización.

1. **Objetivo:** El paciente pediátrico durante su estancia en CIP mostrará una reducción/desaparición de las

manifestaciones fisiológicas y/o psicológicas aparecidas como consecuencia de la hospitalización.

2. **Actividades:**

- Valorar edad y grado de madurez según etapa de desarrollo del niño.
- Promover un ambiente agradable.

G. Riesgo de déficit de bienestar relacionado con dolor:

1. **Objetivo:** El paciente pediátrico ingresado en CIP, durante su estancia y de acuerdo con su edad y capacidad,

identificará la fuente de su dolor, las actividades que aumentan y disminuyen éste, y recibirá consuelo durante su experiencia dolorosa.

2. **Actividades:**

- Valorar los factores causales y concurrentes, experiencia dolorosa del niño y la presencia de ideas equivocadas sobre el dolor o su tratamiento, asociar dolor castigo.
- Reducir los factores causales o concurrentes si es posible.

H. Riesgo de lesión en relación con:

- * Falta de conocimientos.

* Proceso de hospitalización: ambiente desconocido, peligros que le rodean.

1. **Objetivo:** El paciente pediátrico durante su estancia en CIP, no presentará lesiones de ningún tipo.

2. **Actividades:**

- Valoración de la situación personal y características de la unidad.
- Informar y orientar, según características individuales del niño, al ingreso, sobre el entorno de la unidad. Evitar mentiras y brindar toda la información que solicite el niño.
- Identificar medidas preventivas necesarias y ponerlas en marcha.

I. Riesgo de deterioro de la integridad cutánea en relación con:

* Inmovilidad.

1. **Objetivo:** El niño ingresado mantendrá la integridad de la piel durante su estancia en nuestra unidad.

2. **Actividades:**

- Valorar estado general de la piel, edad y capacidad de movilización.
- Informar al niño de la importancia de moverse para que no se le lesione la piel.
- Fomentar la participación de la familia: dando crema hidratante, ejercicios movilidad pasiva...
- Programación de cambios posturales.
- Empleo de dispositivos para eliminar la presión.
- Cuidados de aseo personal y generales, una vez al día y cada vez que sea preciso, evitar los factores ambientales que puedan erosionar la piel.
- Masaje, hidratar la piel con cremas y aceites mediante masajes suaves, evitando prominencias óseas y donde existan heridas.
- Fomentar ejercicios de movilidad activa, siempre que fuera posible, si no, planificar un programa de ejercicios pasivos.
- Nutrición: valorar una ingesta adecuada de calorías, proteínas y líquidos.
- Vigilar que la cama no tenga arrugas ni restos de comida.

J. Riesgo de incapacidad para el autocuidado en relación baño y aseo relacionado con:

* Falta de autonomía física para realizar el aseo.

* Falta de capacidad debido a la edad.

1. **Objetivo:** El niño permanecerá limpio y aseado durante su estancia en nuestra unidad.

2. **Actividades:**

- Valorar estado piel, mucosas, anejos, cavidades y pliegues del niño al ingreso.
- Mantener en la medida de lo posible los hábitos de aseo del niño.
- El aseo general se realizará cada 24 horas y siempre que sea necesario.
- Se informará al niño previamente, según capacidades y situación, y fomentar su participación.

- Aprovechar la administración de analgésicos para disminuir la incomodidad por dolor.
- Mantener la intimidad en la medida de lo posible.
- Aprovechar el aseo para realizar una valoración completa de la piel.
- Favorecer la movilidad articular y aprovechar para dar un masaje e hidratar la piel con cremas o aceites.
- Inspeccionar que en la cama no queden arrugas, ni esté húmeda ni queden restos de comida.
- Intentar mantener al niño limpio y seco en todo momento, minimizando la exposición de la piel a agentes externos como la humedad, empleando empapadores, compresas que absorban rápidamente la humedad.

K. Riesgo de la alteración de la imagen corporal en relación:

- * Inmovilidad.
- * Desnudez impuesta.
- * Tratamiento prescrito.

1. Objetivo: El niño no presentará trastornos de conducta derivados de la alteración de percepción de su imagen corporal, durante su estancia en nuestra unidad.

2. Actividades:

- Inmovilidad: # Valorar la necesidad de las sujeciones, si es necesaria, informar al niño y a la familia del por qué.
 - # Limitar la movilidad del niño lo mínimo imprescindible para asegurar su seguridad física.
 - # Mantener en todo momento una postura corporal anatómica y funcional.
 - # Favorecer que el niño se levante de la cama, en lactantes y niños pequeños, coger en brazos.
 - # Favorecer la movilidad del niño y mantener la piel cuidada.
 - # Favorecer la estancia de la familia con el niño el mayor tiempo posible.
 - # Favorecer una relación afectiva.
- Intimidad: # Informar al niño sobre la necesidad de permanecer con la mínima ropa posible para una mejor vigilancia y control.
 - # Respetar siempre la intimidad del niño, según edad y capacidades, sobre todo en el aseo y durante la eliminación, mediante biombo, y favorecer el uso de pijamas.
- Informar al niño de que cada procedimiento que se le haga, cuidar los comentarios que se realicen

delante de los niños y explicar la temporalidad de todo tipo de aparatajes y útiles terapéuticos.

L. Riesgo de alteración de la autoestima relacionado con:

* Proceso de hospitalización: separación padres y entorno habitual.

* Sentimiento de culpabilidad.

1. Objetivo: El paciente pediátrico ingresado, durante su estancia en CIP, no presentará sentimientos de inferioridad, fracaso, culpa, inseguridad, y se promoverá la confianza en sí mismo.

2. Actividades:

- Valorar manifestaciones de retraimiento y/o somatización, rechazo de retroalimentación positiva y exageraciones negativas, dificultad para expresar ideas y/o sentimientos.
- Establecer una relación de confianza con el niño y proporcionarle la oportunidad para que exprese sus temores, preocupaciones y enojo.
- Promover la interacción social.
- Ayudar al niño a entender sus experiencias.
- Mantener el sentido de la integridad.

M. Riesgo de ansiedad relacionado con:

* Ambiente extraño, separación familiar.

* Incomodidad.

1. Objetivo: El paciente pediátrico ingresado en CIP, durante su estancia en nuestra unidad no presentará signos ni síntomas de ansiedad y se sentirá seguro en la unidad.

2. Actividades:

- Valorar factores fisiológicos, emocionales, aspectos cognoscitivos, aspecto general, manifestaciones según la edad, nivel de ansiedad y causa.
- Ayudar a la persona a reducir su nivel de ansiedad proporcionando bienestar y seguridad y mediante técnicas de relajación.
- Disminuir la ansiedad por hospitalización informando sobre las características de la unidad, fomentando su participación y proporcionando métodos de entretenimiento.
- Favorecer medioambiente terapéutico.

N. Riesgo de temor relacionado con:

* Ambiente hostil y extraño.

* Falta de conocimientos.

* Procedimientos que implican penetración corporal.

1. Objetivo: El paciente pediátrico ingresado en CIP durante su estancia se sentirá cómodo psíquica y fisiológicamente y mostrará una disminución de la respuesta física, emocional, intelectual y social asociadas al temor.

2. Actividades:

- Valorar respuesta física, emocional, aspecto general, respuesta social e identificar la secuencia de desarrollo de los temores en la niñez.
- Proporcionar medioambiente terapéutico.
- Ayudar a reducir el temor.

5. REGISTROS.

5.1. Hoja de Valoración Inicial:

Constituye el documento donde se recogen una serie de datos que dan información acerca del estado del niño al ingreso y nos orienta sobre los hábitos y costumbres habituales, lo que nos sirve para tratar de hacer la estancia del niño lo menos traumática posible, y tratarle como un conjunto biopsicosocial en desarrollo.

La información recogida permite formular diagnósticos y planificar actividades en base a los requisitos de autocuidado alterados. Estos los encontramos agrupados según el modelo de enfermería utilizado. No se repiten en sus diferentes apartados y su situación facilita la localización.

La característica más importante es la disposición en cada unidad de información de un espacio abierto para garantizar el registro de hechos que no figuren en el impreso.

5.2. Gráfica diaria:

Constituye simultáneamente un registro de Enfermería y un registro médico. La parte posterior está ocupada en su totalidad por la Valoración Continua y el Plan de Cuidados. El espacio está dividido por Requisitos de Autocuidado, habiendo en cada uno diferentes divisiones para cada aspecto a valorar o actividades que planificar, de forma que cada dato recogido o actividad planificada quedaría reflejada dentro del requisito correspondiente.

Título: “Experiencia de metodología enfermera en la Fundación Hospital Alcorcón”

Autores: Martínez Piedrola, M^a Magdalena; Sánchez Lozano, Francisco.

La aportación de la disciplina enfermera y en base a ella, el ámbito de competencias de los profesionales se concreta en la PRESTACIÓN DE CUIDADOS, teniendo como referente un Modelo Científico dentro del Proceso de Enfermería. Como marco conceptual se ha tomado el MODELO DE VIRGINIA HENDERSON. Como estructura de trabajo un aplicativo informático.

El papel que desarrolla la enfermería de la FHA se define como: GESTORA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA. De ella dependen todas las decisiones que afectan al paciente/cliente/usuario en lo referente al cuidado.

La necesidad de construir formas asistenciales alternativas, justificadas en los beneficios de la atención sanitaria y en las alternativas a la hospitalización tradicional, dependen sobre todo de los servicios y cuidados enfermeros en la FHA.

La coordinación entre los diferentes niveles asistenciales sobre la base del Plan de Cuidados de Enfermería y las intervenciones de apoyo sobre las redes familiares y sociales son factores clave.

Hemos de destacar que la población de enfermería es muy joven en nuestra organización, que se ha desarrollado un amplio plan de formación en Metodología enfermera, que junto con la aplicación informática nos ha ayudado a trabajar dentro de unas líneas innovadoras para la enfermería.

Para conocer lo que ha supuesto a los profesionales de enfermería que trabajan en la FHA el uso de las herramientas informáticas en su labor diaria como gestores de cuidados, se ha realizado una encuesta para detectar y reflejar los puntos de mejora en la formación del personal en cuanto a metodología enfermera.

Como resultados destacar que es necesario:

- Conocer como se ha de mejorar la adquisición de habilidades y conocimientos informáticos necesarios para que el personal pueda asumir con satisfacción y eficacia su actividad profesional.
- Unificar criterios de formación para todo el personal de enfermería en METODOLOGÍA ENFERMERA.
- Detectar actitudes en el trabajo diario con los sistemas informáticos.
- Establecer y asegurar mínimos de calidad asistencial en la aplicación de cuidados enfermeros mediante el uso de los programas informáticos.

Creemos y afirmamos que la informática asociada a la metodología enfermera mejora la calidad de la información acerca de las necesidades de enfermería en el cuidado enfermero, personaliza la atención de enfermería y coordina la actuación de los diferentes profesionales implicados en el cuidado del usuario hospitalario (el paciente y su familia).

EXPERIENCIA DE METODOLOGÍA ENFERMERA EN LA FUNDACION HOSPITAL ALCORCON

El ámbito de competencia de los profesionales se concreta en PRESTAR CUIDADOS, teniendo como referente un Modelo Científico dentro del Proceso de Enfermería. Marco Conceptual el MODELO DE VIRGINIA HENDERSON. Como estructura de trabajo un aplicativo informático.

El papel que desarrolla la enfermería de la FHA se define como.
GESTORA DE CUIDADOS DE ENFERMERIA.

De ella dependen todas las decisiones que afectan al paciente/cliente/usuario en lo referente al cuidado.

La necesidad de construir formas asistenciales alternativas, justificadas en los beneficios de la atención sanitaria y en las alternativas a la hospitalización tradicional, dependen sobre todo de los servicios y cuidados enfermeros en la FHA.

Hemos de destacar que la población de enfermería es muy joven en nuestra organización, que se ha desarrollado un Plan de Formación en Metodología Enfermera, junto con la aplicación informática nos ha ayudado a trabajar dentro de unas líneas innovadoras para enfermería

Se ha realizado una encuesta entre todos los profesionales de enfermería, para detectar y reflejar los puntos de mejora en la formación del personal en cuanto a metodología enfermera.

- . Establecer PLAN DE FORMACIÓN INFORMÁTICO
- . Unificar Criterios de METODOLOGÍA ENFERMERA

RESULTADOS

- . Establecer y asegurar mínimos de calidad asistencial en la aplicación de cuidados enfermeros.

- . Rentabilizando los programas informáticos.

CREEMOS Y AFIRMAMOS QUE LA INFORMÁTICA ASOCIADA A LA METODOLOGÍA ENFERMERA MEJORA LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN ACERCA DE LAS NECESIDADES DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO ENFERMERO, PERSONALIZA LA ATENCIÓN Y COORDINA LA ATENCIÓN DE LOS DIFERENTES PROFESIONALES IMPLICADOS EN EL CUIDADO DEL USUARIO HOSPITALARIO, (EL PACIENTE Y SU FAMILIA).

Autores:
Ibañez Pardo, Manuel.
Martínez Piédrola, M^a Magdalena.
Sánchez Lozano, Francisco M^a.



Ibáñez Pardo, Manuel

Martínez Piédrola, M^a Magdalena

Sánchez Lozano, Francisco

CUIDAR BAJO LA VISIÓN DE UNA NORMA, CON CRITERIOS DE UNIDAD Y CALIDAD

DIAGNÓSTICO Y PROCESO DE ENFERMERÍA:

Eficiencia, Equidad, Calidad y Orientación al usuario son las palabras claves que presiden las reformas emprendidas en las organizaciones sanitarias durante los últimos años.

La aportación de la disciplina enfermera y en base a ella el ámbito de competencia de los profesionales se concreta en la PRESTACIÓN de CUIDADOS.

Enfermería tiene como filosofía general: “CUIDAR”

Cambios en la percepción y expectativa de los ciudadanos hacia los servicios de enfermería, hacen plantearse la necesidad de una cuidadosa orientación hacia el cliente.

Las características del proceso de Cuidar, su base en la identificación de los problemas específicos de cada cliente y en la elaboración de los planes de cuidados asistenciales individualizados, permite responder a una de las demandas más claras de los ciudadanos. El hecho de que los servicios de enfermería garanticen la atención continuada al paciente durante las 24 h, añade aún más fuerza a su papel en el logro de expectativas relacionadas con la Calidad percibida.

Es el DIAGNÓSTICO Y PROCESO DE ENFERMERÍA, la base metodológica del ejercicio de la PROFESIÓN ENFERMERA

Es un Modelo Conceptual, que está relacionado con los tres campos generales de desarrollo de la actividad enfermera: **Práctico, Docente, Investigador**; ninguno de ellos separado de su componente **administrador**.

La enfermería está convencida de la necesidad de adoptar un **modelo enfermero** basado en -DIAGNÓSTICOS Y PROCESOS- que no ayude a precisar la naturaleza de los cuidados que damos, este sería el paso fundamental dentro de nuestra profesión, para delimitar claramente el área de competencia.

El Proceso de Enfermería es el que confiere el carácter de disciplina científica. La resolución de los problemas de una forma metodológica conlleva un modo de proceder metódico y sistemático cuyo perfeccionamiento tiene como resultado la mejora de la eficacia en la prestación de cuidados enfermeros.

Esta forma de proceder es la que nos hace buscar nuevas líneas de investigación para enfermería, que se denominarían GUÍAS DE ENFERMERÍA y que definiríamos como aquellos Planes de Cuidados Asistenciales - para la normalización de la Actividad Enfermera-, que se aplican en relación a los cuidados que requieren los pacientes, con **criterios de unidad y calidad**.

MODELO ENFERMERO
V.Henderson

UNIDADES HOSPITALIZACIÓN

UNIDADES DIAGNÓSTICAS

GUÍAS DE CUIDADOS

CONCLUSIÓN

NORMALIZACIÓN DE LA
ACTIVIDAD ENFERMERA
UNIDAD DE CRITERIOS
Y CALIDAD

Título: “Diagnóstico y proceso de enfermería: “Cuidar bajo la visión de una NORMA con criterios de UNIDAD y CALIDAD”.

Autores: Martínez Piedrola, M^a Magdalena; Sánchez Lozano, Francisco.

Eficiencia, equidad, calidad y orientación al usuario son las palabras clave que presiden las reformas emprendidas en las organizaciones sanitarias durante los últimos años.

La aportación de la disciplina enfermera y en base a ella el ámbito de competencia de los profesionales se concreta en la PRESTACIÓN DE CUIDADOS. Enfermería tiene como filosofía general: **“CUIDAR”**.

Cambios en la percepción y expectativas de los ciudadanos hacia los servicios de enfermería, hacen plantearse la necesidad de una cuidadosa orientación al cliente. Las características del Proceso de Cuidar, su base en la identificación de los problemas específicos de cada cliente y en la elaboración de los planes asistenciales individualizados, permite responder a una de las demandas más claras de los ciudadanos. El hecho de que los servicios de enfermería garanticen la atención continuada al paciente durante las 24 horas, añade aún más fuerza a su papel en el logro de expectativas relacionadas con la calidad percibida.

Es el DIAGNÓSTICO Y PROCESO DE ENFERMERIA, la base metodológica del ejercicio de la Profesión Enfermera.

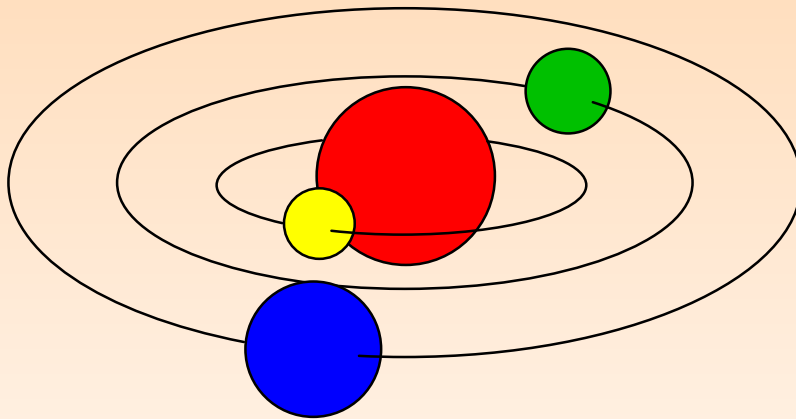
Es un Modelo Conceptual, que está relacionado con los tres campos generales de desarrollo de la actividad enfermera: **Práctico, Docente, Investigador**, ninguno de ellos separado de su componente **administrador**.

La enfermería está convencida de la necesidad de adoptar un **modelo enfermero** basado en – DIAGNÓSTICOS Y PROCESOS– que nos ayude a precisar la naturaleza de los cuidados que damos, éste sería el paso fundamental dentro de nuestra profesión, para delimitar claramente el área de competencia.

El Proceso de Enfermería es el que confiere el carácter de disciplina científica. La resolución de los problemas de una forma metodológica conlleva un modo de proceder metódico y sistemático cuyo perfeccionamiento tiene como resultado la mejora de la eficacia en la prestación de los cuidados enfermeros.

Esta forma de proceder es la que nos hace buscar nuevas líneas de investigación para enfermería, que se denominarían **GUÍAS DE ENFERMERÍA**, y que definiríamos como aquellos **Planes de Cuidados Asistenciales - para la Normalización de la Actividad Enfermera-, que se aplican en relación a los cuidados que requieren los pacientes, con criterios de unidad y calidad.**

PLAN DE CUIDADOS EN PRUEBAS ENDOSCOPICAS

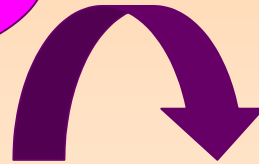


- **Delgado Sánchez, Pilar**
- **Díaz Rodríguez, Dania**
- **López Poves, Eva**
- **Menchén Tabasco, M^a Carmen**

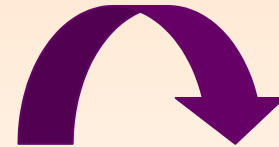
**Unidad de Endoscopias de la
Fundación Hospital de
Alcorcón. Madrid.**

Estudio realizado en la F.H.A.

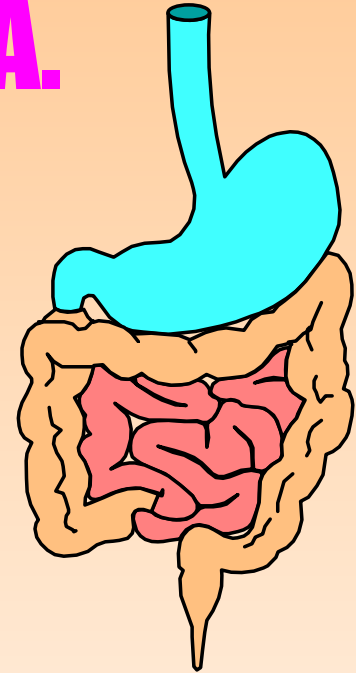
**1359 GASTROSCOPIAS
MARZO 98 - MAYO 99**



**1480 GASTROSCOPIAS
JUNIO 99 - FEBRERO 2000**



**PLAN DE CUIDADOS
ESTANDARIZADO DE
GASTROSCOPIA**



REGISTROS DE ENFERMERIA

- **Atención integral del paciente-cliente.**
- **Unificar un lenguaje profesional.**
- **Registrar la actividad enfermera.**
- **Favorecer la comunicación entre servicios.**



PLAN DE CUIDADOS DE GASTROSCOPIA (1)

DIAGNÓSTICO	OBJETIVOS	ACTIVIDADES
RIESGO DE ASPIRACIÓN RELACIONADO CON: ■ Dificultad para tragar ■ Aumento de la presión gástrica. ■ Reflejo tos/náusea deprimido	■ Mantendrá las vías aéreas permeables ■ No presentará signos y síntomas de aspiración ■ Adoptará posturas preventivas de aspiración	■ Posiciones. Colocar en cama (D. L. izquierdo) ■ Ayuno. Comprobar ■ Valorar permeabilidad de vías aéreas ■ Mantener inmovilización durante la prueba ■ Retirar elementos peligrosos y/o contaminantes ■ Valorar reflejos de tos y náuseas

DIAGNÓSTICO	OBJETIVOS	ACTIVIDADES
RIESGO DE PATRÓN DE RESPIRACIÓN INEFICAZ RELACIONADO CON: ■ Cuerpo extraño (endoscopio) ■ Ansiedad	■ Mantendrá su patrón respiratorio.	■ Observar signos y síntomas de insuficiencia respiratoria. ■ Poner oxígeno ■ Mantener oxígeno ■ Retirar oxígeno ■ Poner monitorización ■ Mantener monitorización ■ Valorar registro del monitor ■ Retirar mtorización ■ Instruir sobre ejercicios respiratorios ■ Instruir sobre técnicas de relajación ■ Estimular verbalmente.

Plan de
cuidados

Enfermería

- > Colaboración
- < Ansiedad
- < Temor
- > Conocimiento

Recomendaciones
al alta

Usuario



DIAGNÓSTICO	OBJETIVOS	ACTIVIDADES
RIESGO DE INFECCIÓN RELACIONADO CON: ■ Procedimiento invasivo (endoscopia) ■ Exposición ambiental	■ No presentará signos y síntomas de infección	■ Arreglo de cama (camilla) ■ Retirar elementos peligrosos y/o contaminantes (instrumental de endoscopia) ■ Protocolo limpieza de endoscopios.
RIESGO DE ANSIEDAD RELACIONADA CON: ■ Falta de conocimientos	■ Verbalizará sus dudas antes de empezar la prueba ■ Estará informado de todos los cuidados que se le realicen	■ Informar al paciente sobre el procedimiento que se le va a realizar ■ Establecer código de comunicación. Gestual ■ Actuar con tranquilidad y sin prisas ■ Responder a las preguntas y dudas del paciente ■ Observar expresiones no verbales ■ Observar signos y síntomas de ansiedad

(4)

DIAGNÓSTICO	OBJETIVOS	ACTIVIDADES
RIESGO DE DÉFICIT DE CONOCIMIENTOS RELACIONADO CON: ■ Falta de información ■ Mala interpretación de la información	■ Demostrará comprensión de los cuidados pautados al alta ■ Expresará conocer los efectos secundarios al alta	■ Informar al paciente. Recomendaciones al alta ■ Responder las preguntas y dudas del paciente ■ Entregar documentación y recomendaciones al alta ■ Instruir sobre restricciones dietéticas



PLANES DE CUIDADOS EN PRUEBAS ENDOSCOPICAS

El trabajo realizado está basado en la utilización de Planes de Cuidados Estandarizados según el Modelo de Virginia Henderson, de todas las pruebas endoscópicas que se realizan en nuestra unidad (gastroscopias, colonoscopias, cistoscopias, bronoscopias, CPRE).

Con la apertura de la Unidad de Endoscopias de la Fundación Hospital de Alcorcón (Marzo 1998) surgió la necesidad de trabajar con Planes de Cuidados de Enfermería, debido a la importancia que tiene dar continuidad a los cuidados de enfermería en pacientes hospitalizados y a la vez unificar criterios y modos de actuación comunes en la realización de pruebas endoscópicas.

Con la utilización de esta metodología de trabajo hemos conseguido la descripción y tipificación de cuidados, la validación de registros y la atención de enfermería, repercutiendo en la mejora de la calidad asistencial.

También es importante reflejar la repercusión del cuidado enfermero en los procesos de elaboración de las guías clínicas, así como nuestra participación dentro del coste por proceso.

Como ejemplo de nuestro trabajo presentamos el Plan de Cuidados Estandarizado de la Gastroscopia.

Título: “Estandarización de cuidados en los tumores óseos”

Autores: Vega Aller, Jose Carlos; San Rafael Gutiérrez, Sabiniaba; VEGA ESTRADA, Angela; Fernández Lacueva, Alicia; Bentue Gordo, Yolanda.

Vall d'Hebron Hospital. H. Traumatología, 2ª planta

OBJETIVO:

Describir las etapas de la estandarización de los cuidados en enfermería en la Unidad de Tumores Óseos.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Nuestro hospital ha adoptado el modelo conceptual de Virginia Henderson.

Basándonos en este modelo se realiza la historia de enfermería en los pacientes diagnosticados de tumor óseo maligno.

Posteriormente se determinan y enumeran los diagnósticos independientes e interdependientes.

El siguiente paso es la elaboración de objetivos y la planificación de actividades en función de dichos objetivos.

El último paso es la evaluación del proceso.

Paralelamente se ha de establecer el plan predefinido estándar y las tareas derivadas del diagnóstico médico.

CONCLUSIONES:

La estandarización permite normalizar las pautas de actuación, homogeneizarlas para un grupo determinado de pacientes, evitar la repetición de tareas y la realización de acciones innecesarias e individualizar los cuidados para cada paciente.

Título: “Cuidados Paliativos del paciente con SIDA”

Autores: Torreiro Pampín, M^a Luisa; García Campos, Ana; Rodríguez Crespo, Dolores; González González, María; Cerro Fornos, Rosario.

RESUMEN:

Los cuidados paliativos suponen un modo de asistencia en el que se intenta potenciar al máximo la dignidad de la persona mientras dura su vida.

Toda acción terapéutica implica la consideración de un doble objetivo: Se actúa sobre un ser humano al que hay que cuidar y además curar.

El proceso de atención de enfermería aplicado de forma regular aumenta la calidad de los, cuidados, permite una mayor coordinación evita omisiones o duplicidad, fomenta el establecimiento de objetivos mutuos(paciente y enfermera) y estimula al paciente a participar en su propio cuidado.

Asimismo ,ayuda a elaborar un plan de cuidados enfocado a las respuestas humanas, con lo que logra cuidar a la persona como un todo al asegurar la continuidad de los cuidados.

OBJETIVO:

El objetivo global de la planificación de cuidados paliativos de enfermería es “Ayudar al Paciente” a realizar aquellas actividades que él mismo llevara a cabo sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario.

Las acciones de enfermería fomentan la participación del paciente en la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud .

RESULTADOS:

El paciente con enfermedad relacionada con el VIH, presenta alteración de las necesidades básicas (respiración, alimentación, eliminación, movilidad, expresión y comunicación, descanso y sueño, autoestima,.....). que mediante la implicación tanto del paciente-familia-enfermera conseguiremos que estas necesidades básicas se vean cubiertas en un entorno seguro y terapéutico para el paciente.

CONCLUSIONES:

Los cuidados asistenciales a un paciente con SIDA ,no es distinta de la de otros pacientes. El progreso o no del paciente hacia la consecución de los adjetivos establecidos viene determinado por la continua valoración, reordenación de prioridades, fijación de nuevos objetivos, y revisión del plan de cuidados de enfermería.

BIBLIOGRAFÍA:

- R. Alfaro. Aplicación del Proceso de Enfermería. Edición Doyma 1988.
- Henderson V. Basic. Principles Of Nursing Care. International Council of Nurses. Ginebra , 1964.
- Barreto P. Cuidados paliativos al enfermo de SIDA en situación terminal. Revista pscol. gral. Aplic. 1944;47:201-208.

Título: “Caso clínico: seguimiento de una paciente con colitis ulcerosa”

Autores: Asunción Pons Prats; Aurelia Sastre Belmar; Mónica Pons Prats; Cinta Estrada Ferrando; Luisa Brull Gisbert.

Índice

• Introducción	Pág. 2
• Objetivos	Pág. 3
• Metodología	Pág. 3
• Desarrollo	Pág. 3,4
• Plan de cuidados	Pág. 5, 6, 7, 8, 9,
• Evaluación	Pág. 10
• Conclusiones	Pág. 10
• Bibliografía	Pág. 11

Introducción

En este trabajo presentamos el proceso de atención de enfermería aplicado a una paciente diagnosticada de colitis ulcerosa en una de sus reagudizaciones, ingresada en la Unidad de Especialidades 1 del Hospital Verge de la Cinta de Tortosa, donde está ubicada la especialidad de Digestología.

La colitis ulcerosa se define como una enfermedad crónica que cursa con inflamación de la mucosa del intestino grueso, se inicia generalmente en el recto y se extiende a todo el colon, se caracteriza por úlceras múltiples, inflamación difusa y descamación del epitelio, y presenta periodos de exacerbación y de remisión.

Es de etiología desconocida, pero actualmente se considera que puede tener una base autoinmune, de origen genético o de origen alérgico, pudiéndose desencadenar por agentes ambientales como los plaguicidas, aditivos alimentarios, tabaco y radiación.

Durante el periodo de exacerbación, los principales signos y síntomas son:

- Diarreas, en las que hay eliminación de sangre, mucosidad y pus. Presentando de 15 a 20 deposiciones diarias en los ataques agudos, además de tener tenesmo intermitente.
- Dolor abdominal en ocasiones.
- Frecuentemente, anorexia, náuseas y vómitos, también aumento de la temperatura, debilidad, anemia, deshidratación, pérdida de peso y hiperalbuminemia.



- Rectorragias frecuentes, por el sangrado de las úlceras.

Las personas con esta patología tienen un riesgo muy elevado de presentar cáncer de colon.

Objetivos:

- Unificar criterios de actuación y mejorar la práctica interdisciplinaria.
- Mantener el estado nutricional adecuado de la paciente.
- Mejorar la calidad asistencial y la satisfacción de la paciente.
- Disponer de herramientas para la informatización y la evaluación de los procesos.

Metodología:

Para la organización de las actividades de enfermería hemos seguido la metodología científica de trabajo, el marco conceptual de Virginia Henderson y para denominar los problemas de salud identificados la Taxonomía Diagnóstica de la NANDA .

Desarrollo:

Señora de 37 años que ingresa en nuestra unidad por abdominalgia, con presencia de diarreas y rectorragias. Diagnosticada de colitis ulcerosa hace aproximadamente un año y alérgica a la triamcinolona.

En el momento del ingreso estaba afebril, con una tensión arterial de 90/60 mmHg, frecuencia cardiaca de 70 pulsaciones por minuto y abdomen blando y depresible. Esta es su primera reagudización después de ser diagnosticada. Su tratamiento ambulatorio es Claversal: 2 desayuno, 2 comida, 2 cena; Prednisona: 30 mg/ día; Ranitidina: 300 mg / día.

En la valoración, en el momento del ingreso, la paciente no presentaba ninguna alteración del patrón respiratorio.

En cuanto a la necesidad de comer y beber presentaba anorexia con un peso de 52,100 Kg y una altura de 1,81 m. Tenía alterada la necesidad de eliminación ya que refería tenesmo intestinal, con unas 12 a 14 deposiciones diarias, diarreicas con mucosidad y restos hemáticos. Comentó que tenía osteoporosis y episodios de lumbalgia.

Al presentar tenesmo intestinal y dolor abdominal también por la noche, la propia patología no le permitía respetar sus ciclos de sueño.

No presentaba dificultad en vestirse y desvestirse y mantenía la temperatura corporal dentro de los límites normales.

Era independiente en cuanto a la realización de la higiene diaria, aunque observamos sequedad de piel, además de fisuras anales y hemorroides.



En principio no se observó ninguna alteración en la necesidad de evitar peligros.

La paciente no tenía ningún déficit sensorial aunque se mostraba reservada en cuanto a la comunicación con el equipo y la familia. En la relación con su madre actuaba de forma irritable. Parecía preocupada por las consecuencias de su enfermedad.

Referente a la necesidad de realización personal, al preguntarle por su patología, nos dijo que no entendía por qué había vuelto a recaer, que ella había seguido el tratamiento médico y creía que este problema estaba solucionado.

Entre sus aficiones preferidas destacaba la lectura.

Pudimos observar una alteración en la necesidad de aprender ya que nos hizo varias preguntas: ¿Por qué tengo esta enfermedad?, ¿Por qué he vuelto a recaer?.

Realizada esta valoración identificamos los siguientes diagnósticos de enfermería y problemas interdependientes.

Plan de cuidados

DE: Diagnóstico de enfermería

PI: Problema interdependiente

DE: ansiedad relacionada con el déficit de conocimientos sobre su patología y la hospitalización

Criterios de resultado/ Objetivos de la paciente

- La paciente demostrará comprensión de la información recibida.
- La paciente adquirirá los conocimientos y/o habilidades necesarias para manejar su situación de salud.

Actividades:

- Aplicar el protocolo de acogida.
- Proporcionar seguridad y bienestar (escucha activa, hablar lenta y tranquilamente, permanecer a su lado, comunicar comprensión...)
- Informarla de las técnicas y cuidados que se le van a realizar.
- Darle conocimientos sobre su patología de forma gradual, evitando dar exceso de información y tecnicismos.
- Comprobar que entiende lo que se le ha explicado.
- Proporcionarle material sencillo de consulta.
- Animarla a que pregunte todas sus dudas.

PI: diarreas

Objetivo de enfermería

- Vigilar signos y síntomas

Actividades:

- Controlar y anotar el número y el aspecto de las deposiciones en cada turno.
- Pesarla cada 24 horas.
- Facilitarle el acceso al W.C.
- Favorecer al máximo la intimidad.
- Administrarle la medicación prescrita.

PI: dolor abdominal y calambres

Objetivo de enfermería

- Vigilar signos y síntomas

Actividades:

- Valorar la aparición, intensidad, localización y naturaleza del dolor cada turno.
- Administrar los analgésicos prescritos y valorar su eficacia.
- Aplicar medidas no agresivas de alivio del dolor (aplicación local de calor, técnicas de relajación, estimulación cutánea...)

PI: fisuras anales

Objetivo de enfermería

- Vigilar signos y síntomas

Actividades:

- Indicarle que debe realizar una minuciosa higiene e hidratación de la zona anal y perianal después de cada deposición.
- Aplicar la pomada específica prescrita cada 12 horas.

DE: alteración del patrón del sueño relacionado con el dolor abdominal y el tenesmo

Criterios de resultado/ Objetivos de la paciente

- La paciente manifestará una mejoría en el patrón de sueño.



Actividades:

- Planificar los cuidados de manera que se respeten los periodos de descanso.
- Reducir la estimulación ambiental (cerrar la puerta, luces tenues, procurar instalarla en una habitación individual...)
- Proporcionar medidas de confort (sugerirle un baño de asiento antes de acostarse para disminuir las molestias, proporcionarle una almohada para aumentar la comodidad...)

DE: riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con el estado nutricional alterado

Criterios de resultado:

- La paciente durante la hospitalización no presentará alteración en la integridad cutánea.
- La paciente participará en la prevención de lesiones cutáneas

Actividades:

- Valoración cada turno del estado de piel y mucosas.
- Insistir en una correcta higiene e hidratación.
- Fomentar la movilidad cuando esté en la cama, para obtener una óptima circulación y cambiar los puntos de presión.

PI: riesgo de flebitis

Objetivo de enfermería

- Vigilar signos y síntomas

Actividades:

- Vigilar la aparición de edema y eritema en la zona de inserción del catéter cada turno.
- Manipular con la máxima asepsia.
- Cambiar el apósito cuando precise.

PI: alteración de la nutrición

Objetivo de enfermería

- Vigilar signos y síntomas

Actividades:

- Colocación de la sonda nasointestinal según protocolo para iniciar la dieta enteral.
- Aplicar protocolo de la nutrición enteral.
- Vigilar y prevenir la aparición de complicaciones derivadas de la nutrición enteral y de la sonda nasogástrica:
 - Movilizar la sonda para prevenir decúbitos cada turno.
 - Comprobar la correcta colocación de la sonda cada vez que se administre dieta o medicación.
 - Administrar agua para la limpieza de la sonda cada 6 horas.
 - Realizar controles de laboratorio según pauta.

DE: riesgo de alteración de la mucosa oral relacionado con la no ingesta oral y la instauración de la sonda

Criterios de resultado/ Objetivos de la paciente

- La paciente durante la hospitalización mantendrá la integridad de la cavidad oral

Actividades:

- Explicarle la importancia de la higiene oral para paliar los efectos de la no ingestión oral de alimentos.
- Proporcionarle los utensilios necesarios para la higiene buco-dental y soluciones antisépticas para hacer gárgaras, indicándole que lo haga cada 8 horas.
- Aplicarle vaselina o crema de cacao en los labios.

Evaluación

La paciente permaneció ingresada en nuestra unidad durante un periodo de cuatro semanas. En el momento de ser dada de alta realizamos la siguiente evaluación:

Demostró una mayor comprensión del proceso de su patología, adquirió conocimientos y habilidades para su autocuidado, aunque se mostraba reacia a aceptar la cronicidad de su enfermedad.

Con el tratamiento remitieron las diarreas aproximadamente en dos semanas y media, con lo que cedieron, al mismo tiempo, el dolor abdominal y los calambres, sin necesidad de analgésicos.

Después de enseñarle cómo debía hacerse una correcta higiene y cuidados de la piel, en tres días, la paciente nos demostró capacidad suficiente para realizar, ella misma, sus propios cuidados.



Al ser dada de alta seguía presentando fisuras anales que, con el cese de las diarreas, la aplicación de la pomada y los baños de asiento, tenían mejor aspecto. Se le indicó que continuara con los mismos cuidados.

Gracias al efecto de los analgésicos, la reducción de la estimulación ambiental, y las medidas de confort en solo una semana, la paciente consiguió descansar entre deposición y deposición, y finalmente restableció sus ciclos de sueño.

La paciente empezó a mantener y a aumentar de peso a medida que las diarreas iban cediendo. A las tres semanas del ingreso empezamos a probar la tolerancia oral de la dieta, pudiéndole retirar la nutrición enteral al cabo de dos días.

Conclusiones

El hecho de trabajar mediante un plan de cuidados individualizado facilitó el seguimiento de la paciente por parte de todo el personal asistencial que la atendió.

A medida que la patología iba evolucionando las actividades a realizar también se iban modificando ,obteniendo unos resultados satisfactorios en el momento del alta.

Trabajar siguiendo la metodología científica y el modelo de cuidados de Virginia Henderson como marco conceptual y unificar criterios de actuación, nos permitió mejorar la calidad asistencial y conseguir un mayor grado de satisfacción tanto de la paciente como de todo el personal que la atendió.

Bibliografia

- Hospital de Tortosa Verge de la Cinta. Direcció d'Infermeria. Mdel de cures d'infermeria. Tortosa: Revisió 1999.
- Riopelle L, Grondin L, Phaneuf M. Cuidados de enfermería. Un proceso centrado en la persona. Madrid: Interamericana McGraw-Hill, 1993.
- Carpenito L J. Diagnostico de Enfermería. 3ª ed. Madrid: Interamericana-McGraw-Hill, 1991.
- Brunner L S. / Suddarth D S. Enfermería medico-quirúrgica. 6ª ed. Madrid: Interamericana, 1989.
- Holloway M. Nancy. Planes de Cuidados de Enfermería Médico-Quirúrgica. Barcelona: Doyma,1990.
- Enciclopedia de la Enfermería.Ed. Océano/ Centrum.1998.
- Luis MT. Diagnósticos Enfermeros. 3ª ed. Madrid: Harcourt Brace, 1999.
- Ugalde M. Rigol A. Diagnósticos de Enfermería.Taxonomía NANDA. Barcelona: Masson SA, 1995.
- B. W.Du Gas, Tratado de Enfermería Práctica. 4ª Ed.Madrid: Interamericana, 1986.
- Enciclopedia de Medicina Interna. Barcelona: Masson-Salvat Medicina, 1991.

Valoración al ingreso

Señora de 37 años, diagnosticada de colitis ulcerosa hace aproximadamente un año, que ingresa en nuestra unidad por abdominalgia, con presencia de diarreas y rectorragias. Es alérgica a la triamcinolona.

- **Necesidad de respirar.** No presentaba ninguna alteración.
- **Necesidad de beber y comer.** Anorexia. Peso 52,100 Kg ,altura de 1,81 m.
- **Necesidad de eliminar.** Tenesmo intestinal, con unas 12 a 14 deposiciones diarias, diarreicas con mucosidad y restos hemáticos.
- **Necesidad de moverse y mantener una buena postura.** Osteoporosis y episodios de lumbalgia.
- **Necesidad de dormir y descansar.** El tenesmo intestinal y el dolor abdominal no le permitían respetar sus ciclos de sueño.
- **Necesidad de vestirse y desvestirse y mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales.** No presentaba ninguna alteración
- **Necesidad de estar limpio, aseado y proteger sus tegumentos.** Independiente en la higiene diaria. Tenía sequedad de piel, fisuras anales y hemorroides.
- **Necesidad de evitar los peligros. Seguridad psicológica:** preocupada por las consecuencias de su enfermedad. **Seguridad física:** no presentaba ninguna alteración. **Bienestar:** tenesmo intestinal y dolor abdominal
- **Necesidad de comunicar.** Reservada con el equipo y la familia. Relación madre-hija irritable.
- **Necesidad de actuar en cuanto a sus creencias y valores y ocuparse para realizarse.** No entendía por qué había vuelto a recaer, como ella había seguido el tratamiento médico, creía que este problema estaba solucionado.
- **Necesidad de recrearse.** Entre sus aficiones preferidas destacaba la lectura.
- **Necesidad de aprender.** ¿Por qué tengo esta enfermedad? ¿Por qué he vuelto a recaer?.

Plan de cuidados

DE: Ansiedad relacionada con el déficit de conocimientos sobre su patología y la hospitalización.

Criterios de resultado/ Objetivos de la paciente

- La paciente demostrará comprensión de la información recibida.
- La paciente adquirirá los conocimientos y habilidades necesarias para manejar su situación de salud.

Actividades:

- Aplicar el protocolo de acogida.
- Proporcionar seguridad y bienestar (escucha activa, hablar lenta y tranquilamente, permanecer a su lado, comunicar comprensión...)
- Informarla de las técnicas y cuidados que se le van a realizar.
- Darle conocimientos sobre su patología de forma gradual, evitando dar exceso de información y tecnicismos.

- Comprobar que entiende lo que se le ha explicado.
- Proporcionarle material sencillo de consulta.
- Animarla a que pregunte todas sus dudas.

PI: diarreas

Actividades:

- Controlar y anotar el número y el aspecto de las deposiciones en cada turno.
- Pesarla cada 24 horas.
- Facilitarle el acceso al W.C.
- Favorecer al máximo la intimidad.
- Administrarle la medicación prescrita.

PI: dolor abdominal y calambres

Actividades:

- Valorar la aparición, intensidad, localización y naturaleza del dolor cada turno.
- Administrar los analgésicos prescritos y valorar su eficacia.
- Aplicar medidas no agresivas de alivio del dolor (aplicación local de calor, técnicas de relajación, estimulación cutánea...)

PI: fisuras anales

Actividades:

- Indicarle que debe realizar una minuciosa higiene e hidratación de la zona anal y perianal después de cada deposición.
- Aplicar la pomada específica prescrita cada 12 horas.

DE: Alteración del patrón del sueño relacionado con el dolor abdominal y el tenesmo

Criterios de resultado/ Objetivos de la paciente

- La paciente manifestará una mejoría en el patrón de sueño.

Actividades:

- Planificar los cuidados de manera que se respeten los periodos de descanso.
- Reducir la estimulación ambiental (cerrar la puerta, luces tenues, procurar instalarla en una habitación individual...)
- Proporcionar medidas de confort (sugerirle un baño de asiento antes de acostarse para disminuir las molestias, proporcionarle una almohada para aumentar la comodidad...)

DE: Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con el estado nutricional alterado

Criterios de resultado:

- La paciente durante la hospitalización no presentará alteración en la integridad cutánea.
- La paciente participará en la prevención de lesiones cutáneas

Actividades:

- Valoración cada turno del estado de piel y mucosas.
- Insistir en una correcta higiene e hidratación.

- Fomentar la movilidad cuando esté en la cama, para obtener una óptima circulación y cambiar los puntos de presión.

PI: riesgo de flebitis

Actividades:

- Vigilar la aparición de edema y eritema en la zona de inserción del catéter cada turno.
- Manipular con la máxima asepsia.
- Cambiar el apósito cuando precise.

PI: alteración de la nutrición

Actividades:

- Colocación de la sonda nasointestinal según protocolo para iniciar la dieta enteral.
- Aplicar protocolo de la nutrición enteral.
- Vigilar y prevenir la aparición de complicaciones derivadas de la nutrición enteral y de la sonda nasogástrica:
 - Movilizar la sonda para prevenir decúbitos cada turno.
 - Comprobar la correcta colocación de la sonda cada vez que se administre dieta o medicación.
 - Administrar agua para la limpieza de la sonda cada 6 horas.
 - Realizar controles de laboratorio según pauta.

DE: Riesgo de alteración de la mucosa oral relacionado con la no ingesta oral y la instauración de la sonda

Criterios de resultado/ Objetivos de la paciente

- La paciente durante la hospitalización mantendrá la integridad de la cavidad oral

Actividades:

- Explicarle la importancia de la higiene oral para paliar los efectos de la no ingestión oral de alimentos.
- Proporcionarle los utensilios necesarios para la higiene buco-dental y soluciones antisépticas para hacer gárgaras, indicándole que lo haga cada 8 horas y aplicarle vaselina o crema de cacao en los labios.

Plan de cuidados: paciente con colitis ulcerosa

Título: “Proyecto de implantación del modelo conceptual de Virginia Henderson en Atención Primaria”

Autores: Nuria Beguer y colaboradores.

Los cambios de la sociedad actual, el envejecimiento de la población y la reforma de la atención primaria hacen necesario redefinir el rol de las funciones de la diplomada universitaria de enfermería (DUE) con el objeto de conseguir la excelencia de los cuidados de enfermería.

El modelo que para tal fin se ha escogido en l’Institut Català de la Salut (ICS), ha sido el conceptual de Virginia Henderson.

Es un modelo humanista y que visualiza a la persona como un ser biopsicosocial y con necesidades individualizadas. Tiene como meta la independencia de la persona en la satisfacción de las necesidades básicas. Enfermería cuida que estas 14 necesidades queden cubiertas en situaciones en que la persona/familia no las puede satisfacer con el objetivo de recuperar lo más pronto posible la autonomía. El modelo conceptual nos proporciona las directrices para la práctica; y los diagnósticos, la manera de identificar los problemas de las personas y las causas presentes en cada situación.

El plan estratégico escogido por la Dirección de Atención Primaria (DAP) Terres de l’Ebre ha sido el siguiente:

1. La primera fase es la formación de los agentes de cambio: los profesionales de enfermería de las 9 Áreas0 Básicas de Salud (ABS).
2. La segunda fase es la elaboración del proyecto para la implantación del modelo de Virginia Henderson.
3. La tercera fase es la elaboración del plan de acción para cada ABS:
 - a. Descripción de la situación actual.
 - b. Visualización de la situación deseada.
 - c. Fuerzas motrices del proyecto.
 - d. Análisis de las resistencias.
 - e. Elaboración del plan: diagnósticos, objetivos, acciones, medios, responsables, cronograma, seguimiento y evaluación.

Con la implantación de este nuevo modelo asistencial, pretendemos mejorar la calidad de la asistencia a través del rol autónomo de enfermería, disminuir las tareas burocráticas, situar a la enfermera mas cerca del domicilio del paciente con el fin de potenciar el rol autónomo de enfermería.

Título: “PAE en el programa de atención domiciliaria de A.P”

Autores: Peñacoba Maestre, Delia.

El envejecimiento progresivo de la población y la política sanitaria actual de prestar atención a los usuarios en sus domicilios, hace que el programa de atención domiciliaria cobre un protagonismo “estrella” en el trabajo diario del profesional de enfermería.

Como enfermera de Atención Primaria, echaba en falta un modelo de formato que me facilitara la recogida de datos para la valoración y posterior planificación de cuidados del usuario incluido en el protocolo de atención domiciliaria. Como sabéis, una buena valoración es el paso previo al establecimiento de unos diagnósticos de enfermería y plan de cuidados. Por ello, tras la consulta de bibliografía diversa, realicé el modelo que os presento y que funciona actualmente en mi área Sanitaria (Area VIII – Principado de Asturias).

Título: “Experiencia de la aplicación del PAE y los DdE en la consulta de pediatría”

Autores: Bartomeu, Montserrat y colaboradores.

Area Básica de Salud “Lluís Millet” Esplugues de Llobregat

DESCRIPCION

Área Básica de Salud (ABS) Lluís Millet. Esplugues de Llobregat (Barcelona)

Población adscrita: 27.610 habitantes

Niños/as de (0 a 14 años): 3.319

Número de UBA

Unidades Básicas Asistenciales Pediátricas: 3

Población 256

Muestra caso 132

Descripción población caso niños /as nacidos entre los años 1994 i 1999 ambos inclusive

OBJETIVO

- Historia clínica integrada

Incluir el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) en la Hoja de MEAP (Motivo de consulta, Exploración, Evaluación y Plan de cuidados) de la Historia Clínica de Atención Primaria (HCAP).

- Uso de un modelo y de diagnósticos

Uso del modelo de cuidados de Virginia Henderson y los diagnósticos de Enfermería adaptados al contexto español de los autores Cuesta, Guirao y Benavent. Editorial Díaz de Santos 1994.

- Registrar la frecuencia de aparición de los distintos diagnósticos.
- Unificar los cuidados enfermeros utilizando un mismo lenguaje.
- Desarrollar el rol autónomo de enfermería.
- Optimizar las funciones propias de enfermería por medio de un registro.

PROCESO

- Elegir de una muestra al azar de 22 niños /año nacidos entre los años 1994 y 1999 ambos inclusive de una Unidad Básica Asistencial previamente determinada.
- Registrar los diagnósticos de enfermería utilizados en las Historias Clínicas elegidas.
- Registrar el uso del PAE aplicado al MEAP al menos una vez por Historia Clínica.
- Tabular la frecuencia de aparición de los diferentes diagnósticos utilizados en las Historias Clínicas de la muestra.

RESULTADOS 1

Proceso de atención de Enfermería

Uso de PAE en Historia Clínica	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Se utiliza PAE	10	9	18	7	22	22
No se utiliza PAE	12	13	4	15	0	0
Registro PAE/Historias Clínicas	45%	41%	81%	32%	100%	100%

RESULTADOS 2

Frecuencia Diagnósticos de Enfermería

Diagnóstico	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Lactancia materna eficaz	3	2	5	3	6	12
Lactancia materna ineficaz	1	-	-	-	2	3
Interrupción de la lactancia materna	-	2	2	1	2	5
Alteración de la nutrición por exceso	-	-	-	-	-	-
Riesgo de alteración del vínculo padres lactante	-	1	-	-	-	-
Estrés en el rol de cuidador	-	1	-	-	-	-
Déficit de conocimientos	-	-	1	-	-	3
Riesgo de traumatismo	-	-	-	-	-	2
Crecimiento y desarrollo fisiológico	9	3	6	3	10	12
Alteración del crecimiento y desarrollo	-	-	2	-	1	2
Alteración del patrón de sueño	-	-	2	-	1	-
Total diagnósticos utilizados	13	9	18	7	24	39

TOP 5

1. CRECIMIENTO Y DESARROLLO FISIOLÓGICO
2. LACTANCIA MATERNA EFICAZ
3. INTERRUPCIÓN LACTANCIA MATERNA
4. ALTERACIÓN DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO
5. DÉFICIT DE CONOCIMIENTOS

EVOLUCIÓN DEL REGISTRO

- Durante el primer año (1994) se aprecia un uso limitado del formato PAE. Los diagnósticos empleados son pocos y los más sencillos de utilizar.
- Durante el segundo año (1995) se amplía el número de diagnósticos distintos utilizados.
- A partir del tercer año (1996, 1998 y 1999) se aprecia una evolución ascendente del uso del formato PAE y de los diagnósticos.
- Los resultados del año 1997 muestran un patrón distinto al mencionado debido a la excedencia de una de las personas que trabajaban utilizando PAE y diagnósticos de enfermería.

VALORACIÓN FINAL

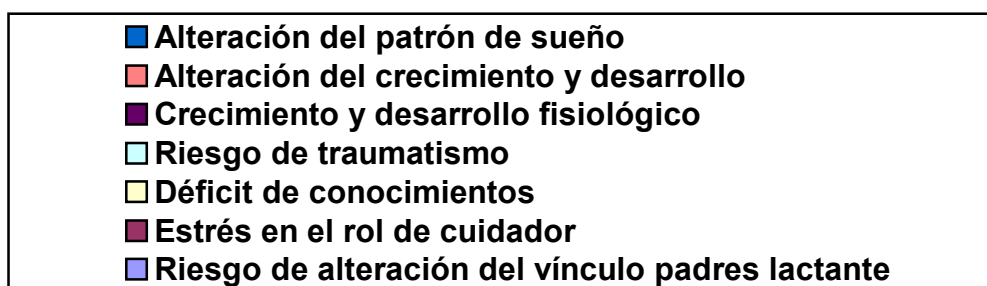
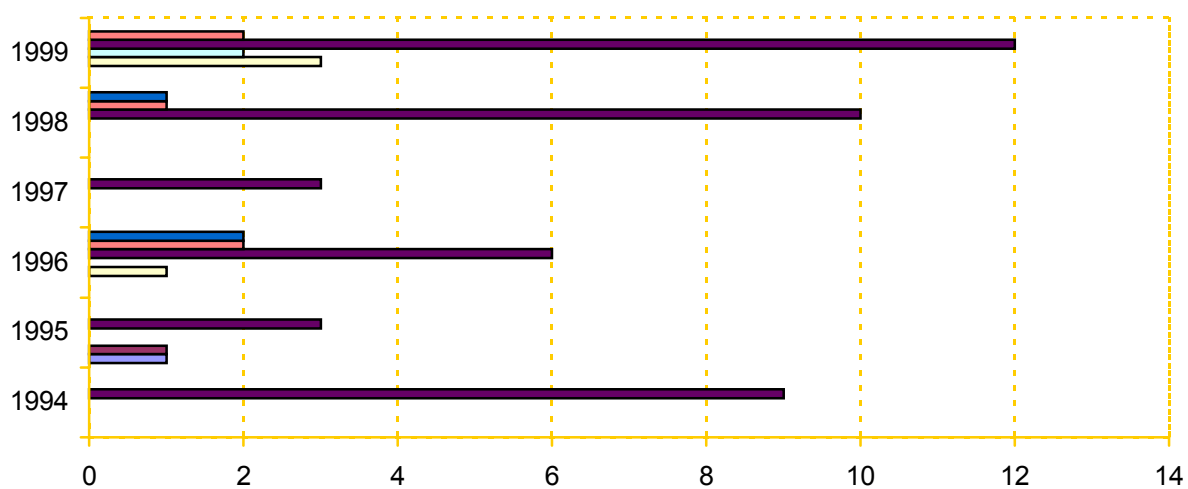
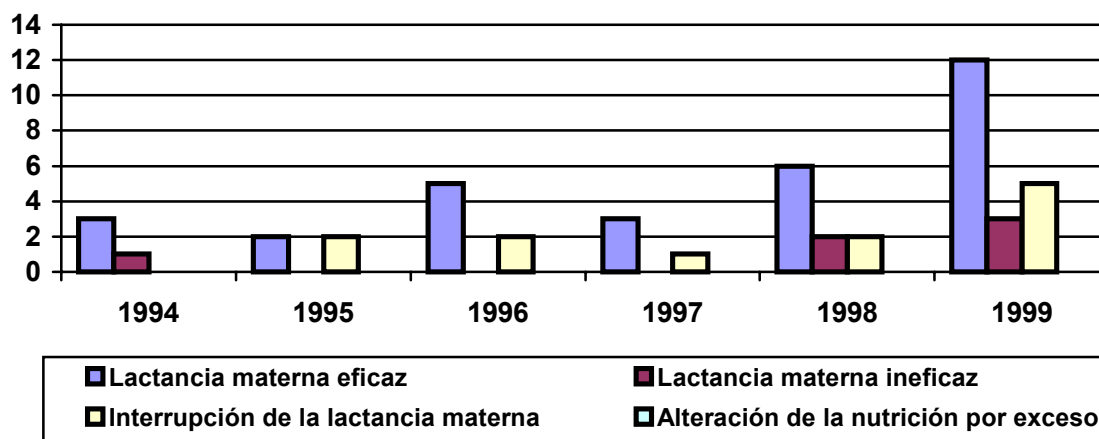
- **El uso de PAE y Diagnósticos de enfermería es viable en la consulta de Pediatría.**
- Aparición un gran número de diagnósticos no patológicos. Al tratarse de consultas de Pediatría donde se lleva a cabo un programa de Atención al niño sano (Visitas de control de niños sin patología) aparecen más diagnósticos no patológicos que patológicos.
- El uso de diagnósticos consensuados y el formato PAE en las historias facilita la comunicación entre los profesionales de Enfermería y el seguimiento de los pacientes independientemente de que profesional lo ha atendido.

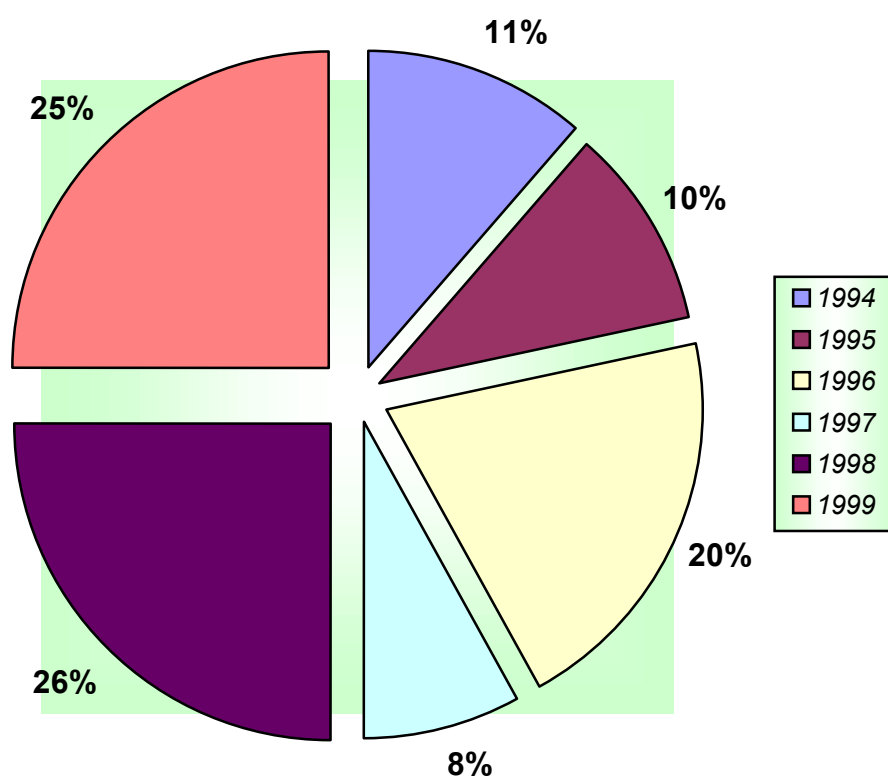
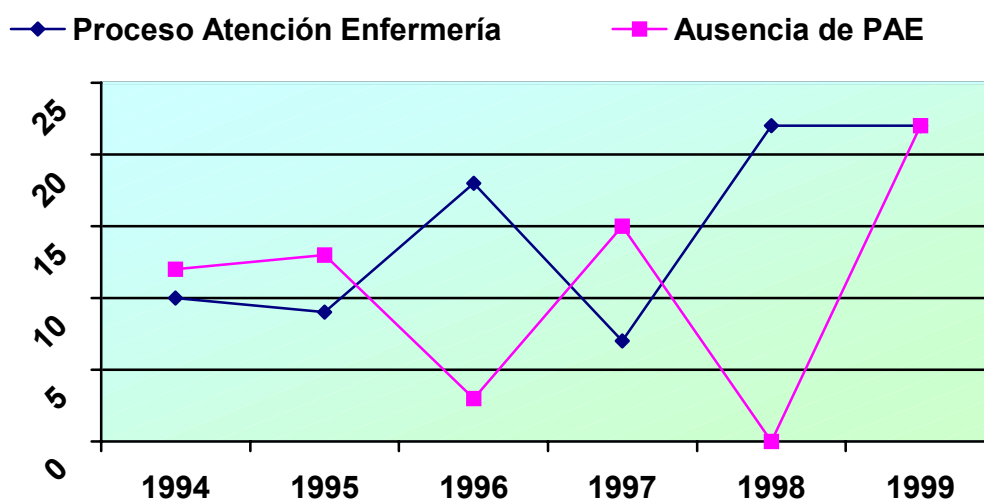
Y AHORA QUE

- INICIAR el uso de diagnósticos de Enfermería consensuados por la Dirección de Asistencia Primaria (DAP) Costa de Ponent a partir de la experiencia obtenida en el proyecto piloto.
- GENERALIZAR la experiencia de la consulta de Pediatría al resto de consultas.
- DIFUNDIR entre la Dirección y los profesionales de Enfermería el mensaje:

“El uso del formato PAE y de los diagnósticos de Enfermería no es solo posible, si no que mejora la calidad asistencial que proporcionamos a los pacientes y las condiciones de trabajo de los profesionales.”

RESULTADOS DE LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERIA





Título: “Proyecto sobre protocolización y estandarización de intervenciones y cuidados de enfermería”

Autores: Rodríguez González, R.; Barriuso Rojo, E.; Albújar Sánchez, J.; Cañas Gil, M.; Fernández Corujo, B.; Garay Rodao, T.; Mateos Rodríguez, C.; Quirós Sánchez, E.; Suárez Leira, M.; Villar Varela, T.

Enfermeras. Hospital Clínico San Carlos.- Madrid.

INTRODUCCION

La evolución de la Enfermería hacia una mayor profesionalización, viene determinada por el desarrollo del Proceso de Atención de Enfermería, cuyo método delimita una base única del conocimiento de dicha disciplina. Asimismo, proporciona un lenguaje común, reconociendo el campo de actuación propio e independiente de nuestra profesión y delimitando el nivel de responsabilidades y competencias.

La prestación de cuidados de calidad basados en las necesidades y respuestas humanas, requiere conocimientos, habilidades, y una buena preparación de todos los profesionales que las van a desarrollar.

Como herramienta facilitadora de la instauración y desarrollo de la Metodología de Enfermería, en el año 1.999, se implantó en nuestro centro una aplicación informática para la gestión asistencial de cuidados de Enfermería. Para ello se llevó a cabo la formación previa de los profesionales implicados en los siguientes aspectos:

- Formación básica en Metodología de Cuidados.
- Informática básica y utilización del programa.
- Talleres para la realización de Planes de Cuidados Estandarizados (PCE).

Posteriormente se planteó la necesidad de crear un grupo de profesionales con el propósito de revisar y actualizar Protocolos /Procedimientos, así como elaborar y consensuar los PCE. Dicho grupo, constituye un referente para el impulso y coordinación del desarrollo de la Metodología de Cuidados dando respuesta a niveles asistenciales y docentes.

OBJETIVO

Descripción y divulgación de la actividad realizada por el grupo, desde su creación hasta la actualidad.

MATERIAL Y METODOS

Se recoge la actividad realizada por el “Grupo de revisión y actualización de protocolos de Enfermería y PCE”, constituido por diez enfermeras de diferentes unidades con formación y experiencia previa en Metodología de Cuidados, y que habían participado en la validación e implantación del programa informático.

Dicho grupo, fue creado por iniciativa de la Dirección de Enfermería y está liderado por la Unidad de Calidad.

El período del presente estudio, comprende la actividad desarrollada por el grupo desde Febrero 1.999 a Febrero 2.000. Se realizaron 45 reuniones en jornadas de 7 horas semanales.

En cuanto a la Metodología, el grupo trabajó fundamentalmente tres aspectos:

1. Revisión, actualización bibliográfica y adaptación de todos los Protocolos básicos (PB) recogidos en el "Manual Básico de Procedimientos de Enfermería" existente en el centro, y validación de los mismos para su posterior implantación.
2. Recopilación, revisión y adaptación de los Protocolos Específicos (PE) de las unidades, cuya realización se ha visto incrementada desde la creación del grupo y el conocimiento del mismo por los profesionales del hospital.
3. Recopilación, revisión y adaptación de los PCE de las diferentes unidades asistenciales, así como los de los talleres de Metodología realizados con motivo de la implantación del programa informático de cuidados de Enfermería.
4. Creación de equipos de trabajo en las unidades que, tutelados por los miembros del grupo, han desarrollado nuevos PCE siguiendo los criterios de elaboración y metodología diseñados previamente por el grupo.

RESULTADOS

- Revisión, validación y adaptación de los 62 PB recogidos en el "Manual Básico de Procedimientos de Enfermería".
- Revisión, validación y adaptación de 8 PE.
- Revisión, validación y adaptación de 23 PCE.
- Creación de 3 P C E ya adaptados.

En la actualidad se está tramitando la divulgación, para su posterior implantación.

CONCLUSIONES

La unificación de criterios de actuación y de prestación de cuidados de Enfermería, es un instrumento para facilitar el trabajo a los profesionales veteranos, y a los de nueva incorporación. Mejora la calidad asistencial, y permite establecer estándares de calidad para los cuidados que delimiten los servicios prestados en relación con los procesos. Impulsan el desarrollo de nuevos protocolos y planes de cuidados por parte de los profesionales de Enfermería de las unidades.

BIBLIOGRAFIA

- ALFARO,R. Aplicación del proceso de Enfermería. Madrid 1.996. Edit. Harcourt Braci.
- WESORICK, B. Estándares de calidad para cuidados de Enfermería. Barcelona 1.993.
- GONZALEZ LLINARES, R. La informatización de los cuidados de Enfermería: programa Zaineri de Osakidetza. Rev Calidad Asistencial 1.999:14:200-206.
- PLANES DE CUIDADOS ESTANDARIZADOS DE ENFERMERÍA. Guías para la práctica. Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco Osaridetza/Servicio vasco de salud. 1.996.

Título: “Codificando: ¿podemos relacionar NANDA y CIAP?”

Autores: Acedo Anta, M. (AP Baix Llobregat Centre); Padin Minaya, C. (ABS La Gavarra); Pol Pons, A. (ABS La Gavarra)

Institut Català de la Salut:

INTRODUCCIÓN

La informatización de la historia clínica conlleva la necesidad de codificar la información para permitir la integración de los datos en determinados procesos ya definidos, archivar y recuperar la información de una manera eficaz, compararla y analizarla de una forma eficiente, evaluar la calidad de la atención, y por último, posibilitar la comunicación entre los diferentes profesionales sanitarios.

En un centro de Atención Primaria informatizado se consensuó utilizar, tanto médicos como enfermeras, la codificación de la CIAP por presentarse como la única capaz de integrar todo el proceso de atención, desde el motivo de consulta, los procedimientos e intervenciones, hasta el diagnóstico final, en forma de “episodios de atención”.

Ante esta nueva situación, el equipo de enfermería se planteó como incluir la taxonomía diagnóstica de la NANDA en la aplicación informática, encontrando diferentes posibilidades: crear una codificación paralela, incluir la NANDA en la CIAP, relacionar una con otra... Y de todas ellas se optó por desarrollar esta última, dado que parecía aportar ventajas referente a las demás.

OBJETIVO:

Investigar la posibilidad de relacionar la NANDA y la CIAP.

MATERIAL Y METODO:

Se revisó, analizó y estudió una selección de las etiquetas diagnósticas NANDA de uso más frecuente en la atención primaria, la CIAP y la posibilidad de relación entre ambas.

RESULTADOS:

Se relacionaron 50 etiquetas diagnósticas de la NANDA con 121 codificaciones CIAP, con una media de 2,4 CIAP por cada NANDA y un rango de 1 a 42 CIAP por NANDA, siendo la moda el 1.

De los 121 CIAP había 11 que se relacionaron con más de una NANDA, con un rango de 2 a 11 NANDA por CIAP. Y 84 CIAP solamente se relacionaron con una NANDA.

CONCLUSIONES:

Los primeros resultados obtenidos nos indican que en todos los casos es posible establecer una relación entre la codificación de la NANDA y la CIAP, aunque en unos casos es muy evidente y en otros crea más discusión. Encontramos que una codificación enriquece y complementa la otra: NANDA aporta la codificación de los problemas potenciales y su prevención, y la CIAP aporta su capacidad de relacionar los problemas con sus causas también codificadas.

Otra ventaja es la unificación de codificaciones referidas a un mismo proceso, aportando matices, pero reforzando una visión integral del paciente desde todos los profesionales del equipo.

Somos conscientes que tan sólo estamos en el inicio y primer pilar de esta compleja línea de investigación y que de momento sólo podemos presentar la relación de dos ápices a “vista de pájaro”. Pero creemos que es una línea a seguir profundizando.

Título: “Informatización de los diagnósticos de enfermería en el Programa de atención domiciliaría en un centro de salud”

Autores: Maymo Pijuan, Neus; Rubio Escriba, Teresa; Megido Badia, M^a Jesús; Pérez Serna, Delia; Boada Bagues, Montse ; Martín García, Julia.

ABS Centre. DAP L'Hospitalet

OBJETIVO:

Estimar la prevalencia de los diagnósticos de enfermería informatizados en los pacientes adscritos a un programa de atención domiciliaria

DISEÑO:

Estudio transversal descriptivo.

ÁMBITO DEL ESTUDIO:

Pacientes incluidos en el programa de atención domiciliaria de una zona básica de salud, de 28.849 habitantes, de un municipio urbano.

SUJETOS:

207 pacientes, que corresponden a la totalidad de los individuos incluidos en el programa durante el año 1999.

MEDICIONES:

Hemos utilizado dos fuentes de información: ficha de registro del programa de atención domiciliaria y el programa informático de la historia clínica Siapwin. Se han recogido las siguientes variables: edad, sexo, criterios de inclusión, diagnósticos de enfermería.

RESULTADOS:

Un 67% (138) mujeres de edad media de 84,0 años (desviación estándar DE 9,8) y un 33% (69) varones, de edad media de 78,8 años (DE 11,0). Los criterios de inclusión en el programa son por patología crónica 59%, demencias 12,5%, enfermedad terminal 12%, por grupos de riesgos definidos 9,5% y atención domiciliaria transitoria 6,5%,

Se han registrado un total de 886 diagnósticos de enfermería, siendo los más prevalentes : deterioro de la movilidad física 85%, déficit de autocuidado 43%, alteración de los procesos del pensamiento 31,5 %, alto riesgo de traumatismo 24,6%, incontinencia urinaria total 23,9%, deterioro de la integridad cutánea 18,5%.

CONCLUSIONES:

1ª El disponer de un programa informático nos ha facilitado un mejor registro de los diagnósticos de enfermería.

2ª El análisis de los diagnósticos más prevalentes reflejan, que a pesar de las dificultades de la movilidad, el porcentaje de deterioro de la integridad cutánea es bajo, lo cual indica que se han realizado unos planes de cuidados adecuados a las necesidades de los pacientes.

Título: “Estudio multicéntrico basado en la utilización de un programa informático”

Autores: Montserrat Tegido Valentí (1); Beatriz Casanova Millán (2); Agustina Gómez Talavera (3); Constantina Juan Ballina (4); Carmen Fuertes Ran (5); Dolores Ruiz Fernández (6); Consuelo Vázquez Quiñoy (7).

(1) Ciutat Sanitaria i Universitaria de Bellvitge. Barcelona.

(2) Hosp. Marina Alta. Denia.

(3) Hosp. Dr Peset. Valencia.

(4) Hosp. Clínico Universitario. Valencia.

(5) Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona.

(6) Hosp. Valme. Sevilla.

(7) Hosp. del Hierro. Canarias.

Introducción.

La actividad asistencial y la recogida de datos que origina el seguimiento de los pacientes ostomizados nos llevó al diseño de un programa informático, con una metodología basada en los conocimientos y la experiencia profesional con el fin de mejorar el confort de los pacientes ostomizados la calidad asistencial y la cuantificación de nuestra actividad.

Objetivo.

Valorar la utilidad del programa a nivel asistencial, docente y de investigación.
Demostrar la validez del mismo para la realización de estudios multicéntricos.

Material y Método.

La hoja de recogida de datos se realizó en cooperación multidisciplinaria por las expertas en Estomaterapia de tres hospitales de la comunidad valenciana, incorporándose después cuatro expertas mas del resto de España.

Planteamos el control y seguimiento pre y postoperatorio de las personas ostomizadas (colostomias, ileostomias, y urostomias), recogiendo al mismo tiempo aspectos físicos psíquicos y sociales.

Se ha trabajado independientemente en cada hospital y posteriormente en grupo para unificar los conceptos tras realizar consultas bibliográficas y revisión de artículos.

El protocolo de recogida de datos fue revisado y evaluado por el Comité Etico en Investigación del Hospital Marina Alta de Denia para su aprobación.

Los datos obtenidos, se consensuaron con el programador informático que realizó el diseño del programa, en ACCES 97.

Los principales apartados del programa son:

- Datos personales.
- Valoración de Enfermería por patrones.
- Preoperatorio (Preoperatorio e intervención)
- Postoperatorio (Postoperatorio y Alta Hospitalaria)
- Revisiones.

El programa dispone de menús y de ventanas desplegadas que facilitan la recogida de datos mediante formularios, a partir de la correspondiente tabla y de mandatos para acceder a la información global o particularizada de cada paciente. Permite realizar cualquier tipo de consulta recuperando listados de pacientes que cumplan aquellas condiciones que se especifiquen en cada momento.

Incluye diagnósticos y procedimientos relacionados con la ostomía. La fuente de los mismos es la Clasificación Internacional de Enfermedades realizada por la OMS.

Incorpora una agenda para la gestión y planificación de la consulta de Estomaterapia.

Los datos recogidos pueden recibir posteriormente tratamiento informático que precisen.

Conclusiones.

Con la utilización del programa podemos:

... medir, saber, cruzar, realizar, obtener, gestionar, comparar, valorar, enviar, sistematizar, homogeneizar, analizar, ser diferentes...

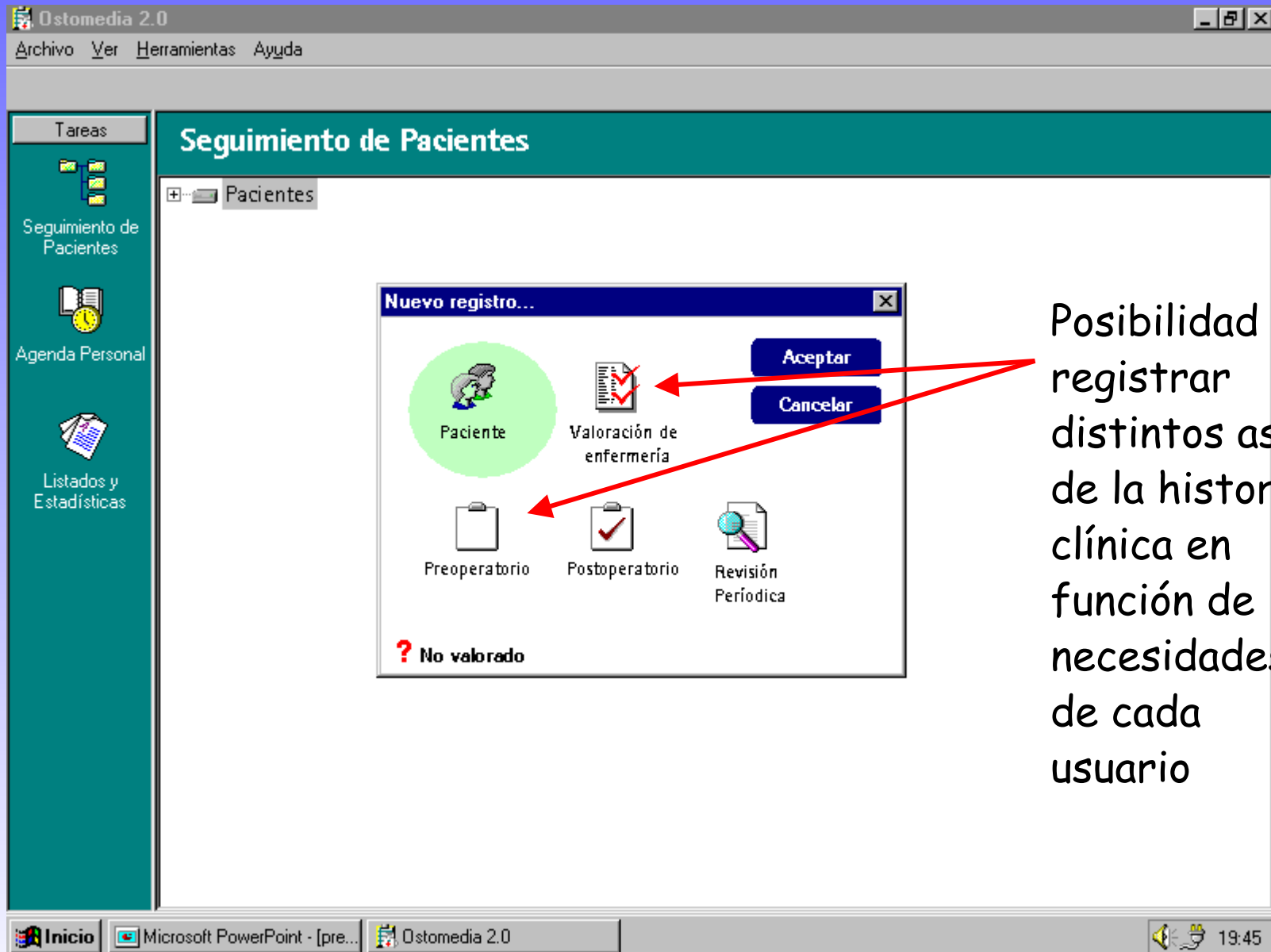
Con la metodología aplicada:

...se obtiene un mayor rigor científico en nuestra labor asistencial.

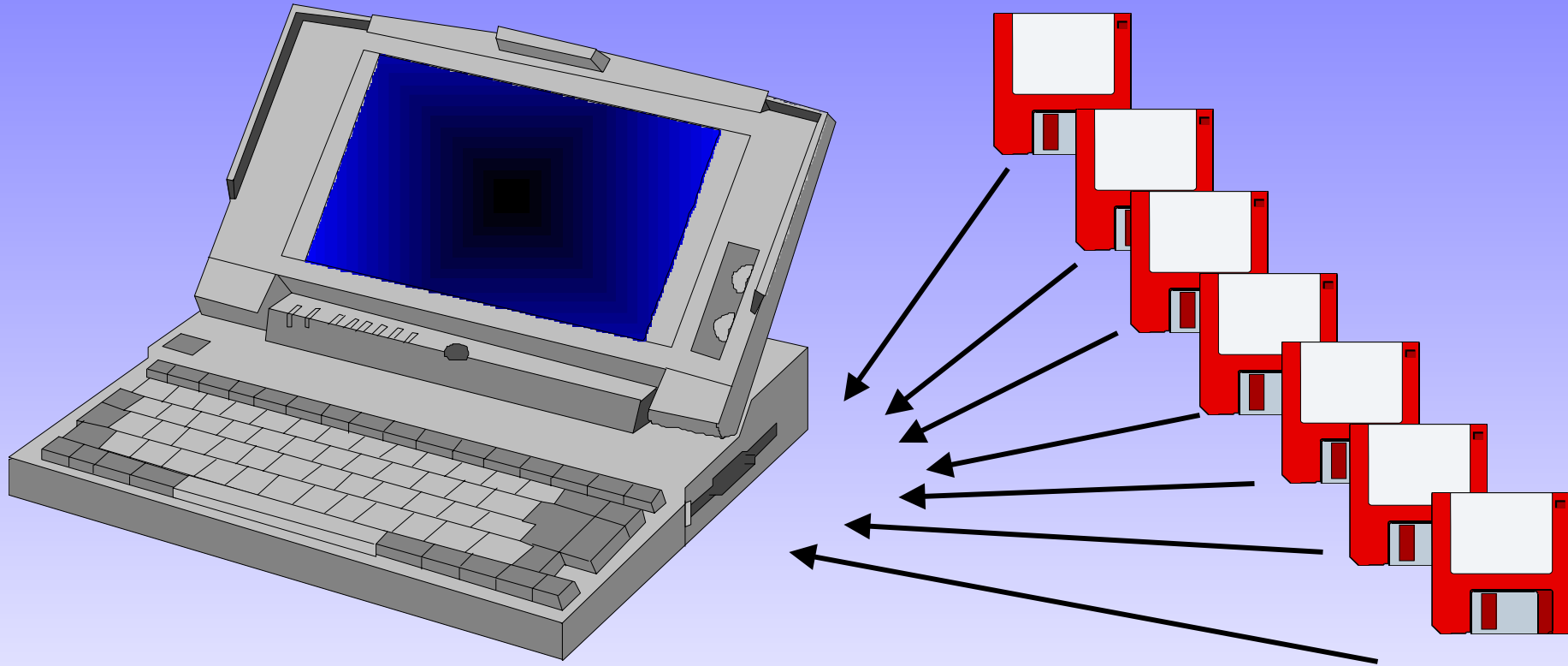
Todo ello contribuye:

...a mejorar la calidad de vida de la persona ostomizada.

Alternativas de registro

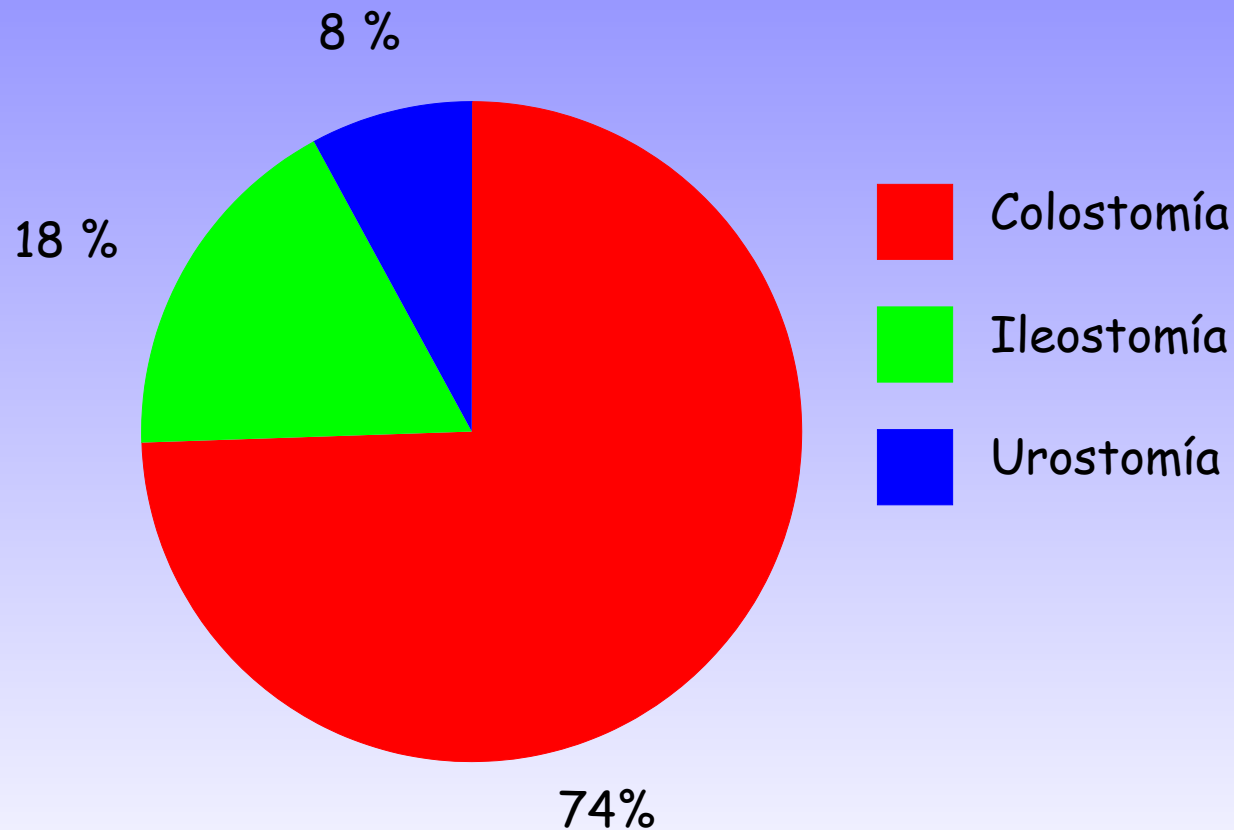


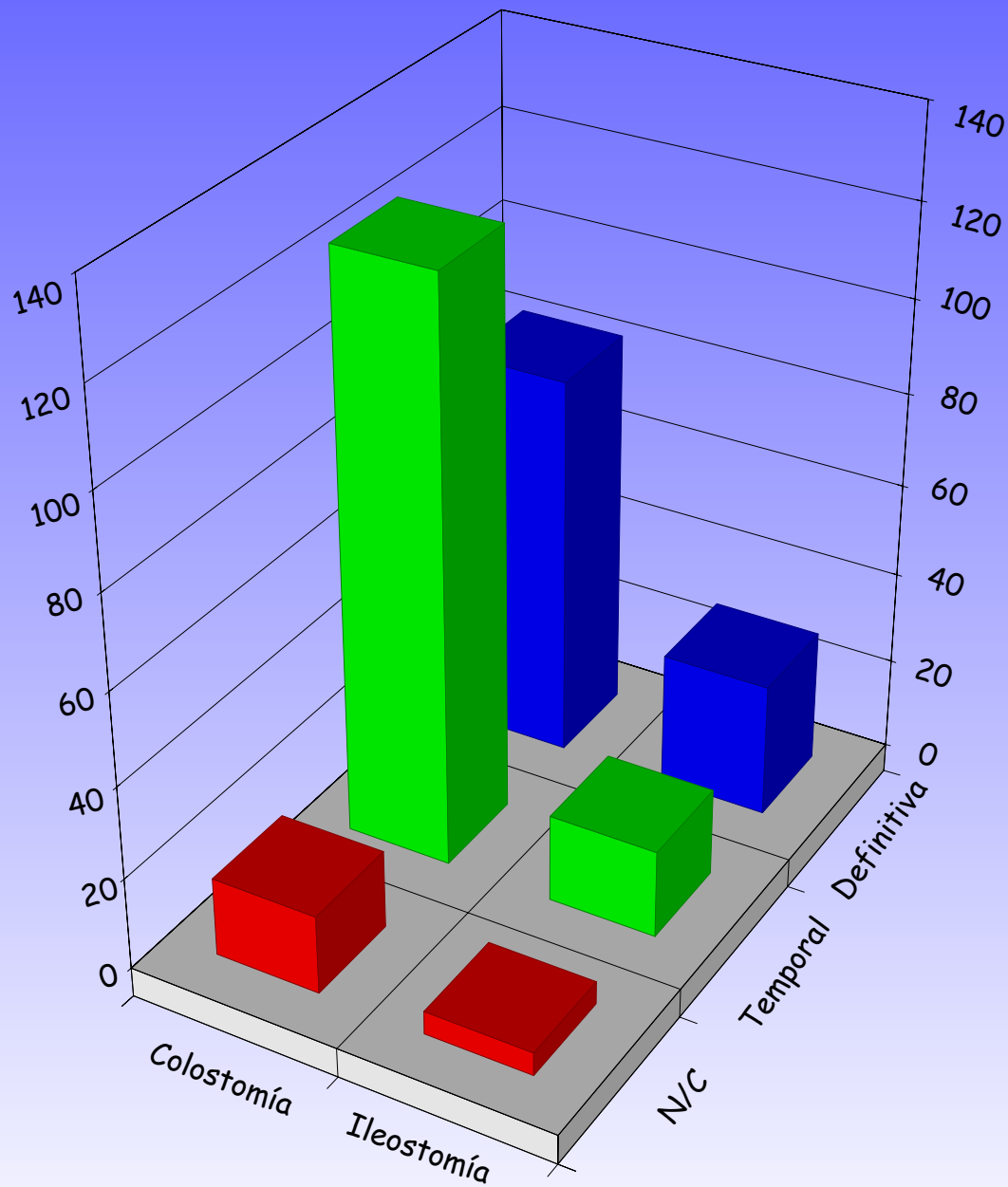
Metodología



Total de pacientes: 302

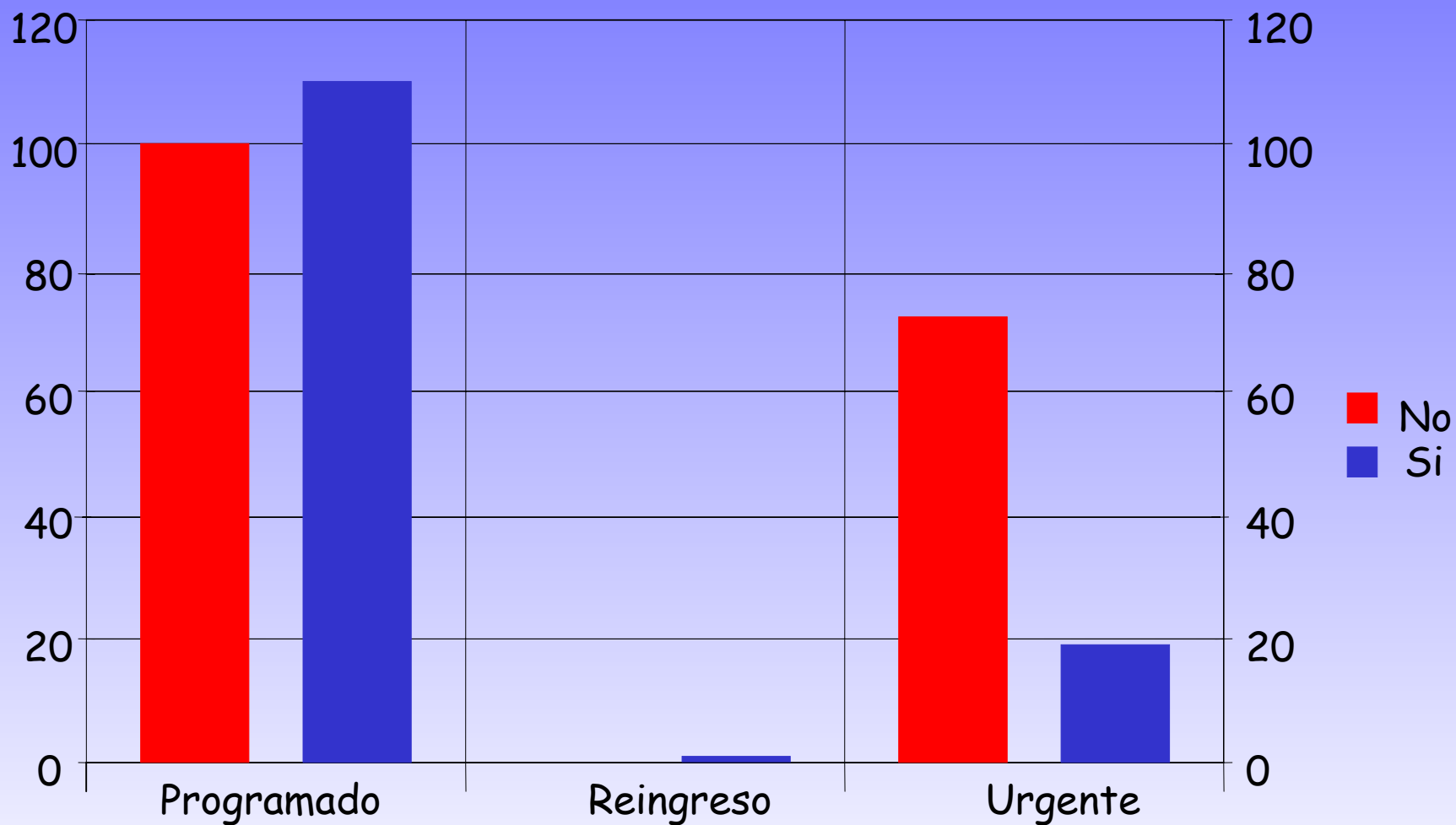
Distribución por tipo de ostomía



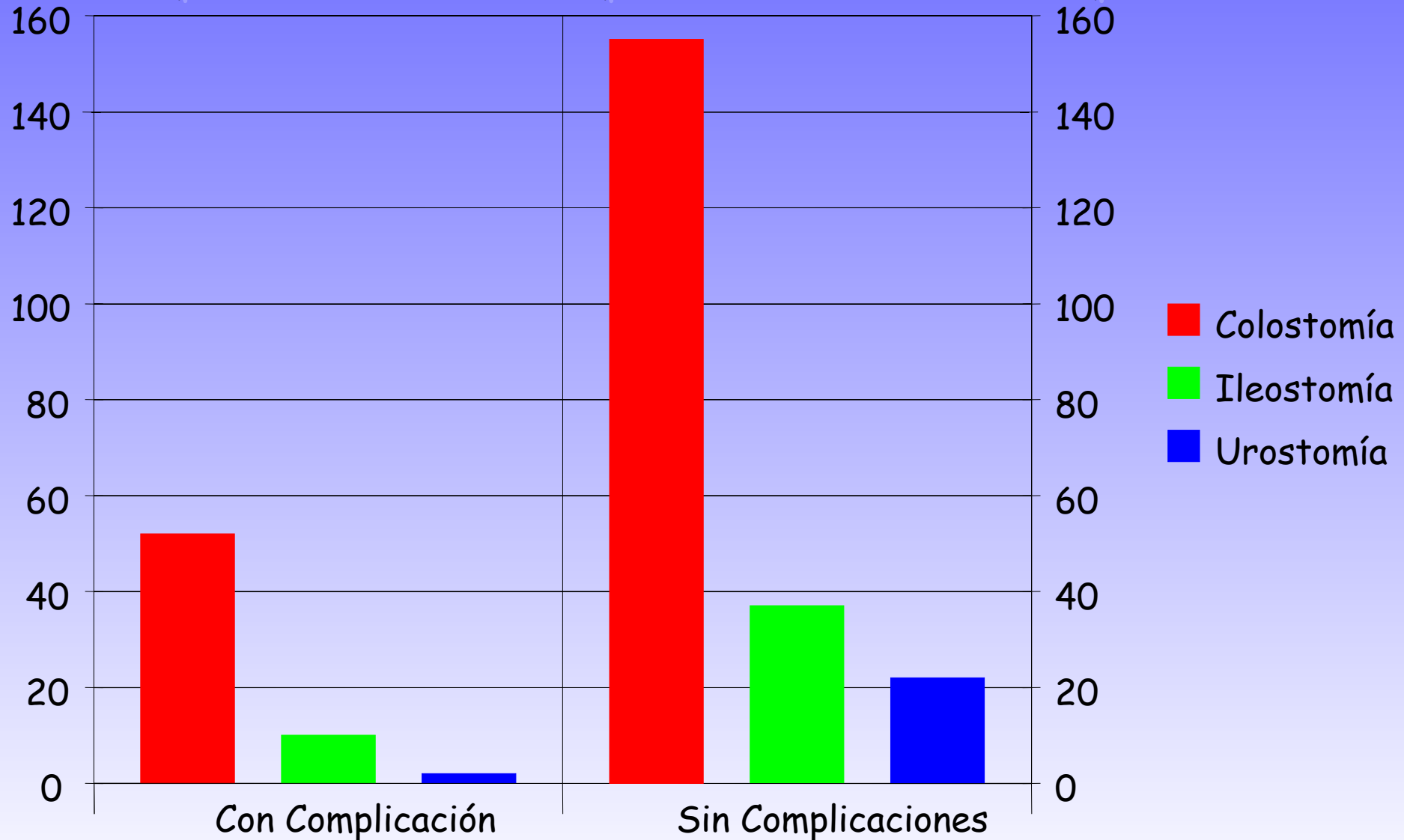


Cronología Ostomías Digestivas

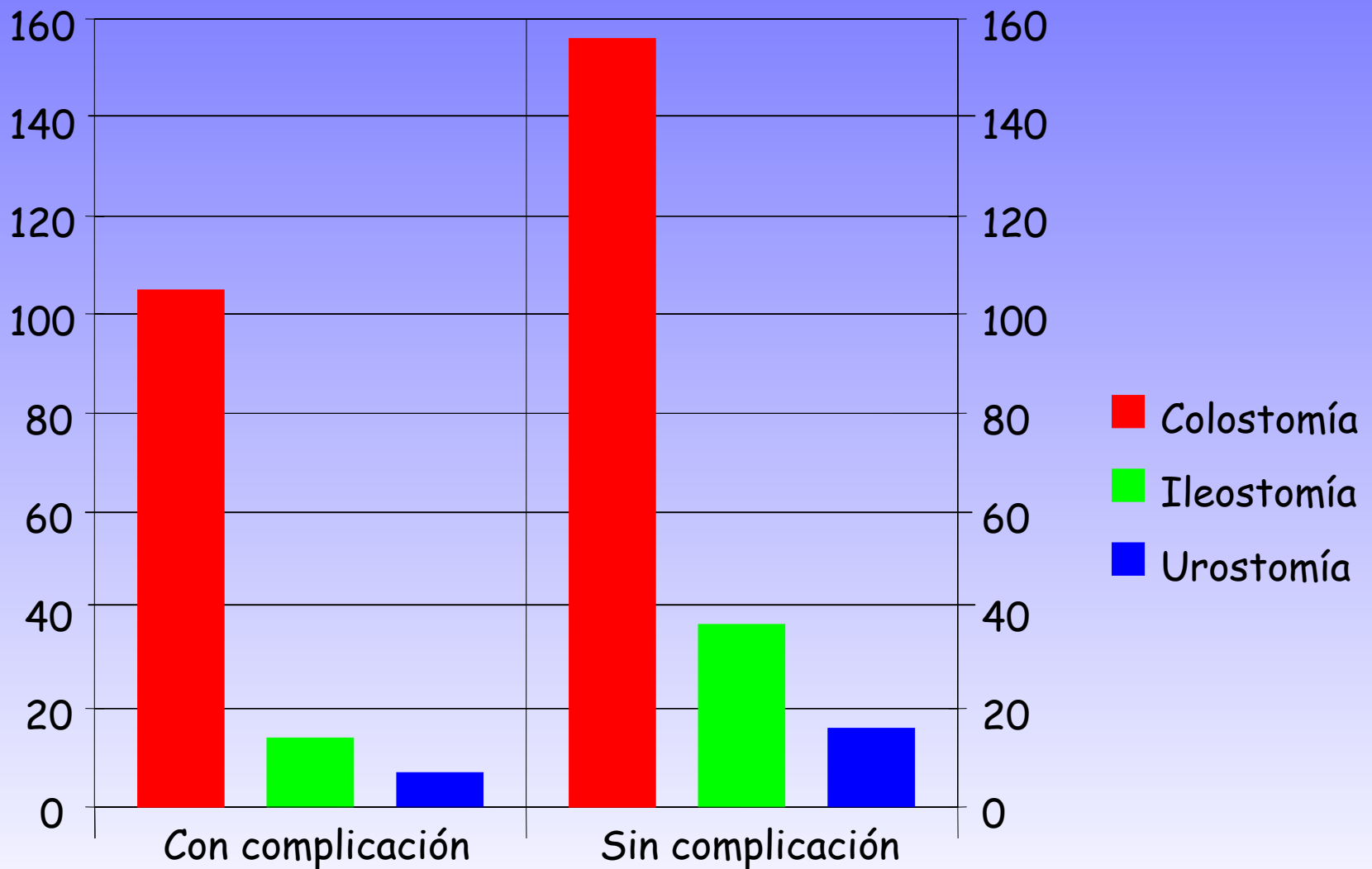
Ubicación estoma según concepto ingreso



Postoperatorio: n° de complicaciones inmediatas por ostomía

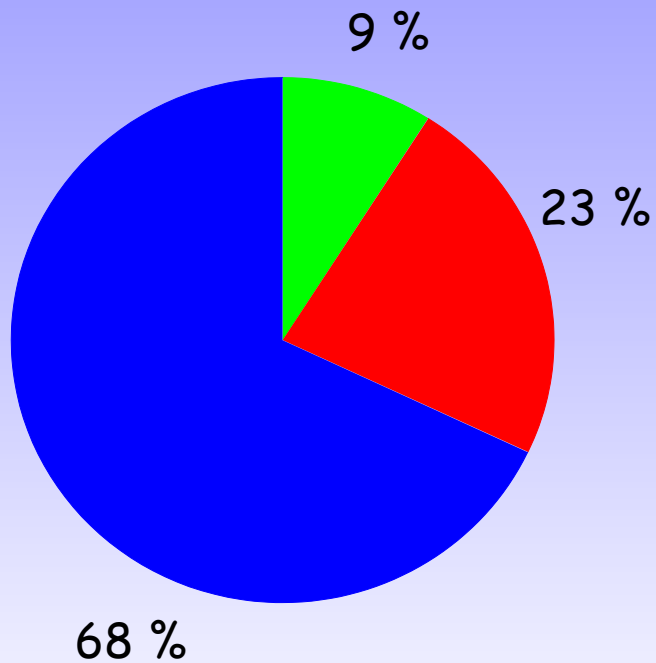


Revisiones: nº de complicaciones tardías por ostomía



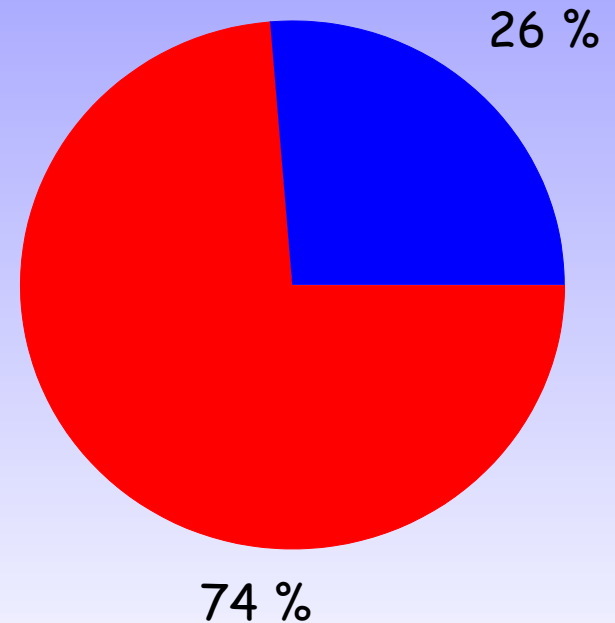
Aspecto de la piel

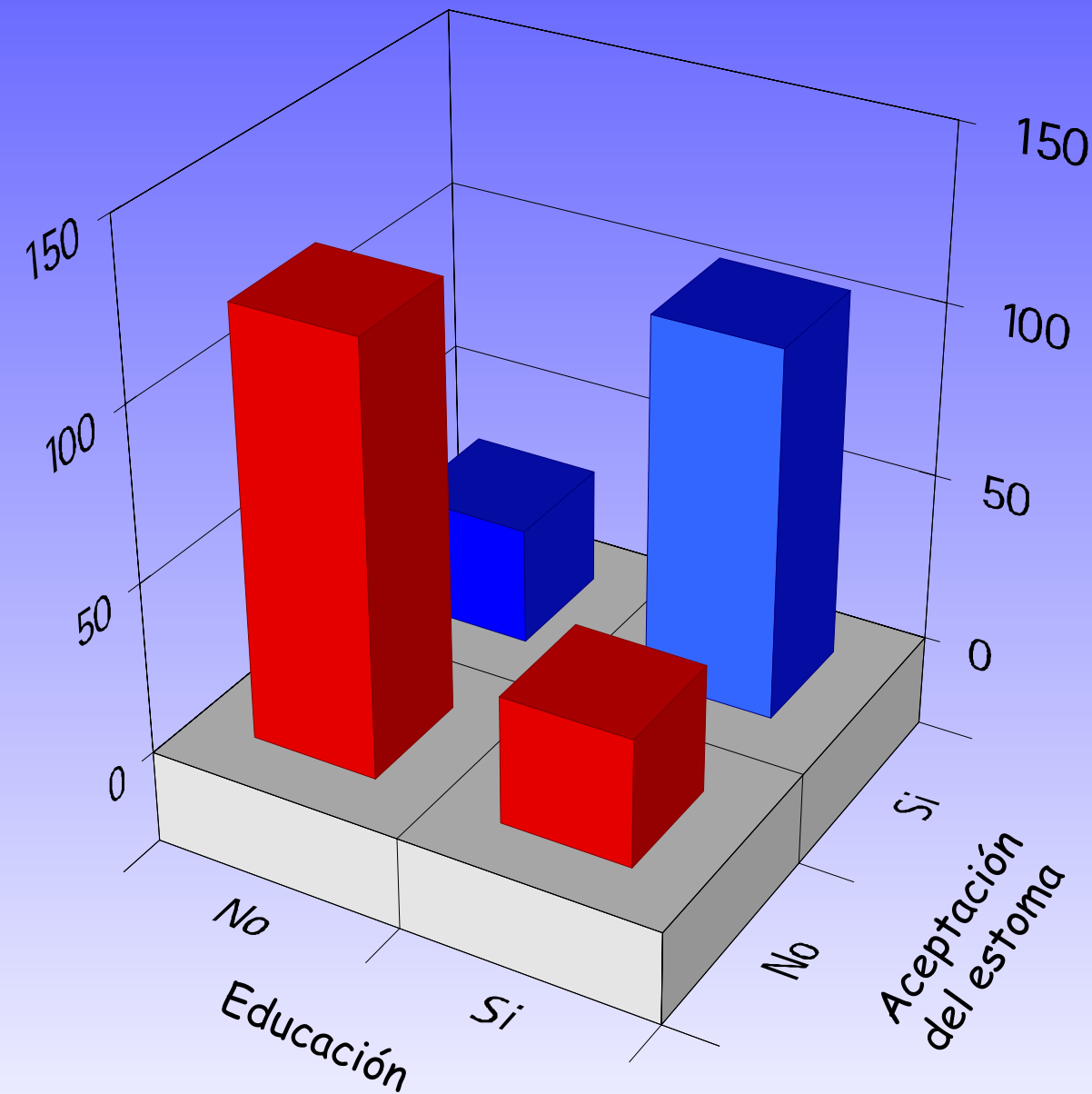
Postoperatorio/Alta



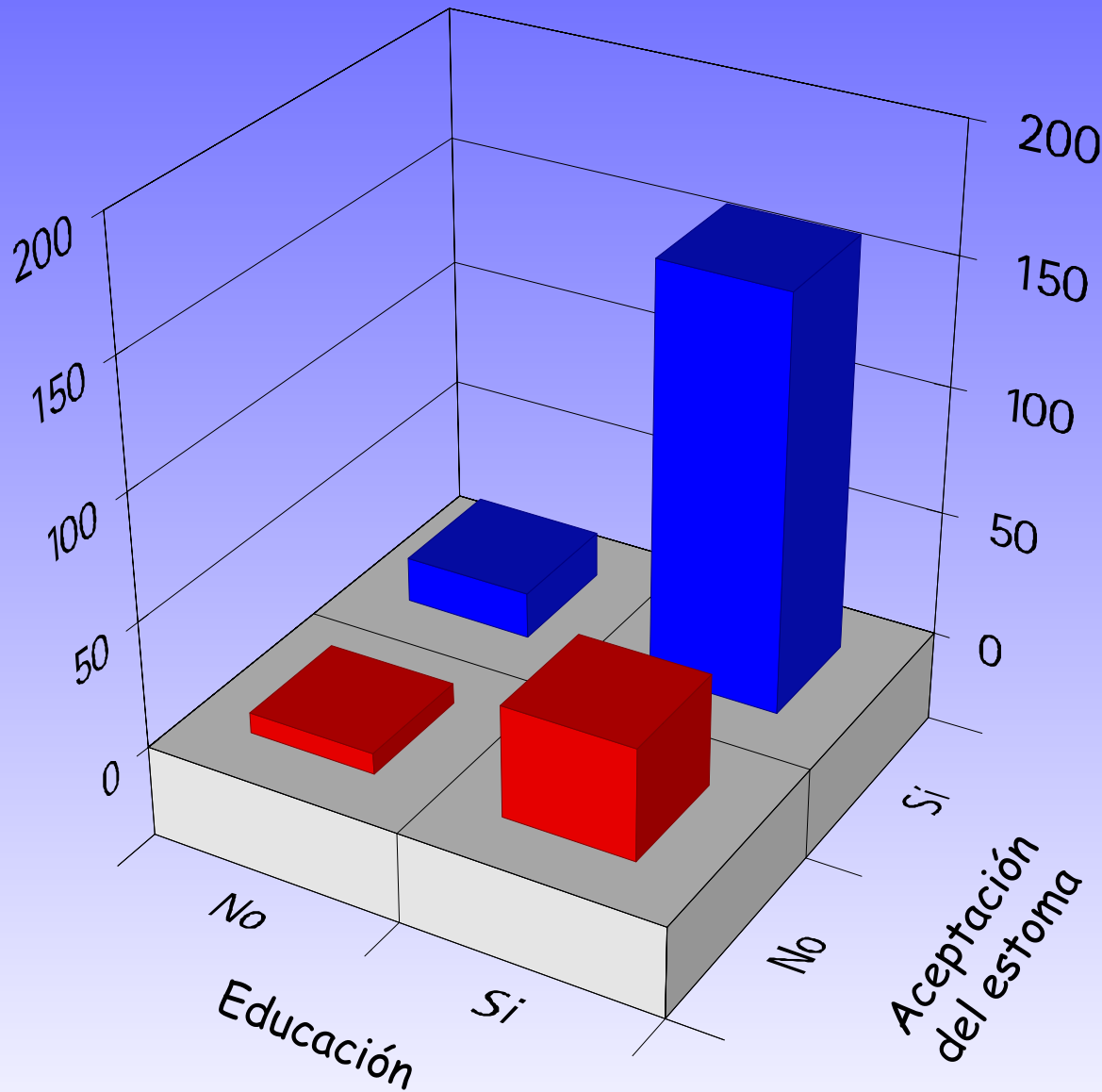
 N/C
 Alterada
 Integra

Revisión



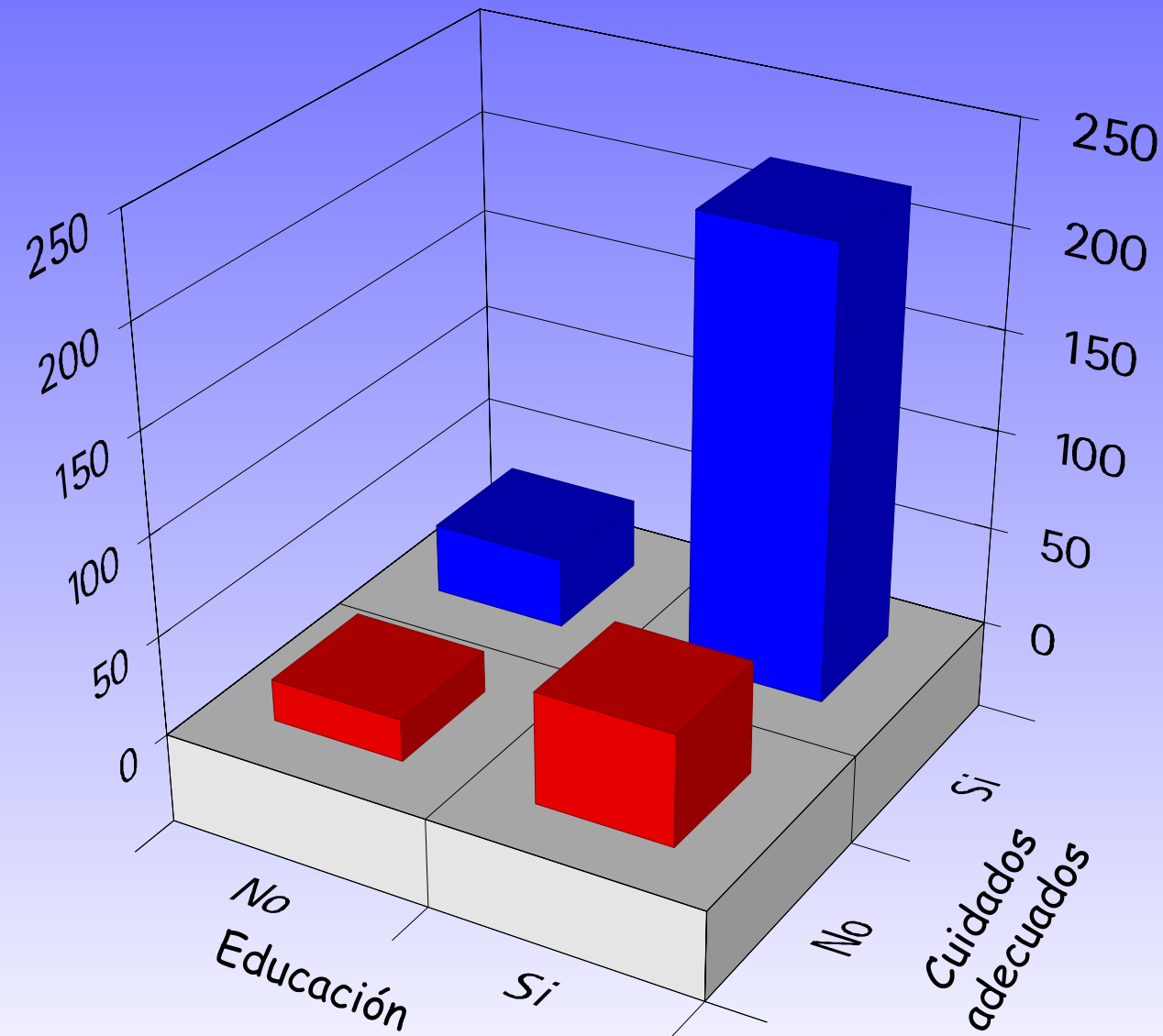


Preoperatorio:
educación
vs.
aceptación
estoma



Post-op/Alta:
educación
vs.
aceptación
estoma

Revisión: educación vs. cuidados adecuados



Título: Valoración del niño orientada por problemas según las necesidades de Virginia Henderson”

Autores: García Sanpedro, Rosario y colaboradores.

Complejo Hospitalario Juan Canalejo, Hospital Teresa Herrera. La Coruña.

INTRODUCCION

Trabajar de forma sistemática implica disponer de un sistema de registro, que contemple la estructura básica del Proceso de Atención de Enfermería.

Las etapas del Proceso de Atención, están tan estrechamente relacionadas entre sí, que cada una, depende de la precisión de la etapa que le ha precedido. De esta forma, será difícil establecer un Diagnostico de Enfermería válido, si los datos de Valoración son poco fidedignos o insuficientes.

El Modelo de **Virginia Henderson** es perfectamente aplicable, como marco conceptual, en todas y cada una de las etapas del Proceso.

OBJETIVOS

1-Diseñar un registro informático, que permita valorar de forma integral e individualizada, al niño en el momento del ingreso, y hacer un seguimiento durante la hospitalización.

2-Validar signos, síntomas y factores de relación asociados a los diagnósticos de enfermería.

3-Identificar diagnósticos de enfermería.

MATERIAL Y METODO

La elaboración de este registro forma parte del proyecto de informatización de los cuidados de enfermería de la Unidad de **Lactantes** del Complejo Hospitalario Juan Canalejo, a partir de revisiones bibliográficas del Proceso de Cuidados y Modelos enfermeros. Se elige el modelo de **Virginia Henderson**, con el fin de utilizarlo como Marco Conceptual.

Los Diagnósticos de Enfermería, se seleccionan , basándonos en la Taxonomía Diagnóstica de la **NANDA** asociados a cada una de las **14 Necesidades Básicas**.

PUERTA

DATOS PERSONALES Y DEL ENTORNO SOCIOFAMILIAR

1. RESPIRACIÓN

SIGNOS Y SÍNTOMAS

- Ruidos respiratorios anormales
- Cambios en la frecuencia resp.
- Tos ineficaz. Cianosis
- Signos de esfuerzo respiratorio
- Aleteo nasal. Tiraje
- **No se observan signos y síntomas**

FACTORES DE RELACION

- Aumento de secrecciones
- Disminución del nivel de conciencia..
- Enfermedad
- Dificultad para toser
- Cuerpo extraño.. Inmovilidad
- **No se observan factores de relación.**

2. COMER Y BEBER

SIGNOS Y SINTOMAS

- Alergias alimentariasB
- Baja ingesta de algún grupo alimentario
- Excesiva ingesta calórica
- Ingesta de líquidos insuficiente
- Dificultad para succionar
- Falta de leche
- Alteración pondoestatural
- **No se observan signos y síntomas.**

FACTORES DE RELACION

- Alteración en la cavidad bucal
- Vómitos o regurgitaciones
- Ingesta calórica inadecuada
- Dificultad para tragar
- Disminución nivel de conciencia
- Falta de conocimientos y medios
- Enfermedad
- **No se observan factores de relación**

3. ELIMINACIÓN

SIGNOS Y SINTOMAS

- Aumento de la frecuencia de las D.p.s.
- Disminución de la frecuencia de las D.p-s.
- Heces blandas y líquidas.

- Dificultad para orinar.
- Enuresis. Anuria.
- W.c... Pañal...Orinal.
- **No se observan signos y síntomas.**

FACTORES DE RELACION.

- Fármacos
- Inflamación intestinal.
- Enfermedades malabsorción.
- Dieta inadecuada.
- Sonda vesical. Cirugía.
- Trastornos nutricionales.
- **No se observan factores de relación.**

4. MOVILIDAD

SIGNOS Y SINTOMAS

- Alteración de la coordinación motora
- Restricciones impuestas movilidad
- Disminución fuerza muscular
- Reposo
- **No se observan signos y síntomas.**

FACTORES DE RELACION

- Reposo en cama mantenido
- Debilidad muscular.
- Estado nutricional.
- Alteración del estado de bienestar
- **No se observan factores de relación.**

5. SUEÑO – DESCANSO

SIGNOS Y SINTOMAS

- Dificultad para quedarse dormido.
- Duerme con algún objeto.
- Ausencia de descanso.
- **No se observan signos y síntomas.**

FACTORES DE RELACION

- Cambios en el entorno.
- Enfermedad...Aparataje...
- Lactancia...Cuidados...
- Dieta inadecuada...Temor
- **No se observan factores de relación.**

6. VESTIRSE Y DESVESTIRSE

SIGNOS Y SINTOMAS

- Dificultad para ponerse y quitarse la ropa.
- Dificultad para el uso de prendas especiales.
- Cabello sucio... Uñas largas...
- **No se observan signos y síntomas.**

FACTORES DE RELACION

- Edades extremas.
- Inmovilidad...Dolor...
- Traumatismos.
- Debilidad muscular.
- Lesiones neurológicas.
- **No se observan factores de relación**

7. TERMORREGULACION

SIGNOS Y SINTOMAS

- T° superior a la normal.
- T° inferior a la normal.
- Escalofríos...Palidez...
- Convulsiones.
- Piel caliente o fría al tacto
- **No se observan signos y síntomas**

FACTORES DE RELACION

- Ropa inadecuada
- Exposición a ambientes fríos-calurosos
- Edades extremas...Enfermedad...
- Falta de conocimientos.
- **No se observan factores de relación.**

8 .HIGIENE Y CUIDADO DE LA PIEL

SIGNOS Y SINTOMAS

- Pérdida de solución de continuidad de la piel.
- Destrucción de capas de la piel.
- Piel seca... Prurito...
- Lesiones mucosa oral.
- Dificultades para la higiene diaria.
- **No se observan signos y síntomas.**

FACTORES DE RELACION

- Déficit de conocimientos.
- Excreciones...Inmovilidad...
- Estado nutricional deficiente.
- Enfermedad crónica.
- Falta de medios.
- Factores mecánicos.
- Higiene oral inadecuada.

- **No se observan factores de relación.**

9. EVITAR PELIGROS

SIGNOS Y SINTOMAS

- No disponibilidad de recursos.
- Cambios del entorno.
- Trastornos del sueño.
- Inquietud... Miedo...
- Conflicto familiar-.
- Dificultad para realizar cuidados especf.
- **No se observan signos y síntomas.**

FACTORES DE RELACION

- Falta de conocimientos .
- Falta de precauciones de seguridad.
- Fármacos...Dolor...Hiperactividad...
- No disponibilidad de recursos-
- Programa de vacunación inadecuado.
- **No se observan factores de relación.**

10. COMUNICACIÓN

SIGNOS Y SINTOMAS

- Desconocimiento del idioma.
- Desorientación en tiempo y lugar
- Cambios de conducta.
- - Desorientación con respecto a las personas.
- **No se observan signos y síntomas.**

FACTORES DE RELACIÓN

- Barreras culturales.
- Defectos del desarrollo del lenguaje
- Ausencia de personas de apoyo.
- Anomalías motrices.
- Ansiedad.
- **No se observan factores de relación.**

11. CREENCIAS Y VALORES

SIGNOS Y SINTOMAS

- Preocupación por el sentimiento vida – muerte
- Prevé una pérdida... Llanto...
- Sentimientos de culpa.
- **No se observan signos y síntomas.**

FACTORES DE RELACIÓN

- Hospitalización.
- Aislamiento. ...Dolor...
- Enfermedad terminal.
- **No se observan factores de relación.**

12. OCUPARSE PARA REALIZARSE

SIGNOS Y SINTOMAS

- Abandono... Sentimientos de culpa...
- Expresión verbal de no poder controlar al niño.
- Identificación negativa de las características físicas del lactante.
- Incumplimiento de los compromisos de salud.
- **No se observan signos y síntomas.**

FACTORES DE RELACION

- Carencia de sistemas de apoyo.
- Sentimientos de fracaso frente a los acontecimientos de la vida.
- No disponibilidad de recursos.
- Falta de conocimientos.
- **No se observan factores de relación.**

13. RECREARSE

SIGNOS Y SINTOMAS

- Molestias por inactividad.
- Incapacidad para participar en aficiones usuales.
- Inquietud...Llanto...
- Aburrimiento.
- **No se observan signos y síntomas.**

FACTORES DE RELACION

- Inmovilidad.
- Separación de personas afines.
- Cambios en el entorno.
- Ambiente extraño.
- Deterioro perceptivo conceptual.
- **No se observan f. de relación.**

14. NECESIDAD DE APRENDER

SIGNOS Y SINTOMAS

- Situación desconocida.
- Transmisión inadecuada de conocimientos.
- Conductas inadecuadas a su situación.
- Demanda de información.
- Incapacidad para obedecer órdenes.
- **No se observan signos y síntomas.**

FACTORES DE RELACION

- Falta de información.
- Capacidad de comprensión.
- Barreras culturales.
- Mala interpretación de la información.
- Inadecuación de los métodos de aprendizaje.

- Deterioro cognoscitivo perceptual.
- **No se observan f. de relación.**

CONCLUSIONES

Con el registro de la Valoración, podemos establecer una base sólida que favorezca la prestación de una **atención individualizada de calidad**.

Nos proporciona los **datos** que identificarán los **problemas**.

Nos va a permitir establecer **prioridades** en nuestros cuidados.

Identifica **diagnósticos de enfermería** y los tratamientos de las respuestas humanas.

Aumenta la **comunicación** del grupo cuidador.

Favorece el **trabajo en equipo**.

Compara la situación del paciente desde el **ingreso al alta**.

Facilita **estudios retrospectivos** de investigación.

BIBLIOGRAFIA

- Lise Riopelle, inf. M.N., Louise Grandín, inf. M. Ed. , Margot Phaneuf, inf. M.A. "Cuidados de Enfermería. Un proceso centrado en las necesidades de la persona". Ed. Interamericana 1997.
- Lise Riopelle, inf. M.N., Louise Grandín, inf. M. Ed., Margot Phaneuf, inf. M.A. "Cuidados de Enfermería, Aplicación del proceso enseñanza-aprendizaje. Ed. Interamericana, 1993.
- M. Teresa Luis Rodrigo. "Diagnosticos Enfermeros. Un instrumento para la práctica asistencial". Mosby- Doyma Libros 1996.
- Diagnósticos de Enfermería de la N. A. N. D. A. Definiciones y Clasificación 1997- 1998 Hourcourt- BRACE de España 1997.
- Lynda y Carpenito. "Diagnósticos de Enfermería" Interamericana 1989.
- R. Alfaro "Aplicación del proceso de enfermería" . Doyma 1988.
- Marjory Gordon "Diagnóstico Enfermero. Proceso y aplicación Mosby-Doyma 1996.

Título: “Distribución de la actividad de enfermería por tiempo medio”

Autores: Ferre Inma y colaboradores.

Vista la necesidad de desarrollar el rol autónomo de la enfermera, y puesto que el tiempo es el principal recurso en nuestros días, hemos hecho un resumen de la distribución de la actividad de enfermería por tiempo medio.

Hemos agrupado los tipos de visitas y el tiempo asignado para cada una de ellas:

- Espontanea: 10’
- Concertada: 15’
- Domicilios: 30’
- Analíticas: 5’
- Tareas burocráticas: 5’

No hemos contemplado otras tareas que asume también la enfermera, como control de la ropa, realización de tubos de analíticas, esterilización, ni tampoco la educación sanitaria hecha a la comunidad, es decir, solo se contempla aquellas tareas asistenciales que se registran en el sistema de información de atención primaria (SIAP).

Se ha analizado la actividad durante el año 1999 de la totalidad (128) enfermeras de la DAP Terres de l’Ebre.

Se hace un análisis de cada área básica de salud (ABS) un total de 9 y después la media de la Dirección de Atención Primaria (DAP).

Resultados:

Hemos encontrada gran variabilidad entre las distintas áreas de trabajo, siendo la ocupación principal del tiempo la visita espontanea (rango: 20% - 67%, seguida de la concertada (rango: 12% - 41%), domicilios (rango: 7% - 28%), burocracia (rango: 3% - 30%)

Discusión:

- Gran variabilidad quizás por utilizar sistemas de registro diferentes.
- Si queremos incrementar el rol autónomo de enfermería, hay que reducir el tiempo de las tareas burocráticas.
- Seria deseable disminuir la visita espontanea y aumentar la concertada.
- Los agentes de cambio de enfermería han consensuado una distribución optima del tiempo con el objetivo de implantar el programa ATDOM a través de la implicación de los directivos y profesionales.

Título: “La informatización nos ayuda en nuestro trabajo cotidiano”
Autores: CASAJÚS MAGAÑA, Rosario
Hospital Reina Sofía. Tudel. Navarra.

INTRODUCCIÓN

En mi trabajo cotidiano estaba acostumbrada a manejar gran cantidad de fichas, volantes, analíticas y papeles en general. No era consciente del gran riesgo de errores que tenía en muchas ocasiones, por mucho cuidado que ponía para evitarlos. Muchas veces me desbordaban todos estos papeles. Tampoco tenía en cuenta el tiempo que perdía organizando, ordenando y repasando los mismos. Nunca hubiese imaginado que de una forma tan sencilla pudiese cambiar todo esto de forma tan importante.

MATERIAL Y MÉTODOS

Relación del funcionamiento de la Consulta de Hematología y Anticoagulación: antes y después de la informatización de la misma, contado como si fuese una “Historieta”.

RESULTADOS

Cambio radical de la dinámica de trabajo para Enfermería al introducir la informatización en la consulta de anticoagulación oral, con lo que queda más tiempo para atender a los pacientes, poder escucharles y solucionarles sus dudas, así como para prestar más atención a los comentarios del Médico en cuanto a la patología del paciente.

CONCLUSIONES

Debemos aceptar la informatización como un gran progreso y avance que facilita nuestro trabajo cotidiano, no como una carga, por el simple hecho de tener que aprender a utilizar el ordenador, aunque al principio nos cueste un poco, sobretudo a las personas que no estábamos familiarizadas con él.

Título: “Guía de práctica clínica para el cuidado del paciente crítico politraumatizado”

Autores: Torres López A, Álamo Álamo B, Parra Vázquez F.J, Gillén Sánchez F, Morales Asencio J.M, Martín Castro C.

Empresa pública de emergencias sanitarias de Andalucía.

INTRODUCCIÓN

El paciente crítico politraumatizado se identifica como uno de los pacientes críticos a los que habitualmente tenemos que prestar cuidados. El disponer de guías de cuidados que unifiquen criterios de actuación esta justificado por el alto número de pacientes que se van a beneficiar de su puesta en práctica, (20% del total de la actividad asistencial); la consecuente mejora de la calidad asistencial, disminuyendo la mortalidad así como las secuelas, favoreciendo la calidad de vida posterior, (alta frecuencia en pacientes jóvenes).

OBJETIVOS

Elaboración de un guía de práctica clínica para el cuidado del paciente crítico politraumatizado.

MATERIAL Y METODO

Se ha seguido la metodología de búsqueda de la evidencia científica para la elaboración de guías de practica clínica de los cuidados de enfermería en urgencias y emergencias de la Comunidad Autónoma de Andalucía. Se establecen dos grandes períodos: uno primero de elaboración de guías basadas en el consenso de expertos, apoyadas en la bibliografía y uno posterior de aplicación de revisiones sistemáticas y meta análisis a las guías.

El Plan Andaluz de Urgencias y emergencias ha puesto en marcha el proyecto formando un grupo de trabajo de 14 enfermeras expertas de Cuidados Críticos. Para la construcción de cada una de las guías se han seguido ocho fases:

1. Identificación del problema
2. Revisión de la literatura disponible
3. Desarrollo de las recomendaciones para la práctica a partir del análisis bibliográfico
4. Contraste con expertos y usuarios
5. Establecimiento de consenso sobre qué recomendaciones sobre todas las obtenidas son relevantes para el problema en cuestión
6. Desarrollo de la guía de práctica clínica
7. Identificación de protocolos asistenciales y guías de práctica clínica existentes en los contextos donde se van a aplicar
8. Pilotaje de la efectividad y utilidad de las guías de práctica clínica.

RESULTADOS

Se ha realizado una valoración de las necesidades básicas de estos pacientes, buscando los problemas y manifestaciones que mas frecuentes se pueden presentar, .Se ha utilizado para su descripción la terminología desarrollada por la NANDA, tanto para los diagnósticos enfermeros, además de haber incluido los problemas de colaboración. Se plantearon unos objetivos para resolver cada problema. Se planificaron las intervenciones según la clasificación de la Universidad de Iowa (NIC) como elemento homogeneizador del lenguaje utilizado en la misma, junto con la taxonomía NANDA.

Para facilitar la comprensión y uso de la guía , se ha seguido el sistema de presentación a través de algoritmo , que facilita la toma de decisiones , así como las relaciones existentes en las distintas tomas de decisiones.

Por último se ha realizado un registro que recoja la información importante para la resolución de los problemas del paciente politraumatizado.

CONCLUSIONES

El disponer de una guía de práctica clínica para los cuidados de enfermería en estos pacientes permitirá estandarizar y unificar los cuidados entre los profesionales y aumentar la efectividad asistencial.

Título: “Plan de cuidados estandarizados para el paciente geriátrico”

Autores: Junyent, María y colaboradores.

INTRODUCCIÓN

El aumento de la esperanza de vida así como el envejecimiento progresivo de la población, se traduce no tan solo en un aumento de las enfermedades crónicas sino en una mayor demanda de servicios de salud. El cambio del escenario social y en concreto el de los servicios hospitalarios de agudos, nos ha llevado a considerar la necesidad de ofrecer unos cuidados enfermeros adaptados a las características de nuestra población anciana. La elaboración de un **Plan básico de cuidados** basado en el marco conceptual de nuestro centro (*V.Henderson*) nos permite disponer de una herramienta cuya finalidad principal es servir como guía indispensable para una correcta planificación y administración de cuidados.

OBJETIVO

Elaborar un plan de cuidados estandarizado para el paciente mayor de 70 años (**PCE – Geriátrico**) orientado a:

- Garantizar una atención adecuada homogénea e individualizada.
- Adoptar un lenguaje común.
- Unificar criterios de actuación.

MATERIAL Y METODO

Se incluyeron un total de 989 pacientes de más de 70 años ingresados en la Unidad de Medicina Interna en el periodo comprendido entre Mayo del 98 y Diciembre del 99.

Proceso:

- 1- Formación y entrenamiento del equipo enfermería.
- 2- Elaboración de PC individualizados.
- 3- Consulta bibliográfica.
- 4- Elaboración del PC Estandarizado Geriátrico.
- 5- Validación en la practica.
- 6- Introducción de modificaciones.
- 7- Revisión continua.

RESULTADOS

1.- Elaboración y aplicación del **PCE GERIATRICO**, que incluye la detección de problemas, fijación de objetivos y planificación de actividades:

Diagnósticos de enfermería potenciales y/o reales Complicaciones Potenciales

Miedo r/c la amenaza de la integridad física y/o psíquica.
Broncoaspiración.
Alteración de la comunicación r/c el déficit auditivo y/o verbal y/o visual
Agitación / desorientación.
Alteración de la glicemia basal.
Déficit de autocuidado parcial /total r/c la falta de fuerza.
Flebitis.
Alimentación inadecuada r/a dificultad para masticar y/o deglutir o con inapetencia y/o fatiga y/o depresión.
Dificultad para moverse r/c el cansancio y/o la debilidad.
Riesgo de alteración de la integridad cutánea r/c la inmovilidad.
Riesgo de accidente r/c la falta de fuerza.

Problemas Interdependientes

Dificultad para preservar su salud r/c la falta de conocimientos.
Incontinencia urinaria y/o fecal.
Riesgo de estreñimiento r/c la disminución de la movilidad.
Diabetes.

2. - Desde mayo del 98 se aplicó el PCE GERIATRICO a 815 paciente (84%), de un total de 989 pacientes mayores de 70 años.

CONCLUSIONES

- Proporciona una atención integral al paciente.
- Facilita la rápida detección de problemas específicos de estos pacientes independientemente de su patología de ingreso.
- Permite evaluar los resultados obtenidos en el proceso de cuidados.
- Refleja la realidad de nuestro centro y nuestras posibilidades de intervención.
- Ayuda a la adaptación del personal de nueva incorporación a la dinámica de trabajo establecida.

Título: “Valoración de la experiencia en el trabajo con planes de cuidados en la atención de enfermería a: PTC, PTR, artrodesis de columna y politraumatizados”

Autores: López Moreno, Yolanda

El propósito de este trabajo es la valoración objetiva, desde la experiencia, del trabajo con planes de cuidados llevado a cabo durante 10 meses, en un primer ensayo, en las unidades de enfermería del Hospital Monográfico de Traumatología de Asepeyo, en Coslada.

Dicha valoración se llevo a cabo siempre teniendo en cuenta 3 factores:

1. Los conocimientos previos impartidos a todo el personal de enfermería sobre el Proceso de Atención de Enfermería (PAE).
2. La metodología utilizada para la validación de los planes de cuidados.
3. Los resultados obtenidos

El estudio de los 3 factores anteriormente citados nos llevó a desarrollar en el trabajo los siguientes aspectos:

1. Los problemas que se detectan en el trabajo con planes de cuidados en cuanto a registros, ordenación y valoración de datos; los problemas en el personal de enfermería y los problemas que plantea el personal de enfermería.
2. Desde la valoración proponer nuevas formas de planificar el trabajo con los planes de cuidados.
3. La implicación de todo el personal de enfermería en dicho proceso.

Todo ello permite proponer, como conclusión al trabajo, una serie de objetivos y cambios en la forma y en el modo de trabajar con planes de cuidados, futuro inmediato en la profesión que desarrollamos.

Título: “Guía de práctica para el cuidado del paciente crítico con problemas neurológicos”

Autores: Terol Fernández, Fco Javier*; Morales Asensio, Jose Miguel**;
Sanchez Gomez, Begoña ***; Torres Perez, Luis **; Muñoz Zamorano, J.****;
Molero Llorens, M.***

* **Hospital de Antequera, Jefe de Bloque de Enfermería.**

** **UCI Hospital Clínico Universitario “Virgen de La Victoria”**

*** **UCI Hospital “Carlos Haya”**

**** **Urgencias Hospital “Carlos Haya”**

INTRODUCCIÓN:

Las alteraciones del sistema nervioso central (SNC) y del sistema nervioso periférico (SNP) originan, con mucha frecuencia, situaciones críticas que ponen en peligro la vida de las personas y que requieren un soporte de cuidados bien definido, por el elevado número de respuestas que desencadenan y el riesgo que comportan. La envergadura del impacto socioeconómico de estos procesos requiere un abordaje específico desde la perspectiva de la evidencia científica, de forma que se aumente la efectividad en la asistencia prestada. Es común la disparidad de criterios, discontinuidad de los cuidados y contradicción en los juicios en pacientes que muchas veces carecen de capacidad de relación con el entorno y no pueden validar mediante su percepción, las valoraciones efectuadas por los profesionales.

OBJETIVOS:

Elaboración de una guía de práctica que abarque todos los aspectos de las intervenciones enfermeras.

MATERIAL Y METODO:

Se buscó para participar en el grupo a profesionales, expertos en cuidados críticos y Urgencias de diversos hospitales de la provincia de Málaga. Se establece como metodología de trabajo, en una primera fase el panel de consenso y la revisión bibliográfica, para someterse la guía elaborada, a un posterior metaanálisis por parte de los coordinadores del grupo de trabajo del Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias (PAUE), para la elaboración de protocolos de enfermería.

RESULTADOS:

Se ha definido que los pacientes con problemas neurológicos presentan alteraciones en una o varias de las siguientes funciones: la sensopercepción; la cognición y memoria; la comunicación y relación con el entorno, asociados o no con alteraciones en la movilización, derivadas de problemas de salud de etiología diversa y que puede comprometer una o varias funciones vitales. Se definen en la guía los problemas de salud mas frecuentes que se dan en estos pacientes. Se han establecido dos fases de valoración: Fase Inicial(abordaje del paciente , y valoración del ABC de la RCP ,mas Valoración neurológica con escala Glasgow); Fase avanzada (valoración focalizada por necesidades según modelo de Virginia Henderson) Los problemas clínicos detectados fueron: ALTERACIONES DE LA PRESIÓN DE PERFUSIÓN CEREBRAL(PPC);PROCESOS INFECCIOSOS DEL SN; RIESGO DE LESIÓN Y ALTERACIÓN DE LA AUTOPROTECCIÓN (Riesgo de aspiración, Riesgo de traumatismo, Alto riesgo de deterioro de la integridad cutánea, Riesgo de violencia hacia sí mismo o los demás) ; ALTERACIONES DE LA AUTOESTIMA Y EL AFRONTAMIENTO(Afrontamiento individual inefectivo, Alteración de la imagen corporal , Impotencia). Para cada uno de estos problemas se describen objetivos si proceden, y las intervenciones enfermeras, utilizando la clasificación de intervenciones emitida por la Universidad de Iowa. Se incluye en el trabajo un Algoritmo del proceso asistencial.

CONCLUSIONES:

Creemos que la elaboración de guías de practica, puede servir como instrumento para la homogeinización de la práctica enfermera. Además de poner de manifiesto los conocimientos enfermeros, la elaboración de guías de practica permite reunir a enfermeros de distintos entornos (docente, asistencial, gestión, etc.) con un mismo campo de experiencia profesional.

Título: “Planes de cuidados de pruebas endoscópicas”

Autores: Delgado Sánchez, Pilar y colaboradores.

En los últimos años se ha desarrollado considerablemente el marco teórico de la enfermería, ayudándonos a delimitar nuestro campo de trabajo y dotándonos de identidad profesional. Anteriormente se definía nuestra actividad por la delegación de competencias, la colaboración y las órdenes de otros profesionales sanitarios. Actualmente disponemos de instrumentos metodológicos y una base de conocimientos que han aumentado la sistematización y el rigor en nuestro trabajo.

Con ocasión de la apertura de la Fundación Hospital Alcorcón (FHA), y debido a la incorporación de personal de enfermería procedente de diferentes centros sanitarios y distintos grados de conocimientos de Endoscopia, surgió la necesidad de unificar criterios y modos de actuación comunes a la realización de las exploraciones endoscópicas. Con ello pretendimos definir e integrar las actividades propias de la enfermería en el desarrollo de exploraciones endoscópicas, utilizando como metodología los diagnósticos de enfermería y como filosofía el cuidado enfermero. De ahí nació la idea de la elaboración de planes de cuidados en la unidad de endoscopia.

La presencia de personal de enfermería en pruebas endoscópicas se había limitado a una mera colaboración en el desarrollo de la técnica, actualmente la adaptación de un modelo de cuidados de enfermería nos ha permitido integrar el Cuidado Enfermero; se ha pasado del trabajo por tareas a los cuidados centrados en el paciente-cliente, que nos permite tener mayor información sobre sus necesidades y desarrollar nuestras habilidades profesionales.

Los planes de cuidados que hemos realizado están basados en el modelo de Virginia Henderson, que es el utilizado en la FHA y que además está integrado en una base de datos informatizada.

Los planes de cuidados que utilizamos son estandarizados, es decir aplicables en líneas generales en todos los casos de nuestra atención, no obstante, no deben olvidarse las características individuales de cada uno de los pacientes-clientes que unidas al plan estandarizado nos llevan a su atención integral.

Esta estandarización proporciona un ahorro de tiempos de enfermería, facilitando la toma de decisiones de manera rápida y acertada, ayudando a unificar un lenguaje tan importante en nuestra profesión.

La función más importante del personal de enfermería es la actividad cuidadora del paciente-cliente que acude a realizarse una endoscopia, además de ello es responsable de la desinfección, mantenimiento del aparataje y la colaboración con el facultativo.

Las pruebas endoscópicas que realizamos en nuestro servicio son: broncoscopias, cistoscopias, gastroscopias, colonoscopias y CPRE. Estas exploraciones endoscópicas se realizan como medio diagnóstico, y terapéutico; para su realización son necesarias unas condiciones especiales que incluye tanto una preparación física como psicológica en el paciente.

Para mostrar nuestra metodología de trabajo hemos elegido el Plan de Cuidados de la Gastroscopia.

La gastroscopia o endoscopia digestiva alta es una técnica que consiste en la exploración de una parte del tubo digestivo: esófago, estómago y duodeno, mediante endoscopio flexible de fibra óptica. La prueba tiene fines diagnósticos, realizando un estudio no sólo macroscópico, sino también microscópico mediante la toma de biopsias. Además de esta indicación, también se realiza con fines terapéuticos, en los que se incluyen actividades como: esclerosis de úlceras gástricas, varices esofágicas, extracción de cuerpos extraños, dilataciones esofágicas...

Este plan de cuidados ha sido elaborado y adaptado tras realizar un estudio retrospectivo de los cuidados de enfermería en el desarrollo de la prueba endoscópica, en una muestra de 1359 pacientes, y aplicado posteriormente en 740 pacientes sometidos a gastroscopia. Está basado en los cuidados que damos al paciente en la sala de endoscopias, desde que llega a la unidad hasta que se deriva a otra unidad de hospitalización o a su domicilio, en caso de ser paciente ambulante.

Plan de Cuidados estandarizado de endoscopia digestiva alta.
Elaborado por el equipo de enfermería de la F.H.A.

DIAGNÓSTICO	OBJETIVOS	ACTIVIDADES
Riesgo de aspiración relacionado con: Dificultad para tragar Aumento de la presión gástrica Reflejo tos/náusea deprimido	Mantendrá las vías aéreas permeables No presentará signos y síntomas de aspiración Adoptará posturas preventivas de aspiración	• Posiciones. Colocar en cama (decúbito lateral izquierdo) • Ayuno. Comprobar • Valorar permeabilidad de vías aéreas • Retirar elementos peligrosos y/o contaminantes • Mantener inmovilización durante la prueba • Valorar reflejos de tos y náuseas
Riesgo de patrón de respiración ineficaz relacionado con: Cuerpo extraño (endoscopio) Ansiedad	Mantendrá su patrón respiratorio	• Observar signos y síntomas de insuficiencia respiratoria • Poner oxígeno • Mantener oxígeno • Retirar oxígeno • Poner monitorización • Mantener monitorización • Valorar registro del monitor • Retirar monitorización • Instruir sobre ejercicios respiratorios • Instruir sobre técnicas de relajación • Estimular verbalmente
Riesgo de infección relacionado con: Procedimiento invasivo (endoscopia) Exposición ambiental	No presentará signos y síntomas de infección	• Arreglo de cama (camilla) • Retirar elementos peligrosos y contaminantes (instrumental de endoscopia) • Protocolo limpieza de endoscopios
Riesgo de ansiedad relacionado con: Falta de conocimientos	Verbalizará sus dudas antes de empezar la prueba Estará informado de todos los cuidados necesarios en domicilio al alta	• Informar al paciente sobre el procedimiento que se le va a realizar • Establecer código de comunicación. Gestual • Actuar con tranquilidad y sin prisas • Responder a las preguntas y dudas del paciente • Observar expresiones no verbales • Observar signos y síntomas de ansiedad
Riesgo de déficit de conocimientos relacionado con: Falta de información Mala interpretación de la información	Demostrará comprensión de los cuidados pautados al alta Expresará conocer los efectos secundarios al alta	• Informar al paciente. Recomendaciones posteriores al alta • Responder las preguntas y dudas del paciente • Entregar documentación y recomendaciones al alta • Instruir sobre restricciones dietéticas

Como se ha podido observar en nuestro plan de cuidados la información al paciente nos parece un aspecto crucial, no sólo porque con ello lograremos disminuir su ansiedad y temor ante lo desconocido sino también, porque va a participar en la mayoría de los casos, en los cuidados y vigilancia tras la prueba.

Para ello hemos elaborado las recomendaciones de enfermería posteriores a la realización de las pruebas, con una redacción sencilla para una mejor comprensión, que se explican verbalmente y luego se entregan por escrito.

A continuación presentamos las recomendaciones de enfermería tras la realización de la gastroscopia.

CUIDADOS POSTERIORES A LA GASTROSCOPIA:

En el transcurso de la endoscopia, se le ha introducido aire en el tubo digestivo, puede notar las molestias características de los gases; es aconsejable que no tome alimentos que favorezcan la producción de éstos (bebidas gaseosas, legumbres, coles, coliflor...)

SIGA A CONTINUACION SOLAMENTE LAS INSTRUCCIONES MARCADAS CON UNA CRUZ POR EL PERSONAL QUE LE HA ATENDIDO:

- ☐ Se le ha administrado anestesia tópica faríngea, es importante que no tome alimentos, ni beba líquidos, al menos en las dos horas posteriores a la exploración.
- ☐ Durante la realización de la gastroscopia se le han tomado unas muestras, por lo que recomendamos que el primer alimento que tome sea líquido y frío, y durante el día de hoy procure no tomar comidas calientes.
- ☐ Se le ha administrado medicación sedante intravenosa, por lo cual durante todo el día de hoy, **no puede conducir**, ni realizar actividades que impliquen peligro (trabajos que necesiten de toda su atención), tampoco debe tomar decisiones importantes. Puede ser que se sienta cansado o adormilado las 12 horas posteriores a la exploración.
- ☐ Como le ha explicado el médico, debido a su patología se le ha administrado un antibiótico antes de realizarle la exploración, le recordamos que 6 horas después de ésta, debe tomar 1,5 gramos de Amoxicilina.

También nos gustaría reflejar que todas las actividades expuestas anteriormente, llevan asociadas un código de la base de datos de enfermería, a las cuales se les han asignado unos tiempos de ejecución y un coste. Esto nos permite definir e integrar el cuidado enfermero en el proceso de gestión asistencial como en este caso en la hemorragia digestiva alta.

Para finalizar exponemos las conclusiones obtenidas después de la utilización de los planes de cuidados en el servicio de endoscopias:

- Descripción y tipificación de cuidados en pruebas endoscópicas.
- Unificación de criterios para la aplicación de cuidados en los pacientes sometidos a endoscopia.
- Coordinación y continuidad de cuidados en la atención a los usuarios.
- Establecer y asegurar unos estándares de calidad asistencial en la aplicación de cuidados.
- Registro y validación de la atención de enfermería.
- Participación del cuidado de enfermería en los procesos de gestión para la elaboración de las guías clínicas.

Título: “Guía de cuidados en el paciente crítico digestivo”

Autores: Casares Cervilla, R.; Guervós Narváez, C.; Ordóñez Cuadros, P.; Terrón Delgado, L. ;Fernández Romero F.

Hospital de Motril. Servicio de urgencias.

INTRODUCCION

Ante la demanda social de unos cuidados sanitarios de calidad en los diferentes dispositivos de urgencias y emergencias de la sanidad pública, se hace necesario unificar nuestros criterios de actuación.

OBJETIVOS

Elaborar una guía de cuidados que oriente, unifique, de continuidad y nos permita evaluar en todo momento su calidad.

Cubrir el vacío documental existente en esta especialidad a nivel de enfermería.

Facilitar la medición del producto enfermero en las unidades de urgencias.

MATERIAL Y METODOS

Elaboración de un grupo de trabajo compuesto por enfermeros representantes de los dispositivos asistenciales anteriormente mencionados (061, urgencias de atención primaria y hospitalarias) utilizando la técnica cualitativa del grupo focal.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Guía de práctica clínica resumida en un algoritmo que pretende facilitar, agilizar y mejorar el trabajo, dando una secuencia de actuación en los diferentes niveles por los que pueda pasar el paciente.

Titulo: "Alteraciones cutáneas en enfermos de SIDA"

Autores: Torreiro Pampin, María Luisa; García Campos, Ana; González González, María; Rodríguez Crespo, Dolores; Ferro Fornos, Rosario;

Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela.

Los pacientes infectados por VIH presentan muchas manifestaciones de su enfermedad a nivel dermatológico así como alteraciones de la integridad de la piel.

OBJETIVO: Prevenir el desarrollo de sobreinfección bacteriana, mantener una buena hidratación cutánea y fomentar el autocuidado mediante educación sanitaria.

MATERIAL: Presentamos dos casos de pacientes con SIDA ingresados en nuestro hospital

1º) Varón de 37 años heterosexual que ingresa por fiebre se diagnostica de meningitis por criptococo. En dicho momento presentaba sequedad de la piel y lesiones en uñas de ambos pies en relación con onicomycosis. Posteriormente desarrolla neumonía por *Pneumocystis carinii* y varias lesiones de tipo vesicular a nivel de base de pene que se diagnostica de lesión herpética mediante detección directa de antígeno de VHS-2.

2º) Varón de 43 años ex-UDVP que ingresa por diarrea en relación con *criptosporidium*. A su ingreso presentaba sequedad de piel y posteriormente desarrolló lesiones de tipo vesicular y necróticas escasas y distribuidas por todo el tronco y extremidades superiores. Se diagnostica de varicela por PCR.

RESULTADOS: Se consiguió evitar la sobreinfección bacteriana, una correcta hidratación cutánea y la implicación del paciente en su cuidado.

CONCLUSION: Queremos destacar la importancia de una buena valoración cutánea en pacientes con SIDA ya que pueden tener una sequedad marcada de piel, lo cual provoca prurito con probabilidad de lesiones de rascado y por tanto posibilidad de penetración de gérmenes en el torrente sanguíneo y el consiguiente riesgo en pacientes inmunodeprimidos. Además presentaron manifestaciones de infecciones por virus del grupo herpes, que en localizaciones como genitales a veces no se detectan con facilidad si el personal de enfermería no hace una valoración íntegra del enfermo y en el caso de la varicela la necesidad de aislamiento para evitar contagios.

BIBLIOGRAFIA: Historias clínicas, hojas de evolución de enfermería