ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERÍA SANTA MADRONA
de la Fundación "la Caixa"

INFORMATIZACIÓN DE UN PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL PACIENTE ESQUIZOFRÉNICO COMO INSTRUMENTO DE MEJORA DE LA CALIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

AUTOR:
IGOR MERODIO RUIZ

Trabajo presentado al curso de Administración y Gestión en cuidados de Enfermería para la obtención del Master.

(16a) 30/06/06

Trabajo dirigido por: MARISOL RODRIGUEZ

Comisión evaluadora:

Montserrat Teixidor	Presidenta
Esteve Pont	Secretario
Concepció Ferrer	Vocal
Jose Tejada	Vocal

Presentado en fecha: 30/05/2006

Aceptado en fecha: 30/05/2006

Queda prohibida cualquier reproducción total o parcial de este trabajo sin la autorización expresa por parte de los autores.

INDICE

1.- Introducción....4

1.1.- *Justificación*....4

1.2.- *Objetivo*....6

2.- Marco teórico....6

2.1.- *Breve historia de la psiquiatría*....6

2.2.- *Sistemas diagnósticos de la esquizofrenia*....9

2.2.1.- *Criterios diagnósticos*....9

2.3.- *Procesos de enfermería*....12

2.3.1.- *Objetivos del proceso de atención de enfermería*....14

2.3.2.- *Características del proceso de enfermería*....15

2.3.3.- *Ventajas del proceso de atención de enfermería*....16

2.3.4.- *Etapas del proceso de atención de enfermería*....16

2.4.- *Evaluación de la calidad*....26

2.5.- *Informatización de la salud*....27

3.- Diseño del estudio....29

3.1.- *Hipótesis*....29

3.2.- *Metodología*....29

3.3.- *Variables*....30

3.4.- *Población muestra*....30

3.5.- *Instrumentos de recogida de información*....30

4.- Resultados....31

5.- Discusión y conclusiones....39

6.- Limitaciones....40

7.- Propuestas y líneas de investigación futuras....40

8.- Bibliografía....41

9.- Anexos.... Anexo 1

1.- INTRODUCCIÓN

1.1- JUSTIFICACIÓN

Protocolos, Guías de actuación, Procedimientos, Planes de cuidados,... son algunos de los instrumentos que utiliza enfermería para dar una atención protocolizada, homogénea y de calidad a todos los pacientes. Todos estos documentos son habitualmente de elaboración interna, adaptados a las características de la institución y de los pacientes, basados en la experiencia propia y la revisión bibliográfica de publicaciones.

Actualmente en el ámbito hospitalario se están desarrollando planes de cuidados estandarizados, debido a que aportan numerosas ventajas, entre ellas:

- Desde un punto vista clínico permiten planificar y comunicar los cuidados a los pacientes. Se parte de un plan de cuidados estandarizado y a partir de aquí se individualizan y personalizan los cuidados, teniendo en cuenta las características específicas del paciente. Los planes de cuidados requieren un seguimiento y actualización para poder abordar los cambios en la situación clínica del paciente.
- Desde un punto de vista legal, es un marco de referencia para establecer los estándares de cuidados.
- Desde el punto de vista de gestión:
  - Facilitan y acotan la planificación de los cuidados, ajustándolos a la situación del paciente, disminuyendo el tiempo requerido por los profesionales de enfermería y garantizando la calidad de los cuidados. Se entiende por calidad, el logro de los resultados deseados en la salud de los individuos y de la población en general.
  - Permiten validar la idoneidad de los cuidados brindados y justificar niveles de plantilla y el cobro por la atención del paciente.

Los planes de cuidados estandarizados contemplan todos los problemas potenciales del paciente, utilizando los diagnósticos de enfermería, que a su vez plantean distintos objetivos e intervenciones, requiriendo un seguimiento y evaluación.

Actualmente se están empezando a desarrollar los planes de cuidados estandarizados en Salud Mental, encontrando como dificultad un déficit en los diagnósticos de Taxonomía NANDA (North American Nursing Diagnosis Associations).

Paralelamente el Plan Director de Salud Mental y Adicciones está trabajando los indicadores de calidad en las Unidades de Hospitalización de Psiquiatría de Agudos y Patología Dual. En Enero del 2005 la Fundación Avedis Donabedian publicó el documento definitivo, donde se plantean 29 indicadores de calidad para dichas unidades. En relación a los planes de cuidados de enfermería, existen 2 indicadores:

- El indicador número 2 determina la necesidad de elaboración de un plan terapéutico que ha de incluir los resultados de la valoración, los objetivos, el tratamiento y las pruebas complementarias durante los primeros 7 días de ingreso.
- El indicador número 3 determina la obligatoriedad de la existencia de los protocolos de atención al paciente diagnosticado de esquizofrenia, depresión, bipolar,...

La elaboración de los planes de cuidados reflejan la importancia del rol autónomo de enfermería para realizar un abordaje terapéutico e integral al enfermo mental, así como la necesidad de la unificación de criterios para un correcto manejo de las distintas situaciones, con el fin de administrar unos cuidados de calidad. Evidentemente todo esto requiere un registro exhaustivo de los profesionales en el curso clínico.

La informatización de los planes de cuidados estandarizados es una herramienta que facilita el trabajo de los profesionales y permite la individualización y personalización de los planes de cuidados, de tal forma que se puede planificar, ejecutar y evaluar las intervenciones realizadas. En este sentido me planteo diseñar e informatizar un plan de cuidados estandarizado de enfermería dirigido al paciente diagnosticado de Esquizofrenia, que se implantará en la Unidad de Hospitalización de Agudos de Psiquiatría (UHAP) de la Corporación Sanitaria del Parc Taulí (CSPT). Ya que en la actualidad no

existe una herramienta informática y los planes de cuidados se realizan en formato papel y de forma manual.

1.2- OBJETIVOS

- Consensuar, diseñar e informatizar un plan de cuidados de enfermería estandarizado.
- Operativizar la implantación del plan de cuidados estandarizado, individualizándolo para cada paciente.
- Evaluar si mejora la calidad del proceso de cuidados de enfermería mediante la aplicación del plan de cuidados informatizado.

2.- MARCO TEÓRICO

2.1- BREVE HISTORIA DE LA PSIQUIATRÍA

La Psiquiatría como disciplina médica es relativamente joven o temprana aunque la historia del pensamiento psiquiátrico se remonta hasta la antigüedad. En la antigüedad consideraban la enfermedad mental como algo sobrenatural relacionado con violaciones de tabúes, pérdida del alma o por la introducción en el cuerpo de un espíritu, y los enfermos eran sometidos a rituales para obtener la curación que contenían métodos homeopáticos, danzas, sacrificios expiatorios, exorcismos, etc., generalmente realizados por un chamán o hechicero. En la gran mayoría de ocasiones los propios hechiceros o curanderos eran personas con patologías psiquiátricas.

Durante siglos el paciente psiquiátrico ha sido generalmente maltratado por la sociedad donde convivía. En diferentes épocas, eran tratados como personas "poseídas", "brujas" y "demonios". A nivel popular, se aceptaba la locura como una posesión del loco por un espíritu demoníaco y los exorcismos eran una práctica frecuente durante la edad media.

En el año 1409, Fray Juan Gilaberto Jofré crea en Valencia el primer hospital psiquiátrico del que se tiene constancia. A posteriori se extiende una red de hospitales psiquiátricos por el resto de España, Europa y en el resto del mundo.

La época Barroca se considera como un periodo de transición entre los planteamientos renacentistas y la definitiva "eclosión" psiquiátrica al amparo de los postulados de la ilustración. La inclusión de las enfermedades mentales en los tratados médicos se hizo norma general durante esta etapa.

Aún así, en el año 1484 el Papa Inocencio VIII exhortaba en su plasmación escrita "Summis desiderante Affectivus" a descubrir, perseguir y castigar la brujería.

Dos años más tarde (1486), Kraemer y Sprenger, monjes dominicos, publican "Malleus Maleficarum"= ("El martillo de las brujas"), un exquisito manual para el castigo de los "brujos". Los pacientes eran perseguidos y torturados hasta la muerte. Muchos de los pacientes eran quemados en hogueras por su relación con el demonio.

El cuidado de este tipo de enfermos recaía generalmente en las familias o en personas religiosas. En muchas ocasiones, la única alternativa residía en el internamiento en centros religiosos, donde se confinaban para el resto de sus días.

Hay que destacar también que en otras culturas, como la arábica, crearon escuelas médicas florecientes que heredaron el saber griego y adoptaron una actitud más humanitaria hacia el enfermo mental.

En la segunda mitad del siglo XVIII la humanidad asiste al nacimiento de la psiquiatría como especialidad médica, gracias a la implantación del pensamiento ilustrado, claramente humanista y volcado en la reforma y mejora social y en segundo lugar gracias a los cambios económicos, políticos y sociales, fruto de las revoluciones de este siglo, como la revolución industrial, la revolución Francesa, etc.

Durante el siglo XVIII se crearon los planteamientos teóricos y metodología para el definitivo despegue de la psiquiatría como ciencia en el siglo XIX.

En general, el paciente mental era recluido e institucionalizado, porque de está manera dejaba de ser un "problema" para la sociedad, lo que conllevó a aumentar la creencia en la sociedad de la peligrosidad de este tipo de paciente. Esta tendencia se mantuvo hasta el siglo XX.

Durante la segunda guerra mundial, en Estados Unidos se observó el aumento de la importancia de la salud mental, al llegar al 40% el porcentaje de bajas psiquiátricas. Es a partir de este momento cuando se crean unidades de intervención en crisis, procurando la pronta reinserción.

En el año 1952 se produjo un hecho que cambió por completo la vida, el tratamiento y el cuidado del paciente esquizofrénico. Delay y Deniker descubren un neuroléptico o antipsicótico: la CLORPROMAZINA (Largactil®). Esto permitió dar un giro importante en los cuidados que se administraban hasta estos momentos al paciente diagnosticado de esquizofrenia.

Con el nuevo tratamiento farmacológico, el paciente dejaba de tener o disminuía las alucinaciones y los delirios, es decir, se encontraba más orientado en la realidad y de esta forma podía formar parte de la sociedad que hasta entonces lo recluía en centros. Esto provocó la desinstitucionalización y asistencia extrahospitalaria, así como la integración en el hospital general para permitir una asistencia integral al enfermo mental.

A partir de este momento, el cuidado del paciente psiquiátrico recae de nuevo en la familia, la cual tiene que asegurar el correcto cumplimiento farmacológico y la asistencia a las visitas periódicas programadas con sus psiquiatras y enfermeros/as de referencia.

Este cambio de necesidades por parte de los pacientes y familias en la asistencia del paciente psiquiátrico ha conllevado que, durante el siglo XXI, el pensamiento vaya encaminado a ofrecer una asistencia integral al enfermo mental, siendo necesario su acomodamiento en el hospital general, su seguimiento ambulatorio y su reinserción en la sociedad.

A efectos prácticos, la esquizofrenia es un problema sanitario de envergadura digna de tener en cuenta, por cuanto ha sido y es la patología con mayor peso específico en el diseño de políticas sanitarias en el ámbito de Salud Mental, y sigue siendo la patología psiquiátrica en torno a la cual se ha discutido históricamente con mayor intensidad, desde ámbitos más allá de lo estrictamente sanitario. Uno de los componentes que influye en gran medida es que hasta la fecha las múltiples propuestas generadas desde el mundo

científico no han logrado dar respuesta definitiva al trastorno, en el sentido de la curación.

2.2- SISTEMAS DIAGNÓSTICOS DE LA ESQUIZOFRENIA

Otro de los grandes logros conseguidos en las últimas décadas es la unificación en los sistemas de clasificación para el diagnóstico de las patologías mentales. En la actualidad existen 2 sistemas clasificación, la CIE 10 (Clasificación Internacional de Enfermedades) y el DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), siendo este último el más utilizado.

Según el sistema de clasificación americano DSM (en su cuarta revisión), requiere una clínica muy específica para la identidad de los trastornos mentales.

2.2.1- Criterios Diagnósticos

Los criterios que establece el DSM-IV para el diagnóstico de Trastornos esquizofrénicos son:

A. Síntomas característicos: Dos (o más) de los siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un período de 1 mes (o menos si ha sido tratado con éxito):

(1) ideas delirantes.

(2) alucinaciones.

(3) lenguaje desorganizado (p. ej., descarrilamiento frecuente o incoherencia).

(4) comportamiento catatónico o gravemente desorganizado.

(5) síntomas negativos, por ejemplo, aplanamiento afectivo, alogia o abulia.

Nota: Sólo se requiere un síntoma del Criterio A si las ideas delirantes son extrañas, o si las ideas delirantes consisten en una voz que comenta continuamente los pensamientos o el comportamiento del sujeto, o si dos o más voces conversan entre ellas.

B. Disfunción social/laboral: Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración, una o más áreas importantes de actividad, como son el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado de uno mismo, están claramente por debajo del nivel previo al inicio del trastorno (o, cuando el inicio

es en la infancia o adolescencia, fracaso en cuanto a alcanzar el nivel esperable de rendimiento interpersonal, académico o laboral).

C. Duración: Persisten signos continuos de la alteración durante al menos 6 meses. Este período de 6 meses debe incluir al menos 1 mes de síntomas que cumplan el Criterio A (o menos si se ha tratado con éxito) y puede incluir los períodos de síntomas prodrómicos y residuales. Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los signos de la alteración pueden manifestarse sólo por síntomas negativos o por dos o más síntomas de la lista del Criterio A, presentes de forma atenuada (p. ej., creencias raras, experiencias perceptivas no habituales).

D. Exclusión de los trastornos esquizoafectivo y del estado de ánimo:
El trastorno esquizoafectivo y el trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos se han descartado debido a:
1) No ha habido ningún episodio depresivo mayor, maníaco o mixto concurrente con los síntomas de la fase activa; o
2) si los episodios de alteración anímica han aparecido durante los síntomas de la fase activa, su duración total ha sido breve en relación con la duración de los períodos activo y residual.

E. Exclusión de consumo de sustancias y de enfermedad médica: El trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento) o de una enfermedad médica.

F. Relación con un trastorno generalizado del desarrollo: Si hay historia de trastorno autista o de otro trastorno generalizado del desarrollo, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se realizará si las ideas delirantes o las alucinaciones también se mantienen durante al menos 1 mes (o menos si se han tratado con éxito).

Clasificación del curso longitudinal:

- Episódico con síntomas residuales interepisódicos (los episodios están determinados por la reaparición de síntomas psicóticos destacados): especificar también si: con síntomas negativos acusados.
- Episódico sin síntomas residuales interepisódicos.
- Continuo (existencia de claros síntomas psicóticos a lo largo del período de observación); especificar también si: con síntomas negativos acusados.
- Episodio único en remisión parcial; especificar también si: con síntomas negativos acusados Episodio único en remisión total.
- Otro patrón o no especificado.
- Menos de 1 año desde el inicio de los primeros síntomas de fase activa.

Criterios para el diagnóstico de *Tipo paranoide*:

Un tipo de esquizofrenia en el que se cumplen los siguientes criterios:

A. Preocupación por una o más ideas delirantes o alucinaciones auditivas frecuentes.

B. No hay lenguaje desorganizado, ni comportamiento catatónico o desorganizado, ni afectividad aplanada o inapropiada.

Criterios para el diagnóstico de *Tipo desorganizado*:

Un tipo de esquizofrenia en el que se cumplen los siguientes criterios:

A. Predominan:

(1) lenguaje desorganizado.

(2) comportamiento desorganizado.

(3) afectividad aplanada o inapropiada.

B. No se cumplen los criterios para el tipo catatónico.

Criterios para el diagnóstico de *Tipo catatónico*:

Un tipo de esquizofrenia en el que el cuadro clínico está dominado por al menos dos de los siguientes síntomas:

(1) inmovilidad motora manifestada por catalepsia (incluida la flexibilidad cérea) o estupor.
(2) actividad motora excesiva (que aparentemente carece de propósito y no está influida por estímulos externos).
(3) negativismo extremo (resistencia aparentemente inmotivada a todas las órdenes o mantenimiento de una postura rígida en contra de los intentos de ser movido) o mutismo.
(4) peculiaridades del movimiento voluntario manifestadas por la adopción de posturas extrañas (adopción voluntaria de posturas raras o inapropiadas), movimientos estereotipados, manierismos marcados o muecas llamativas.
(5) ecolalia o ecopraxia.

Criterios para el diagnóstico de *Tipo indiferenciado*:
Un tipo de esquizofrenia en que están presentes los síntomas del Criterio A, pero que no cumple los criterios para el tipo paranoide, desorganizado o catatónico.
La existencia de un sistema de clasificación de los trastornos psiquiátricos, lleva consigo la realización del diagnóstico médico más preciso del paciente y así dar una atención sanitaria de mayor calidad y eficiencia.

2.3- PROCESOS DE ENFERMERÍA

Uno de los colectivos de profesionales que ha notado más los cambios ocurridos en los últimos 50- 60 años ha sido el colectivo de enfermería, el cual ha tenido que adaptarse continuamente para poder administrar unos cuidados adecuados y de calidad. Con el objetivo de mejorar, ha sido necesaria la elaboración de métodos y procesos para poder medir y controlar la calidad de la asistencia administrada por parte de enfermería.
En la actualidad existen distintos procesos de enfermería, entre los que destacamos los planes de cuidados estandarizados, los protocolos y las trayectorias clínicas.
Si nos centramos en la especialidad de la enfermería psiquiátrica el proceso de mayor utilidad sería el de los planes terapéuticos estandarizados ya que

permiten elaborar un plan de cuidados estándar con la suficiente flexibilidad para poder individualizar y personalizar los cuidados a cada paciente, teniendo en cuenta las diferentes evoluciones que pueden tener los enfermos diagnosticados de esquizofrenia.

Los protocolos y las trayectorias clínicas tienen como handicap la rigidez y la escasa adaptabilidad a las distintas y múltiples evoluciones que tiene un paciente psicótico.

Y ¿cuál es la metodología que utiliza enfermería?

La Metodología de Trabajo de enfermería es el **Proceso de Enfermería.**

La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera es el método conocido como Proceso de Atención Enfermería (PAE). Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

El Proceso de Atención de Enfermería tiene sus orígenes cuando, por primera vez, fue considerado como un proceso; esto ocurrió con Hall (1955).

En 1957, Abdellah dio la primera definición de diagnóstico.

En 1965, McCain introduce por primera vez el término Valoración. Utilizó las capacidades funcionales del cliente como marco de valoración. Recogió y registró datos objetivos y subjetivos.

En 1965, Virginia Henderson identificó las acciones de enfermería básicas como funciones independientes. Afirmó que el proceso de enfermería utiliza los mismos pasos que el método científico.

En 1973 se reunió por primera vez la *Nacional Group for the Classification of Nursing Diagnostics (*Grupo nacional para la clasificación del diagnóstico de enfermería*)* para hablar y definir los primeros diagnósticos de enfermería.

La ANA (American Nursing Association) en 1973, publicó los criterios de la práctica de enfermería en los que describe el modelo de cinco pasos:

1- Valoración: Es la primera fase del proceso de enfermería que consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores.

2- Diagnóstico: Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería.

3- Planificación: Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la Salud.

4- Ejecución: Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.

5- Evaluación: Comparar las repuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos

1973, Gebbie y Lavin, iniciaron conferencias nacionales sobre la clasificación de los diagnósticos de enfermería, basándose en el modelo de la ANA.

1974, Bloch consideró controvertido el término diagnóstico.

1980, la ANA consideró que el término diagnóstico es una función de enfermería.

1982, la ANA se define como NANDA (North American Nursing Diagnosis Association).

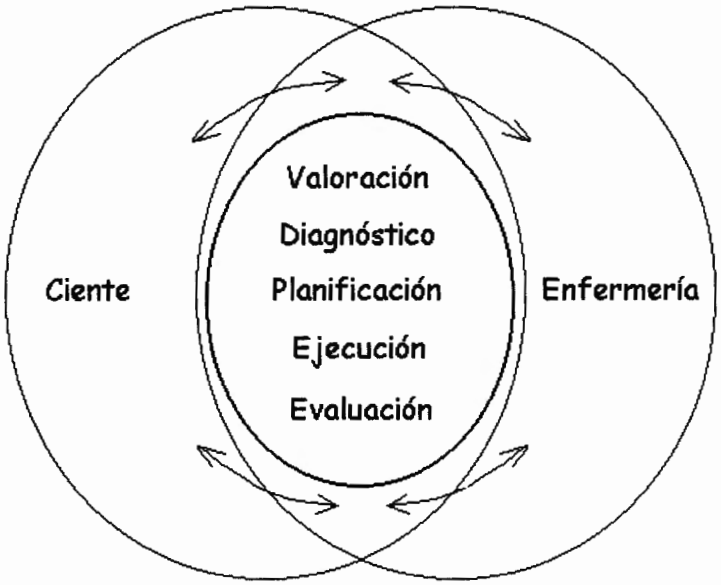
1991, la NANDA revisó los criterios de la práctica de enfermería y mantuvo el modelo de los cinco pasos.

1977 es cuando comienza en España el Plan de Estudios de Enfermería.

2.3.1- Objetivos del Proceso de Atención de Enfermería

- Establecer una base de datos.
- Identificar las necesidades de los pacientes.
- Determinar:
  - Las prioridades de los cuidados.
  - Poner en práctica los objetivos.
  - Evaluar los resultados esperados.
- Establecer un plan de cuidados programando las actividades de enfermería.
- Determinar la eficacia con respecto a los resultados esperados.

Interrelación entre el paciente y enfermería:



2.3.2- Características del Proceso de Enfermería

- Finalidad. Conseguir cuidados de 'calidad' dirigidos al paciente, familia o comunidad.
- Dinámico y Flexible. Responde a un cambio continuo capaz de adaptarse a las necesidades del paciente.
- Universal. Pues se adapta a todos los campos de enfermería (atención primaria, Hospital,...)
- Sistemático. Parte de un planteamiento programado para alcanzar los objetivos.
- Individual. Porque permite prestar cuidados individualizados centrándose en la persona y no en la tarea.
- Interpersonal. El proceso exige que el personal de enfermería se comunique directa e individualmente con el paciente.
- Continuo. Porque exige una evaluación y modificación continua de forma sistemática del proceso dependiendo de toda la información que conforma en todo el día.

2.3.3- Ventajas del Proceso de Atención de Enfermería.

Las ventajas de la aplicación del PAE con respecto al paciente son:

- Permite dar cuidados integrales de forma individual y continua asegurando la calidad de cuidados.
- El plan de cuidados está centrado en las 'respuestas humanas' y no en tratar a la enfermedad.
- Fomenta el establecimiento de objetivos comunes a los profesionales.
- Estimula la participación del paciente a participar en las decisiones relativas al cuidado de su propia salud.
- Evita la reiteración de información del paciente a cada enfermero/a.
- Logra una continuidad de los cuidados.

Las ventajas de la utilización del PAE para el equipo de enfermería son:

- Constituye un instrumento para evaluar continuamente la calidad del proceso.
- Permite realizar las actividades de forma eficaz y eficiente y dirigido a los objetivos planteados.
- Hace posible la investigación en enfermería.
- Facilita la comunicación entre profesionales de enfermería.
- Permite trabajar de forma ordenada y con los mismos criterios.
- Racionaliza el tiempo, el trabajo y los recursos.
- Aumenta la satisfacción de los profesionales de enfermería ante la consecución de los resultados.
- Coordina los esfuerzos de todo el equipo de enfermería.
- Previene de acciones legales.

2.3.4- Etapas del Proceso de Atención de Enfermería.

1- <u>Valoración</u>

La valoración, es el proceso de obtener información, sobre la persona en su conjunto, no sólo sobre las necesidades o disfunciones que hay que tratar, sino también sobre aspectos físicos, intelectuales, sociales, culturales y espirituales.

De acuerdo con **Stuart y Sundeen (1995b),** cuanto más completo sea el cuadro, más probabilidades tenemos de que sea eficaz el tratamiento.

En el proceso de atención de enfermería, la valoración es el primer paso de una secuencia que consiste en la recogida de datos que clarifiquen la situación y problemas del usuario. La información y los datos relativos al usuario se obtienen de todas las fuentes posibles. Se revisan las historias médicas, se realiza una historia de enfermería, se hacen observaciones y se intercambian ideas con los miembros de la familia o los amigos. Empieza así a surgir una imagen del usuario, cliente o paciente.

Tipos de valoración en enfermería de salud mental:

El tipo de valoración utilizada en una situación dada viene determinado por la naturaleza de la historia del cliente, por los problemas actuales y por otras necesidades individuales. Como señala **Johnson (2000a),** es importante utilizar un formato estandarizado para el registro de los datos, aunque manteniendo cierta flexibilidad.

Diversos propósitos, objetivos y métodos diferencian las valoraciones **(Gordon, 1994, 1996; Johnson, 2000a)**. En este sentido, **Johnson (2000a)** habla de una valoración amplia, una valoración focalizada y una valoración selectiva (uso de un instrumento o protocolo específico para detectar un problema concreto) y **Gordon** propone cuatro tipos de valoración: valoración inicial, valoración de un problema focalizado, valoración después de un largo período de tiempo y valoración de urgencia.

De acuerdo con **Johnson y Gordon**, la valoración es siempre necesaria para iniciar una práctica terapéutica. No obstante, el tipo de situación que se presente, los problemas y posibles consecuencias asociados, así como los objetivos propuestos, constituirán un marco de referencia y un tipo de registro concreto.

Recogiendo las aportaciones de ambas autoras, podríamos considerar diferentes tipos de valoración:

- Valoración amplia

  Generalmente suele ser la valoración inicial, excepto en casos de urgencia. El propósito es valorar el estado de salud del cliente, identificando cualquier problema o disfunción que pueda presentar para posteriormente establecer un plan terapéutico, ayudándose de, y fomentando las, relaciones interpersonales.

  Incluye una historia de enfermería psicosocial y cultural completa, exploración física, e información general sobre el cliente en base a criterios a través de los cuales serán evaluados los cambios.

  Muchas veces la valoración inicial no puede juzgar desde un principio, sin datos constatables, un problema de salud. En esta fase se debe estar abierta a la información que quiera dar o pueda obtenerse del cliente, para hipotetizar problemas de salud.

  Es importante que la información quede registrada en un formato estandarizado, con una terminología científica común para que pueda ser comprendida por todos los profesionales del equipo y utilizada posteriormente.

- Valoración focalizada (o de un problema focalizado)

  El propósito es valorar la presencia o ausencia de problemas o diagnósticos particulares, anticipar nuevos problemas y alertar sobre problemas olvidados o no descubiertos y problemas erróneos.

  La valoración focalizada incluye información pertinente a un problema determinado, con recogida y análisis sistemático de datos objetivos y subjetivos. Se debe realizar una descripción exhaustiva de los factores que contribuyen al problema y priorizarlos en vistas a la intervención. El análisis implica explorar la naturaleza y la intensidad del problema, el momento y el contexto en el que se presenta, los problemas asociados y el significado que tiene el problema para la persona.

  La estructura para la recogida de información difiere algo de la valoración inicial. En este caso, la información debe estar estructurada usando

parámetros del problema, generalmente consensuados como diagnósticos de enfermería o problemas de salud con intervención enfermera.

- Valoración continuada (o revaloración después de un período de tiempo) El propósito es evaluar los cambios en los problemas detectados y en los patrones funcionales del cliente, así como la aparición de nuevos problemas o patrones disfuncionales.

  En este tipo de valoración, el espacio de tiempo transcurrido desde la valoración previa puede ser considerable (por ejemplo semanas o meses en Atención Primaria). Los patrones de salud y el estado del cliente puede haber cambiado. El desarrollo natural, las prácticas realizadas para el control de la salud o el tiempo transcurrido pueden haber tenido sus efectos. Igualmente, es posible que hayan aparecido problemas no producidos por las prácticas de salud o factores situacionales.

- Valoración de urgencia

  En estos casos el propósito se centra en:

  - Identificar la situación como urgente o no urgente.
  - Determinar rápidamente la naturaleza de la emergencia.
  - Intervenir rápidamente.

  Posteriormente la valoración podría ser enfocada como una valoración amplia y/o un problema focalizado.

La <u>recogida de datos</u> en salud mental:

Los datos de la valoración se derivan de la recogida de datos, de la entrevista y de la observación del comportamiento. En salud mental, siempre que sea posible, los datos deben ser validados (especialmente los que se obtienen directamente de la expresión verbal del paciente).

Los principales métodos de recogida de información en enfermería, son los mismos que se utilizan en ciencia: la entrevista, las técnicas de observación y las escalas o inventarios de calificación. Cada método se superpone al otro. Por ejemplo, durante la entrevista, la enfermera aplica también técnicas de observación y su habilidad para entrevistar.

La entrevista, suele ser un encuentro cara a cara con el objeto de intercambiar información (**Keltner et al., 1995)**, también sirve como punto de comienzo para establecer la relación terapéutica. Las entrevistas pueden ser formales y muy estructuradas o informales y casuales. La información obtenida de las entrevistas formales se suele registrar de forma estandarizada. Las entrevistas informales suelen producirse por casualidad, pero constituyen una buena oportunidad para aprender más sobre el paciente y su familia.
La observación se define como el proceso de mirar un propósito **(Fortinash y Holoday-Worret, 1995)**, se le denomina también inspección, que en el caso de salud mental significa el examen del cuerpo con el fin de detectar aspectos o características relacionados con posibles disfunciones. Para alcanzar este fin, el profesional de enfermería se sirve de todos los sentidos, especialmente de la vista, el oído y el tacto. La observación es un excelente método para obtener información en salud mental, pero sólo cuando la enfermera se mantiene imparcial y no emite juicios de valor. Cuando se aplica esta técnica se debe ser cuidadoso y objetivo y recordar que los prejuicios o actitudes personales pueden alterar las percepciones y afectar a la objetividad de las observaciones.

Tipos de datos

Al realizar una valoración minuciosa de la persona con problemas de salud mental es importante incluir datos objetivos y datos subjetivos. Los datos objetivos se refieren a la información que se puede medir y compartir. Este tipo de información se obtiene a través de los sentidos de la vista, el olfato, el tacto y el oído, y puede compartirse con otras personas. Cuando se trabaja con pacientes de salud mental, el personal de enfermería obtiene estos datos mediante la exploración física, la evaluación diaria de enfermería, los resultados de las pruebas diagnósticas y las reiteradas observaciones de la conducta del paciente.
Los datos subjetivos están relacionados con las percepciones del paciente. Incluyen información abstracta y difícil de medir de la perspectiva del paciente sobre una situación o serie de eventos, sentimientos, ideas sobre uno mismo y

el estado de salud personal. Los datos son registrados con las propias palabras del paciente.

Todos los sentimientos, emociones y estados mentales son subjetivos y difíciles de medir, por tanto, es muy importante dejar constancia escrita de la información subjetiva de la forma más descriptiva y precisa posible. Se utilizan citas textuales para captar la importancia del problema del cliente o de la situación que le llevó a buscar ayuda. El empleo de las mismas palabras que dijo el paciente es útil para comprender. También es importante aceptar cualquier cosa que se diga y después anotar cualquier incongruencia o inconsistencia, que pueda ser explorada posteriormente. No deben incluirse afirmaciones de tipo interpretativo (juicios).

Principales áreas de valoración en la persona con problemas de salud mental. En todo proceso de valoración hay que tener en cuenta que las funciones físicas, aunque importantes, sólo son una pequeña parte de la persona, y que están íntimamente unidas a otros aspectos de tipo cultural, sociológico y espiritual. En la práctica de enfermería en salud mental, el proceso de valoración debería recoger todos estos aspectos, y hacer énfasis especial en aquellas áreas relacionadas con aspectos cognitivos y emocionales. Independientemente del modelo teórico o de cuidados que se utilice, las principales áreas de valoración deberían recoger:

Una descripción general: Esta incluye todo lo que se puede observar a primera vista en el paciente, como características físicas, higiene, atuendo, expresión facial, forma de hablar, actividad motriz, reacciones o comportamientos, actitud ante la entrevista (colaboradora o no), etc. Esta descripción incluiría los siguientes parámetros:

- Características físicas: Anotar cualquier cosa inusual que se perciba a través de la observación. Ejem.: Color de la piel, presencia de hematomas, rasguños, etc. Describir la complexión de la persona.
- Grado de higiene corporal y atuendo: Olor corporal, aspecto de piel y ropas (limpio y aseado o descuidado), forma de vestir (uso de cosméticos, colores de la ropa, uso de adornos o ropas extrañas),

especialmente observar si el atuendo se ajusta a la edad, sexo y situación.

- Expresión facial: Uso o evitación del contacto visual, tamaño de las pupilas, si la expresión facial se corresponde con las emociones y actos, presencia de tics o muecas, etc.
- Modo de hablar: Velocidad, volumen y características anormales.
- Actividad motora: Gestos y posturas. Movimientos inusuales, tics, temblores, agitación, letargia.
- Reacciones o comportamientos: Conducta durante la interacción (coopera, se muestra hostil), observar si el mensaje verbal es acorde con la conducta.

2- Diagnóstico

Como hemos reseñado anteriormente, el diagnóstico de enfermería es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de enfermería. Las actividades de clasificación de los diagnósticos de la NANDA, han contribuido materialmente a definir el cuerpo de conocimientos concretos de enfermería. Este sistema unificado de terminología:

- Proporciona un lenguaje coherente (oral y escrito).
- Estimula a las enfermeras a adquirir nuevos conocimientos.
- Establece un sistema de automatización y reembolso.
- Proporciona un marco educacional.
- Permite una eficaz recuperación de información con fines científicos y garantiza una calidad.
- Proporciona estructura constante para la presentación por escrito de los conocimientos de enfermería.
- Aclara a la enfermera como arte y ciencia, tanto a sus miembros como a la sociedad.
- Establece normas que son responsabilidad de enfermería.

A pesar de los inconvenientes, la existencia de una Taxonomía Diagnóstica permite un sistema de clasificación para desarrollar un marco común de referencia. Los diagnósticos de enfermería son aplicables a personas, familias y grupos de acuerdo con el concepto básico de que cada persona responde de una forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud.

Pero, ¿Qué es un Diagnóstico de Enfermería? Un diagnóstico de enfermería es un juicio clínico sobre respuestas individuales, familiares o comunitarias ante problemas de salud/ procesos vitales reales o potenciales.

Habría que destacar también la existencia de otras clasificaciones de diagnósticos de enfermería, aunque estas no están tan extendidas como los formulados por la NANDA.

Como conclusión podemos decir que el diagnóstico de enfermería proporciona la base para la selección de las intervenciones de enfermería, encaminadas a alcanzar unos resultados de los que la enfermera es responsable.

3- Planificación

Una vez detectados los problemas de enfermería que presenta el paciente, se pasa a la elaboración de cuidados mediante la planificación de los objetivos y las intervenciones de enfermería.

En 1987, el centro para la clasificación de enfermería en la universidad de Iowa introdujo la NIC (Nursing Interventions Classification) y en 1991 la NOC (Nursing Outcomes Classification), estas dos clasificaciones adicionales fueron desarrolladas para el uso con la NANDA y otros sistemas de diagnósticos. Se esperaba que la eficacia de los términos de diagnóstico fuese mejorada con la disponibilidad de intervenciones y de resultados estandarizados.

La traducción de la sigla NIC es CIE (Clasificación de las Intervenciones de Enfermería). La NIC es la sigla de los tratamientos que las enfermeras realizan en todos las especialidades. Una intervención de enfermería es "cualquier tratamiento, basado sobre el juicio y el conocimiento clínico, que una enfermera realiza para realzar resultados sobre el cliente." **(McCloskey y Bulechek, 2000)** Las intervenciones de la NIC incluyen aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales. Hay intervenciones para el tratamiento de la enfermedad, la

prevención de la enfermedad y la promoción de la salud. Las intervenciones no están solamente diseñadas para los individuos sino que contempla la familia y la comunidad. Las intervenciones realizadas por los profesionales de enfermería, vienen definidas en la Taxonomía N.I.C (Nursing Interventions Classification).

"La utilización de la NIC permite dar respuesta a algunas de las demandas históricas de la profesión, tales como el establecimiento de un lenguaje común y una metodología homogénea en la práctica profesional, la definición de funciones desde la autonomía del profesional de enfermería, la protección jurídica frente a las actuaciones o el reconocimiento de la aportación de la profesión a la salud de la población" (**Máximo A. González. Presidente de la organización Colegial de enfermería).**

El uso de la NIC:

- Ayuda a mostrar el impacto que tiene los profesionales de enfermería en el sistema de prestación de cuidados sanitarios.
- Normaliza y define la base de conocimiento del plan y de la práctica de enfermería.
- Facilita la elección correcta de una intervención de enfermería.
- Facilita la comunicación de los tratamientos de enfermería a otros profesionales de enfermería y a otros proveedores de cuidados.
- Permite a los investigadores examina la eficacia y el coste de los cuidados.
- Ayuda a los educadores a desarrollar programas que articulen mejor la práctica clínica.
- Facilita la enseñanza de toma de decisiones clínicas a los profesionales noveles.
- Ayuda a los administradores a planificar de forma más eficaz las necesidades del personal y de los equipos.
- Favorece el desarrollo de un sistema de retribución para los servicios de enfermería.
- Facilita el desarrollo y el uso de los sistemas de información de enfermería.

- Comunica la naturaleza de los cuidados de enfermería al público.

La traducción de la sigla NOC, es CRE (Clasificación de los Resultados de Enfermería). La NOC es una sigla definida como "estado del cliente después de una intervención de enfermería." **(Johnson y Maas, 2000).** Incluye resultados enfermeros estandarizados para medir los cambios en la evolución del paciente y determinar los efectos de las intervenciones a lo largo del tiempo y en los diversos ámbitos asistenciales.

Cada resultado de la clasificación representa un concepto que puede utilizarse para evaluar el estado de un paciente, familia o comunidad. Cada resultado posee un nombre, una definición, una escala de medida e indicadores y medidas asociadas.

Hay siete dominios del NOC, que describen la respuesta deseada del cliente: La salud funcional, la salud psicológica, salud psicosocial, conocimiento de la salud y comportamiento, percepción de salud, salud de la familia, y salud de la comunidad.

4- Ejecución

La fase de ejecución es la cuarta etapa del plan de cuidados, es en esta etapa cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborado. La ejecución, implica las siguientes actividades enfermeras:

- Continuar con la recogida y valoración de datos.
- Realizar las actividades de enfermería.
- Anotar los cuidados de enfermería. Existen diferentes formas de hacer anotaciones, como son las dirigidas hacia los problemas.
- Dar los informes verbales de enfermería.
- Mantener el plan de cuidados actualizado.

El enfermero tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan, pero incluye al paciente y a la familia, así como a otros miembros del equipo. En esta fase se realizarán todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problemas y las necesidades asistenciales de cada persona tratada

5- Evaluación

Se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios.

Los dos criterios más importantes que valora la enfermería, en este sentido, son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones, Griffith y Christensen (1982).

El proceso de evaluación consta de dos partes:

- Recogida de datos sobre el estado de salud/problema/diagnóstico que queremos evaluar.
- Comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evolución del paciente hacia la consecución de los resultados esperados.

De forma resumida y siguiendo a M, Caballero (1989) la evaluación se compone de:

- Medir los cambios del paciente/cliente.
- En relación a los objetivos marcados.
- Como resultado de la intervención enfermera
- Con el fin de establecer correcciones.

La evaluación se lleva a cabo sobre las etapas del plan, la intervención enfermera y sobre el producto final. Una característica a tener en cuenta en la evaluación es que ésta es continua; así podemos detectar como va evolucionando el cliente y realizar ajustes o introducir modificaciones para que la atención resulte más efectiva.

2.4- EVALUACIÓN DE LA CALIDAD

Pero cuando hablamos de calidad en enfermería, ¿A qué nos referimos? El concepto de calidad es muy ambiguo, sobretodo teniendo en cuenta la dificultad a la hora de encontrar herramientas para su medición, ya que hasta ahora, en enfermería se han utilizado más los de análisis de tipo cualitativo que cuantitativo.

Existen múltiples definiciones sobre lo que es calidad. Entenderemos por calidad "el grado en que las características de un producto o servicio cumplen los objetivos para los que ha sido creado".

Por otra parte, **Koch** define la calidad desde el punto de vista de la gestión como "el sistema que garantiza que los múltiples procesos que aseguran la calidad se infiltren en cada aspecto de la organización para mejorar su efectividad, su competitividad y la habilidad para adaptarse a las nuevas condiciones".

Es esperable que la introducción de una nueva herramienta de trabajo como es la informatización de los planes terapéuticos estandarizados e individualizados provoque un aumento en la calidad del proceso, porque se mejore la eficacia de los cuidados.

Asimismo, es de resaltar que la Fundación Avedis Donabedian en el Programa de Atención Psiquiatrica y Salud Mental de Catalunya (Anexo 1), incluye como indicador número 2 de evaluación de la calidad, la obligatoriedad de la elaboración de un plan terapéutico a cada paciente, durante los 7 primeros días de ingreso, que ha de incluir: la valoración, los objetivos, el tratamiento y las pruebas complementarias. El plan de cuidados de enfermería, sería uno de los procesos que se incluirían dentro del plan terapéutico que se elaboraría de forma multidisciplinar.

2.5- INFORMATIZACIÓN DE LA SALUD

Durante las últimas 2 décadas, los ordenadores han jugado un papel cada vez más importante en el mundo de la sanidad. Muchos de los instrumentos utilizados en la práctica clínica emplean de un modo u otro circuitos integrados específicamente diseñados para una aplicación.

El uso del ordenador como procesador de texto, fuente de información bibliográfica, base de datos, presentaciones multimedia o análisis estadístico es bien conocido y de amplia difusión en la actualidad. Es obvio que la aplicación de la informática en la salud ha permitido el desarrollo de nuevas técnicas, y se ha mejorado la calidad de la asistencia a nuestros pacientes.

La informatización de los planes terapéuticos, llevaría consigo la agilización en el proceso de elaboración, revisión y evaluación, aumentando así la calidad de cuidados aunque como todo nuevo proceso, no está exento de dificultades (falta de conocimientos, falta de recursos para la elaboración y ejecución,...etc.).

La informatización en enfermería es un proceso lento pero inevitable que precisa de la colaboración y esfuerzo de todas las partes como son los profesionales (adquisición de conocimientos, voluntad para ejecutarlos,..) y las instituciones u organizaciones (poniendo al alcance de los profesionales de enfermería los recursos y herramientas necesarias).

3.- DISEÑO DEL ESTUDIO

3.1- HIPÓTESIS

La implantación informatizada de un plan de cuidados estandarizado en pacientes diagnosticados de Esquizofrenia mejora la calidad de cuidados de enfermería.

3.2- METODOLOGÍA

Investigación evaluativa con estudio de casos experimental.

En una primera fase se han revisado los diagnósticos, objetivos e intervenciones de enfermería de los planes de cuidados realizados a los pacientes diagnosticados de esquizofrenia en la UHAP de la CSPT ingresados desde diciembre del 2004 hasta mayo del 2005.

Y en otra segunda fase del estudio se han revisado los diagnósticos, los objetivos e intervenciones de enfermería, para evaluar si aumenta la calidad de cuidados de enfermería mediante la aplicación del plan de cuidados informatizado. Este estudio prospectivo se ha llevado a cabo una vez empezado a aplicar el plan informatizado, desde el mes de agosto del 2005 a febrero del 2006 y les ha sido realizado a todos los pacientes diagnosticados de esquizofrenia ingresados en la UHAP de la CSPT.

Durante las primeras 24-72h del ingreso, se les realiza una entrevista a los pacientes y un cuestionario de los patrones de salud de Majorie Gordon (anexo 2). De está entrevista y cuestionario hemos obtenido los patrones alterados y a partir de este punto se les realiza el plan de cuidados individualizado utilizando, como antes hemos reseñado, los diagnósticos NANDA, los resultados esperados NOCs y las intervenciones de enfermería NIC.

Hay que resaltar que durante el período de ejecución del estudio, no se ha producido ningún cambio en las condiciones del servicio (tamaño, organización, mandos, recursos, etc.) Por esto consideramos válido el análisis "Antes"/"Después" que hemos realizado ya que no han existido otros factores diferenciales a lo largo del estudio.

La mejora de la calidad derivada de la informatización y aplicación de los planes de cuidados la hemos valorado mediante el análisis comparativo de los datos obtenidos en el estudio antes/después de los planes terapéuticos de enfermería. Hemos comparado la cantidad de diagnósticos de enfermería, de resultados esperados y de las intervenciones que enfermería realiza para lograr los resultados previstos anotados en las historias clínicas antes y después de la informatización. También se ha tenido en cuenta la forma y el lenguaje utilizado en los registros.

Con este estudio queremos demostrar que mediante la utilización de una nueva herramienta informática se mejoran la calidad de los registros de enfermería y se produce una unificación en los cuidados y lenguaje enfermero. Además se debería lograr una más pronta planificación de los cuidados que enfermería tendrá que dispensar al paciente durante su ingreso. Como consecuencia de esto, creemos que se produce un aumento en la calidad de los cuidados que se dispensan a los pacientes diagnosticados de esquizofrenia en la unidad de agudos de psiquiatría de la Corporació Parc Taulí.

3.3- VARIABLES

- Variable Independiente: Plan de cuidados estandarizado.
- Variable Dependiente: Calidad de cuidados, medida tal como se explicó anteriormente.
- Variables Intervinientes: Edad, Sexo, Estado civil, Soporte familiar, Estancia,...

El control de las variables se llevará a cabo por manipulación intencional de la variable independiente, y por control estadístico la variable dependiente y las variables intervinientes.

3.4.- POBLACIÓN MUESTRA

Todos los pacientes diagnosticados de esquizofrenia ingresados durante el período comprendido desde diciembre del 2004 a febrero 2006, en la unidad de agudos de psiquiatría de la Corporació Parc Taulí de Sabadell.

3.5.- INSTRUMENTOS DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN

La recogida de información se ha llevado a cabo mediante la triangulación de distintos instrumentos, como son:

- Entrevista: Se trata de la valoración que realiza enfermería a las 24-72 horas del ingreso para elaborar el plan de cuidados.
- Cuestionario: Los datos incluidos se han obtenido de la valoración de enfermería.
- Análisis documental de los planes realizados durante el período de estudio.

4.- RESULTADOS

Los resultados obtenidos del estudio comparativo, son:

		Cases					
		Valid		Missing		Total	
	grup	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Nª de Diagnosticos	Antes	66	97,1%	2	2,9%	68	100,0%
	Después	49	94,2%	3	5,8%	52	100,0%

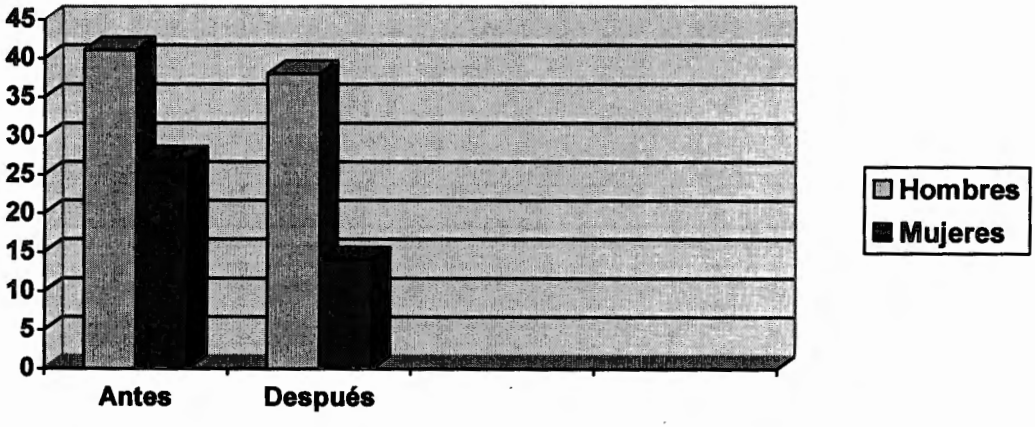
Como se puede observar en está tabla, los casos estudiados durante la primera fase han sido 68 y los comparados de la segunda fase del estudio han sido 52.

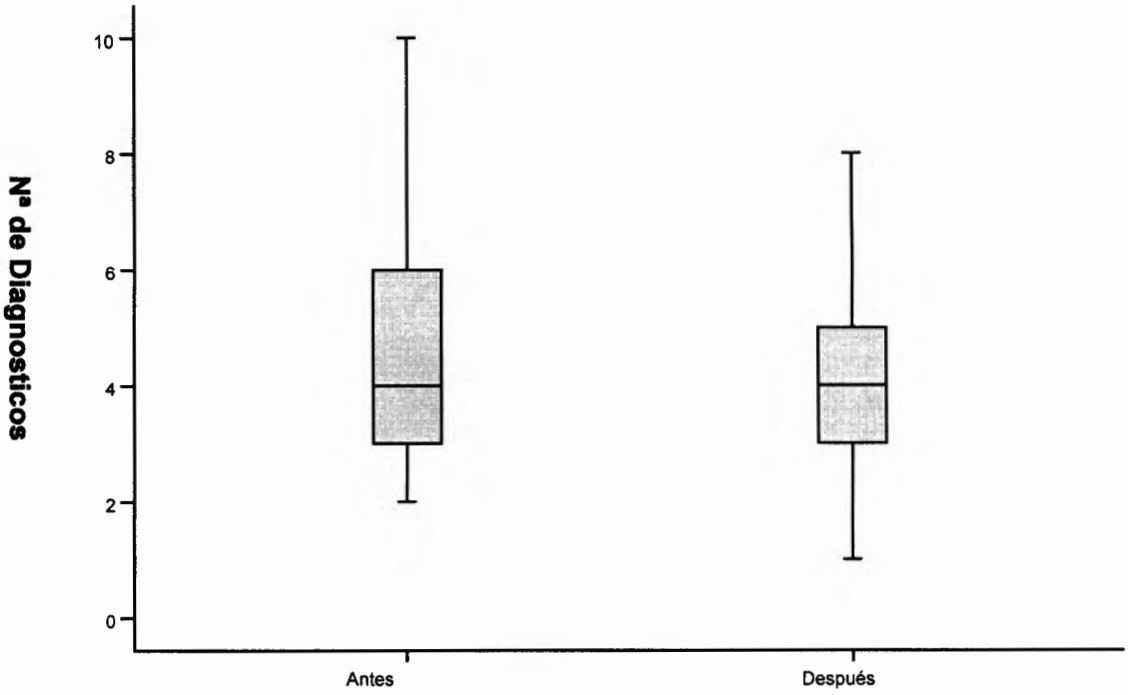
En cuanto a la edad media de las muestras:

- Estudio Antes: 36,53 años.
- Estudio Después: 37,14 años.

En lo que se refiere al sexo de las muestras estudiadas,

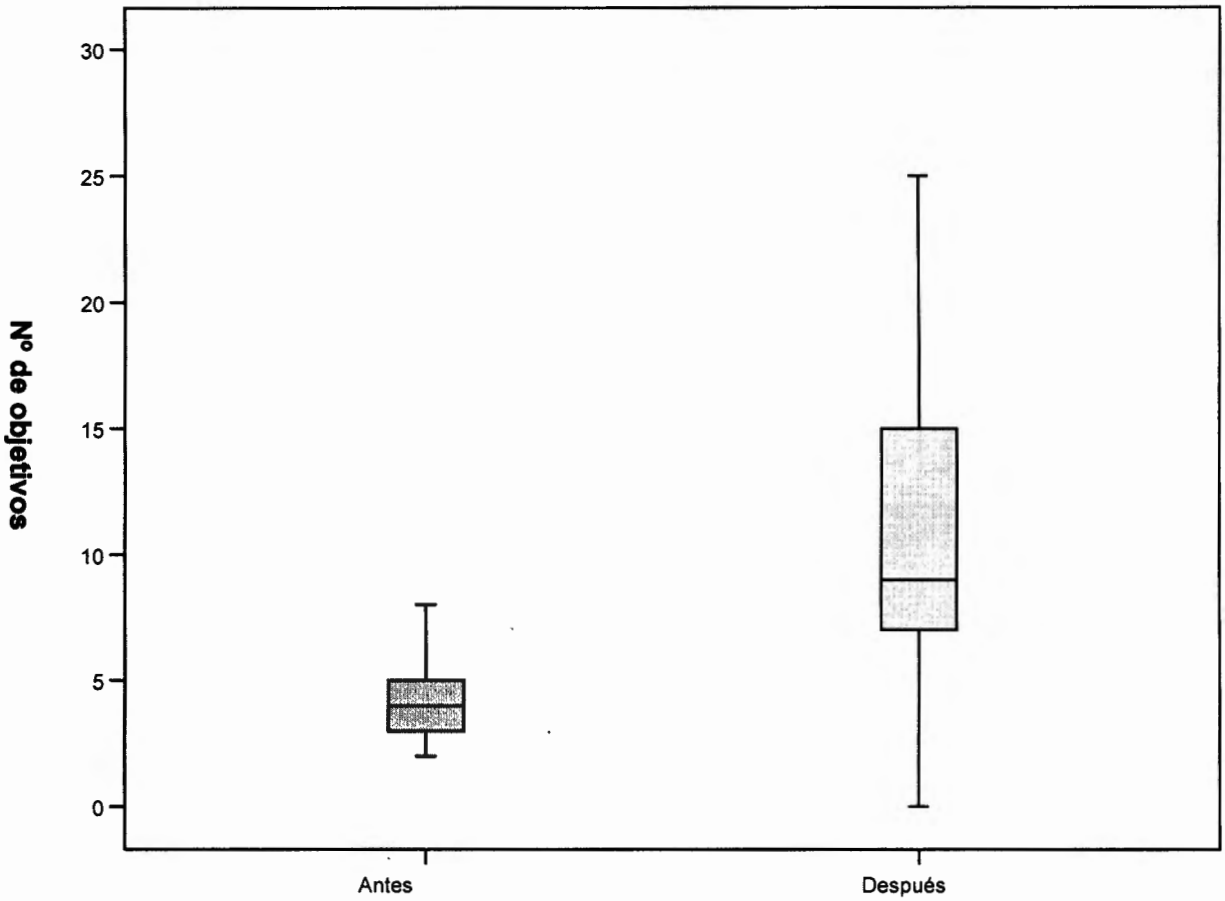
- En el estudio de Antes, 41 eran hombres y 27 eran mujeres.
- En el estudio de Después, 38 eran hombres y 14 eran mujeres.





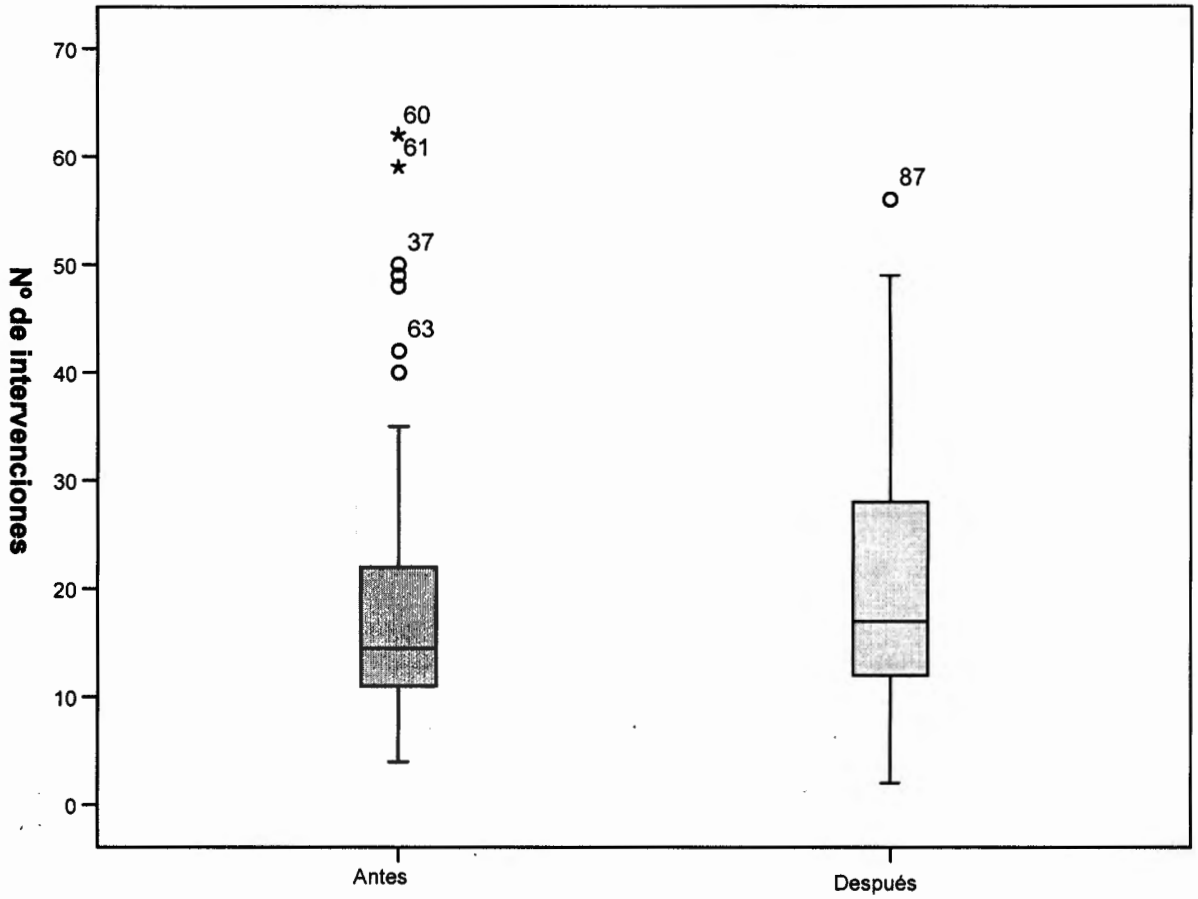
En lo que se refiere al número de diagnósticos de enfermería por cada paciente, podemos ver que han disminuido en número. Como podemos ver gráficamente el estudio de Después presenta menos variabilidad (media de dispersión) que el estudio de Antes. Esto nos indica que precisamos menos diagnósticos de enfermería para definir los problemas que presenta el paciente durante el ingreso. También hemos de decir que como no son los mismos pacientes, puede ocurrir que la diferencia sea provocada por la diferencia en la gravedad del paciente.

En lo que se refiere a los resultados esperados (NOC):



Observamos que con la informatización de los planes de cuidados aumenta la media de objetivos registrados y que, a su vez, también se produce un aumento de la variabilidad de los objetivos respecto al estudio de la primera fase (Antes).

En lo que se refiere a las intervenciones de enfermería:



Objetivamos que se produce un aumento de la media y de la variabilidad.

Al calcular lar T- de Student:

Group Statistics

	Grup	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Nª de Diagnosticos	Antes	66	4,48	1,774	,218
	Después	49	4,37	2,186	,312
Nº de objetivos	Antes	66	4,08	1,502	,185
	Después	49	11,24	6,918	,988
Nº de intervenciones	Antes	66	18,86	12,958	1,595
	Después	49	20,84	12,323	1,760

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
									95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
Nª de Diagnosticos	Equal variances assumed	1,799	,183	,318	113	,751	,118	,370	-,615	,850
	Equal variances not assumed			,308	90,432	,759	,118	,381	-,639	,874
Nº de objetivos	Equal variances assumed	76,395	,000	-8,175	113	,000	-7,169	,877	-8,906	-5,432
	Equal variances not assumed			-7,131	51,372	,000	-7,169	1,005	-9,187	-5,151
Nº de intervenciones	Equal variances assumed	,133	,716	-,824	113	,411	-1,973	2,393	-6,715	2,769
	Equal variances not assumed			-,831	106,270	,408	-1,973	2,375	-6,683	2,736

Vemos que en el apartado de los objetivos es donde aparecen diferencias significativas ($p<0,001$) en cuanto a la variabilidad y la media. En cambio no existen diferencias significativas en lo que se refiere a diagnósticos e intervenciones de enfermería. Hay que reseñar también que las intervenciones de enfermería han aumentado en una media de dos por cada caso, lo cual no

supone diferencias significativas, pero resalta una mejora en la anotación y registro de los cuidados que registra enfermería.

Por lo que se refiere a la prevalencia de los diagnósticos, los objetivos y las intervenciones de enfermería del paciente diagnosticado de esquizofrenia en el estudio de "después", vemos los siguientes resultados:

Trastorno de los procesos del pensamiento	15,9%
Trastorno de la percepción sensorial: (visual, auditiva, cinestésica, gustativa, táctil, olfatoria)	10,3%
Deterioro del patrón de sueño	8,4%
Deterioro de la interacción social	6,5%
Negación ineficaz	6,5%
Manejo inefectivo del régimen terapéutico	5,1%
Aislamiento social	4,7%
Déficit del autocuidado: baño/higiene	4,2%
Incumplimiento del tratamiento	4,2%
Ansiedad	3,3%
Riesgo de violencia dirigida a otros	3,3%
Estreñimiento	2,8%
Mantenimiento inefectivo de la salud	2,8%
Afrontamiento inefectivo	2,3%
Déficit del autocuidado: alimentación	2,3%
Déficit de actividades recreativas	1,9%
Otros	15,49%

En lo que se refiere a los NOC más prevalentes:

Control del pensamiento distorsionado	8,74%
Orientación cognitiva	6,92%
Habilidades de interacción social	5,10%
Control del síntoma	3,83%
Conducta de cumplimiento	3,83%
Implicación social	3,64%
Control de la ansiedad	3,64%
Cuidados personales: actividades de la vida diaria (AVD)	3,28%
Sueño	3,28%
Participación en juegos	3,28%
Conducta terapéutica: enfermedad o lesión	3,10%
Bienestar	2,91%
Control de los impulsos	2,91%
Aceptación: estado de salud	2,73%
Descanso	2,55%
Control de la agresión	2,55%
Conocimiento: régimen terapéutico	2,19%
Elaboración de la información	2,00%
Participación en actividades de ocio	2,00%
Otros	31,51%

Los NIC:

Apoyo emocional	9,40%
Disminución de la ansiedad	7,74%
Orientación de la realidad	6,46%
Aumentar el afrontamiento	5,39%
Manejo de ideas ilusorias	3,92%
Manejo ambiental: seguridad	3,62%
Potenciación de la seguridad	3,53%
Asesoramiento	2,64%
Acuerdo con el paciente	2,45%
Enseñanza: proceso de enfermedad	2,25%
Potenciación de la socialización	2,25%
Potenciación de la conciencia de sí mismo	2,15%
Facilitar la autorresponsabilidad	2,15%
Administración de medicación	2,15%
Fomentar el sueño	2,06%
Manejo de la conducta	2,06%
Manejo de las alucinaciones	1,96%
Terapia de juegos	1,57%
Otros	38,3%

Estos datos resultan ser muy importantes para la elaboración del plan de cuidados estandarizados del paciente diagnosticado de esquizofrenia.

Hay que destacar que en las intervenciones y los objetivos el porcentaje resultante del apartado "Otros" es muy elevado, esto es debido al gran número de objetivos e intervenciones realizadas, como queda reflejado en los gráficos anteriores con la variabilidad.

5.- DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Después del estudio de los datos obtenidos, podemos decir:

- Teniendo en cuenta el corto periodo de tiempo estudiado, mediante la elaboración de los planes de cuidados de forma informatizada se objetiva un cierto aumento en el número de cuidados administrados a los pacientes ingresados.
- Mediante la utilización del programa informático se consigue una unificación de los cuidados de enfermería. Esto queda reflejado en que todos los planes terapéuticos realizados en la etapa de Después utilizan el mismo lenguaje enfermero para definir los problemas y actuaciones.
- Se han mejorado y unificado los registros de los cuidados de enfermería. Consiguiendo así, un lenguaje enfermero común.
- La informatización de los cuidados de enfermería conlleva una más rápida obtención y clasificación de los datos para posteriores estudios y evaluaciones de la actividad enfermera.
- La introducción de una nueva herramienta en el proceso de atención al paciente requiere de una formación por parte de los profesionales que van a utilizarlo. Aún con una formación previa, se producen errores en la introducción de datos y en el manejo del programa durante las primeras fases. Esto llevó a realizar varias sesiones de formación a los profesionales de enfermería.

6.- LÍMITACIONES

Las limitaciones que nos hemos encontrado son:

- La limitación en conocimientos informáticos de los que hemos desarrollado dicho programa. La falta de estos conocimientos ha provocado no poder desarrollar el programa como habíamos pensado en un primer momento. Por ejemplo: uniendo la valoración de enfermería con el plan de cuidados directamente haciendo que este proceso sea un solo paso y no dos como en la actualidad.
- También esta limitación de conocimientos hace necesaria la rectificación de errores durante las primeras fases de la instauración del proceso.
- Nuevo lenguaje utilizado, la limitación se produce porque los profesionales más antiguos no adquirieron conocimiento del lenguaje NANDA-NIC-NOC en las facultades donde estudiaron.
- La nueva incorporación de profesionales lleva la necesidad de sesiones de formación continuadas.
- Limitaciones en equipos informáticos en la unidad, ya que únicamente se dispone de un PC para los dos enfermeros que trabajan en cada turno.

7.- PROPUESTAS Y LINEAS DE INVESTIGACIÓN FUTURAS

- Estudio de las causas de los reingresos de los pacientes, evaluando así las eficacia y eficiencia de las actuaciones de enfermería en ingresos anteriores.

8.- BIBLIOGRAFÍA

ALFARO-LEFVRE R. Aplicación del Proceso de Enfermería. Guía Práctica, 3.ª ed. Madrid: Harcourt Brace, 1996.

ALFARO-LEFVRE R. El pensamiento crítico en enfermería. Un enfoque práctico. Barcelona: Masson, 1997.

ALFARO-LEFVRE R. Aplicación del Proceso Enfermero. Guía Paso a Paso, 4.ª ed. Madrid: Springer-Verlag Ibérica, 1999.

ANTÓN NARDIZ MV. Las enfermeras entre el desafío y la rutina. Una mirada al siglo XXI. Madrid: Díaz de Santos, 1998.

CAMPBELL C. Tratado de Enfermería. Diagnósticos y Métodos, 2ª ed. Barcelona: Doyma, 1990.

CARPENITO LJ. Manual de Diagnóstico de Enfermería, 5ª ed. Madrid: Interamericana-McGraw-Hill, 1995.

CARPENITO LJ. Diagnósticos de enfermería. Aplicaciones a la práctica clínica, 9ª ed. Madrid: Interamericana-McGraw-Hill, 2002.

CARPENITO LJ. Planes de cuidados y documentación clínica en enfermería, 4ª ed. Madrid: Interamericana-McGraw-Hill, 2005.

CUESTA A, GUIRAO A, BENAVENT A. Diagnóstico de Enfermería. Adaptación al contexto español. Madrid: Díaz de Santos, 1994.

DOENGES ME, MOORHOUSE MF. Guía de bolsillo de Diagnósticos y Actuaciones de Enfermería. Barcelona: Doyma, 1992.

FIRST MB, FRANCES A, PINCHUS HA. DSM-IV: Manual de diagnóstico diferencial. 1.ª Ed. Barcelona: Masson, 2002.

FIRST MB, FRANCES A, PINCHUS HA. DSM-IV: Guía de uso. 1.ª Ed. Barcelona: Masson, 2005.

FERNÁNDEZ C, NÓVEL G. El Proceso de Atención de Enfermería. Estudio de casos. Barcelona: Masson-Salvat, 1993.

GORDON M. Diagnóstico Enfermero. Proceso y Aplicación, 3.ª ed. Madrid: Harcourt Brace, 1996.

HENDERSON VA. La Naturaleza de la Enfermería. Reflexiones 25 años después. Madrid: Interamericana McGraw-Hill, 1994.

HOLLOWAY NM. Planes de Cuidados en Enfermería Medico-Quirúrgica, 1.ª ed. Barcelona: Ediciones Doyma, 1990.

IYER PW, TAPICH B, BERNOCCHI-LOSEY D. Proceso y Diagnóstico de Enfermería, 3.ª ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana, 1997. JOHNSON M, MAAS M. Nursing Outcomes Classification (NOC). St. Louis: Mosby Year Book, 1997.

KIM MJ, McFARLAND GK, McLANE AM. Diagnóstico de Enfermería y Plan de Cuidados, 5.ª edición. Madrid: Mosby, 1994.

LÓPEZ MARTÍN I. Atención Domiciliaria. Diagnósticos de Enfermería. Madrid: McGraw-Hill Interamericana, 1994.

LUIS RODRIGOMT. Diagnósticos Enfermeros. Un instrumento para la práctica asistencial, 3ª ed. Madrid: Harcourt Brace, 1997.

LUIS RODRIGOMT (Eds). Los Diagnósticos Enfermeros. Revisión crítica y guía práctica. Barcelona: Masson, 2000.

LUIS RODRIGO MT, FERNÁNDEZ FERRIN C, NAVARRO GÓMEZ MV. De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. Barcelona: Masson, 1998.

McCLOSKEY J, BULECHECK GM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Madrid: Elsevier-Mosby, 2005.

MOORHEAD S, JOHNSON M, MERIDEAN M. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Madrid: Elsevier-Mosby, 2005.

NANDA (North American Nursing Diagnosis Association). Diagnósticos Enfermeros de la NANDA. Definiciones y Clasificación 2005-2006. Madrid: Elsevier, 2005.

OMS (Organización Mundial de la Salud). Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10). [WHO, ICD-10], 10ª rev. Vol. 1, Publicación Científica nº 554. OPS. Washington, 1995.

PHANEUF M. Cuidados de Enfermería. El proceso centrado en las necesidades de la persona, 1ª ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana, 1996.

Planes de Cuidados Estandarizados de Enfermería. Guías para la Práctica. Bilbao: Ediciones del Servicio Vasco de Salud / Osakidetza, 1996.

TOMAS VIDAL A. Planes de Cuidados de Enfermería. Madrid: Olalla, 1996.

UGALDE M, RIGOL A. Diagnósticos de Enfermería. Taxonomía NANDA. Traducción, revisión y comentarios. Barcelona: Masson, 1995. [reeditado en 1999].

ARTÍCULOS:

ALMERO CANET A, DONAT COLOMER F, MAESTRE PORTA MJ. Documentación de Enfermería: una propuesta de PAE obstétrico. Escuela de Enferm 1987; 3 (3): 20-23.

AMEZCUA MARTÍNEZ M, MUÑOZ TAPIA A. La calidad de los cuidados de enfermería en ancianos asistidos: identificación de criterios y estándares de proceso a través del consenso. Enf Clín 2000; 10 (6): 245-251.

ARIAS HERNÁNDEZ M, ROBAYNA DELGADO MC, ARRICIVITA VERDASCO AM, ESPINAR GONZÁLEZ D, DELGADO RODRÍGUEZ H. Aplicación del Proceso de Enfermería: una reflexión crítica. Metas de Enferm 2001; 4 (37): 47-52.

ARRIBAS GUTIÉRREZ AR, SÁNCHEZ-GIRÓN GUTIERREZ P, RODRÍGUEZ ALCALÁ FJ. Cuidados de Enfermería en Atención Primaria a pacientes intervenidos en Unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria. Metas de Enferm 2000; 3 (30): 34-37.

ARTIGAS B, SÁNCHEZ ML. Acercamiento al diagnóstico de enfermería en APS. Enferm Cient 1992; 122: 41-43.

BARQUERO A, MACIAS AC, FERIA DJ, MÁRQUEZ M y CARRASCO MC. Los Diagnósticos de Enfermería en las revistas profesionales. Metas de Enferm 1998; 1 (10): 29-33.

BOTAS FERNÁNDEZ B, RIVAS DE LA MATA C, VELADO ARTEAGA ML, LINARES ORDÁS Y, MUÑOZ BOTAS R. Prevalencia de diagnósticos de enfermería en una unidad neonatal. Enf Clín 2001; 11 (1): 9-17.

BREA RIVERO P, PÉREZ POLO Y. Implementación del Modelo Signo II para la Gestión Analítica de Enfermería. Metas de Enferm dic 1999/ene 00; (21): 33-38.

BREGEL F, FERRER E, ALMAGRO C, HERNÁNDEZ S, REY T. Diagnósticos enfermeros: de la teoría a la práctica. Rev EUE La Fe 1999; 1: 83-87.

CARRERAS VIÑAS M, CARAMÉS BOUZÁN J. Enfermera coordinadora de procesos asistenciales. RAS 1997, 1 (3): 111-122.

CIUDAD A, GIMÉNEZ AM, FERNÁNDEZ-REYES I, SERRANO P, GARCÍA MR, NICOLÁS M. Cuidados Enfermeros en el proceso de destete del ventilador. Metas de Enferm 2001; 4 (37): 36-41.

CLAVERÍA SEÑIS M. Diagnósticos de enfermería utilizados por un equipo de atención domiciliaria sociosanitaria. Enferm Cient 1997; 182-183: 49-54.

COLLIÈRE MF. Encontrar el sentido original de los cuidados enfermeros. Rev ROL Enf 1999; 1 (22): 27-31.

DEL PINO CASADO R. Medición del producto y diagnósticos enfermeros. Bol Enf Comun 1997; 3 (10-11): 14-15.

DEL PINO CASADO R. Investigar en Diagnósticos ¿una realidad posible? El Correo AENTDE. Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnóstico de Enfermería, II Cuatrim. 1997; 1 (2): 2.

DEL PINO CASADO R, UGALDE APALATEGUI M. Líneas de Investigación en diagnósticos enfermeros. Enf Clín 1999; 9 (3) 115-120.

DEL PINO CASADO R, CANTÓN PONCE D, ALARCÓN JUÁREZ A, FUENTES MARTÍNEZ A, NAVAS ANGUIS V, RINCÓN MONTILLA MC, RUIZ CEJUDO R. Poder de explicación del diagnóstico enfermero en la actividad desarrollada en consulta de enfermería de pacientes crónicos en atención primaria. Enf Clín 2001; 11 (1) 3-9.

DUARTE CLÍMENTS G, MONTESINOS AFONSO N. El consenso como estrategia de implementación del diagnóstico enfermero, valoraciones estandarizadas y elección de etiquetas diagnósticas. Enf Clin 1999; 9 (4): 142-151.

DURÁN ESCRIBANO M. Diagnósticos Enfermeros. Instrumentos para la atención de los cuidados. Rev ROL Enf 1993; 182.

DURÁN HOYOS R, EMBID ZUBIRÍA C, CASTELO TARRIO I, HURTADO TOBALINA L. Cuidados de Enfermería al neonato durante su traslado en una unidad móvil de vigilancia intensiva. Enf Clin 2001; 11 (1): 29-35.

FERNÁNDEZ FERRIN C, LUIS RODRIGO MT. La Ciencia y la Práctica (II). La enseñanza de los diagnósticos enfermeros. Metas de Enferm 1998; 1 (3): 10-14.

FERRÚS L, MATA R, PORTELLA E. Determinación de estándares de cuidados enfermeros. Rev ROL Enf 1991; 153: 37-42.

GARCÍA-CARPINTERO J, PIÑÓN PAYÁ M. ¿Por qué no siempre funciona el PAE?. Rev ROL Enf 1994; (195): 63-66.

GARCÍA NIETO A. Implantación del Proceso de Enfermería. Hygia 1990; (14): 19-27.

GIMÉNEZ MAROTO AM. Clasificación de Intervenciones Enfermeras de la Universidad de Iowa: un nuevo instrumento para la práctica enfermera. Metas de Enferm 1998; 1 (2): 6-12.

GIMÉNEZ MAROTO AM. XIII Conferencia de la NANDA: «Visitar nuestro pasado, imaginar nuestro futuro». Metas de Enferm 1998; 1 (6): 5-10.

GIMÉNEZ MAROTO AM. Situación actual y futuro de la taxonomía diagnóstica de NANDA: entrevista con la Dra. Dorothy Jones. Metas de Enferm 2000; 3 (29): 26-31.

GONZÁLEZ P, HERNÁNDEZ M, RIVAS A et al. Validación de los diagnósticos de enfermería de la NANDA: una experiencia en 4 áreas asistenciales. Enf Clín 1994; 4 (3): 124-127.

GRANADERO PIRIS E, ARANGÜENA MUNIÁTEGUI C, SÁNCHEZ MATA AM. Programa Virginia: método para desarrollar un plan de cuidados informatizado. Enf Clín 1996; 6 (1): 29-35.

GRANADOS GÁMEZ G, GONZÁLEZ CANALEJO C, GUTIERREZ IZQUIERDO MI, MÁRQUEZ MEMBRIVE J, LATORRE FERNÁNDEZ I, RUIZ MÁRQUEZ T. Diagnósticos de Enfermería identificados por alumnos de enfermería en prácticas. Index Enferm 1999; (26): 9-12.

GRAU P, FERRERO I, MARTÍNEZ A et al. Estudio descriptivo de los diagnósticos de enfermería más utilizados en el enfermo terminal y con SIDA. Enf Clín 1993; 3 (6): 222-227.

GUIRAO i GORIS JA, CUESTA ZAMBRANA A, BENAVENT GARCES A. Diagnóstico de Enfermería. Claves para su desarrollo. Rev ROL Enf 1999; 22 (7-8): 554-557.

HEIERLE VALERO C. Diagnósticos para la práctica asistencial. Index Enferm 1995; IV (12-13): 7-8.

IRISARRI OJER E, RODRÍGUEZ PÉREZ MJ, GONZÁLEZ LAPEÑA MI, ARNEDO ARRIARÁN S, ZUBIETA LES C, VAREA PÉREZ AL. Informatizar la aplicación del PAE. Rev ROL Enf 2001; 24 (6): 415-420.

LIMA RODRÍGUEZ J. Estrategia para la implantación del Proceso de Enfermería como método de trabajo. Hygia 1991; (15): 22-28.

LUIS RODRIGO MT. Diagnóstico Enfermero. Rev ROL Enf 1997; 222: 27-31.

MARTÍN ROBLEDO E, GARCÍA LÓPEZ F, ASENJO ESTEVE A. Diagnósticos de Enfermería. Estrategia de implantación. Comunicación al I Simposium Internacional de Diagnósticos de Enfermería. AENTDE, Barcelona, mayo 1996. [Véase también: Rev ROL Enf 1997; 20 (225): 57-63.]

MARTÍNEZ M, CUSTEY MA, et al. Validación de una clasificación de diagnósticos de enfermería en Atención Primaria. Enf Clín 1996; 6 (1): 1-10.

MARTOS PÉREZ AR. Dificultades de aplicación del proceso de enfermería en un servicio de urgencias hospitalario. Enferm Cient 2000; 216-217 (mar-abr): 77-82.

MENA NAVARRO FJ, MACÍAS RODRÍGUEZ AC, ROMERO CORCHERO M, VALDERRAMA MARTÍN A, FERIA LORENZO D. ¿Influyen los diagnósticos de Enfermería en la valoración del método de trabajo enfermero? Rev ROL Enf 2001; 24 (2): 137-139.

NIETO BLANCO E, RAMOS CALERO OD. Evolución del lenguaje enfermero: Evaluación de los diagnósticos en un Informe de Enfermería al Alta. Metas de Enferm 2000; 3 (22): 45-52.

PEÑA AMARO P, GARCÍA LÓPEZ J, DE LA TORRE PEÑA MJ, GRANDE GASCÓN ML, BALLESTEROS GARCÍA L. Evolución de un programa informático sobre el proceso de atención de enfermería aplicado al paciente neurológico, en alumnos de tercer curso de enfermería. Enferm Cient 2000; 216-217(mar-abr): 83-84.

PIQUÉ PRADO E. Introducción de diagnósticos de enfermería en pacientes crónicos en un centro de salud. Enferm Cient 1999; 210-211: 22-24.

PIQUÉ PRADO E. Proyecto de mejora de la calidad en el proceso de Atención de Enfermería. Enferm Cient 2000; 218-219 (may-jun): 43-45.

RIGOL A, UGALDE M. Diagnóstico de Enfermería. Instrumento docente en Salud Mental. Notas de Enferm 1991; 1 (3): 21-26.

RIOPELLE L. El dilema de los cuidados enfermeros: un modelo conceptual o el diagnóstico enfermero. Enf Clin 1993; (3): 133-4.

RUBIO CALLE JJ. Estudio comparativo de motivación/satisfacción de la enfermera/o de atención especializada que trabaja o no con Planes de Cuidados Estandarizados. RAS 1999; 3 (2): 109-118.

RUMBO PRIETO JM, CASTRO PASTOR A, COBAS COUTO E, MOVILLA FERNÁNDEZ MJ, RODEÑO ABELLEIRA A, ROMERO MARTÍN M. Proceso de

Atención de Enfermería y cuidados de enfermería basados en la evidencia científica. Enf erm Cient 1999; 208-209 (jul-ago): 23-27.

SALES R, ALBERTOS S, LEAL MI, VILLASANTE A, PIQUÉ J. Diagnósticos de Enfermería: de la teoría a la práctica. Notas de Enferm 1991; 1 (8): 51-58.

SALES R, ALBERTOS S, LEAL MI, MOLERO P, SANTOLAYA F. Diagnósticos de Enfermería: Aplicación en Psiquiatría. Rev ROL Enf 1990; 142 (8): 63-66.

SERRANO R, CARRASCAL E, TINA P, SANZ M, DÍAZ MT, SARACÍBAR MI, NARVAIZA MJ. Estandarizar los cuidados. Cuando lo hecho es válido. Rev ROL Enf 1997; 20 (227-8): 23-31.

SERRANO MR, NARVAIZA MJ, SARACÍBAR MI, CARRASCAL E, TINA P, DÍAZ MT. Correspondencia entre los problemas de salud y los cuidados de enfermería al ingreso del paciente. Enf Clin 2000; 10 (2): 47-56. [Valoración en base a patrones de salud de M. Gordon]

TEIXIDOR FREIXA M. Los espacios de profesionalización de la enfermería. Enf Clin 1996; (7): 126-136.

TILKIN CH, FERRÚS L, PORTELLA E. Estrategias de medidas de los cuidados de enfermería. Gac Sanit 1994; 6: 71-77.

TOMÁS VIDAL AMª. Conceptos básicos para la elaboración de planes de cuidados. Enf Clin 1994; 4 (1): 28-35.

TOMÁS VIDAL AMª. Metodología para la elaboración de planes de cuidados. Enf Clin 1994; 4 (1): 36-38.

VÁZQUEZ SÁNCHEZ M, BUENO FERRÁN M, CASALS SÁNCHEZ J, GARCÍA CABELLO J. Diagnósticos de Enfermería sobre riesgos: Análisis coste-efectividad. Rev ROL Enf 1998; 21 : 27-32.

ANEXOS I

FUNDACIÓ
AVEDIS DONABEDIAN

Avaluació externa de la qualitat
Pla Director de Salut Mental i Addiccions
Generalitat de Catalunya

UNITATS DE SALUT MENTAL D'AGUTS i PATOLOGIA DUAL

INDICADORS D'AVALUACIÓ DE LA QUALITAT

PROPOSTA D'INDICADORS

Barcelona, desembre de 2004

Àrea rellevant:

Pla terapèutic

Criteri:
Els pacients han de tenir formulat un Pla terapèutic.

Nom de l'indicador (núm. 2):
Definició del Pla terapèutic

Justificació:
El procés d'atenció als pacients es fa efectiu mitjançant la formulació d'ι terapèutic, que ha d'incloure: el resultat de la valoració, els objecti tractament i les proves complementàries.

Fórmula:

Nombre de pacients amb constància a la història clínica del Pla terapèι individualitzat elaborat per l'equip interdisciplinari

---

Nombre total de pacients

Definició de termes:
Es considera Pla terapèutic el que ha estat realitzat, com a màxim, dura primers 7 dies d'ingrés i que conté els següents aspectes: el resultat valoració, els objectius, el tractament i abordatge per part de l' interdisciplinari. En funció de la situació del pacient, l'equip pot escurçar a termini per donar una resposta oportuna a les necessitats del pacient.
El pla aborda intervencions terapèutiques en la vessant, física, psicol funcional amb valoració de la capacitat de realitzar activitats de la vida d la dimensió social.
El pla ha d'estar elaborat de manera interdisciplinària.
La revisió del pla serà, com a mínim, setmanal.
El pla ha d'especificar quins són els professionals mèdics i d'infer responsables del pacient.

Fonts de dades:
Història clínica i cens de pacients ingressats

Tipus: procés
Estàndard: 80%

Comentaris: sempre que sigui possible, s'aconsella integrar i coordinar terapèutic relacionat amb l'ingrés a la unitat, amb el pla terapèutic individu de la persona coordinat pel gestor de cas o persona de referència en la X de Salut Mental (XSMUP). Quan sigui possible, s'aconsella indicar el no referent del cas del pla terapèutic integrat entre els diferents n assistencials.

Corporació
Parc Taulí

CENTRE DE SALUT MENTAL

Etiqueta del pacient

VALORACIÓ D'INFERMERIA A SALUT MENTAL

MOTIU D´INGRÉS: _____

_____

DISPOSITIU: ❑ Unitat d'Aguts ❑ Unitat de Desintoxicació ❑ Hospital de Dia d'Adults ❑ CAP de Salut Mental

TIPUS D'INGRÈS: ❑ Voluntari

❑ Involuntari: ❑ Autorització Judicial ❑ Ordre Judicial

Data d´ ingrés ____/____/____ **Data valoració** ____/____/____ **Edat** _____

Psiquiatre: _____ **D. Infermeria:** _____ **Referent:** _____

Psiquiatre referent (CAP, ...): _____

Cuidador Principal: _____ **/ Telèfons:** _____

Altres Familiars / telèfons: _____

Orientació Diagnòstica: _____

Tractament farmacològic actual: _____

_____

_____

GENOGRAMA

DADES GENERALS

- **Estat civil:** _____ **Habitatge (on, amb qui viu)** _____
- **Situació Laboral:** ❑ Estudiant ❑ Treballa ❑ Aturat ❑ Pensionista
- **Estudis:** ❑ Primària (EGB) ❑ ESO ❑ Secundaria (Batxillerat, FP) ❑ Universitaris ❑ Altres _____
- **Antecedents Personals:** Antecedents psiquiàtrics: (ingressos previs, diagnòstics, etc.): _____

_____

Hàbits tòxics: _____

Patologia orgànica: _____

Al lèrgies: _____

- **Antecedents Familiars:** Malalties Mentals: _____

_____

Toxicomanies: _____

Mèdics: _____

- **Observacions:** _____

_____

1 - PATRÓ DE PERCEPCIÓ- CONTROL DE LA SALUT -

- Descripció de la salut, mesures preventives, expectatives i preocupació per la salut.

- **Consciència de malaltia** *(valoració infermeria)* **:** ❑ Acceptació ❑ Negació ❑ Parcial ❑ Altres _____

_____

- **Compliment tractament farmacològic:** ❑ Si (❑ Depenent ❑ Autònom) ❑ No ❑ Dubtós
- **Higiene:**_____ **Vegades/setmana** ❑ Autònom
  ❑ Depenent: ❑ Necessita ajuda ❑ Dutxa ❑ Enllitat
- **Higiene Dental:** ...../ vegades al dia - **Pròtesis dental** ❑ Si ❑ No
- **Ulleres:** ❑ Si ❑ No **Lents de contacte:** ❑ Si ❑ No **Pròtesis ocular:** ❑ Si ❑ No
- **Aspecte general:** ❑ Adequat ❑ Extravagant ❑ Meticulós ❑ Descuidat
- **Pell i mucoses (color i aspecte):**_____
- **Observacions:** _____

2-PATRÓ NUTRICIONAL METABÒLIC-

- Descriu els hàbits (quantitat i tipus) d´ aliments i líquids envers les necessitats metabòliques i preferències i ús de suplements, guanys i pèrdues.

- **Índex massa corporal (pes/talla*2):**_____
- **Ingesta:** ❑ Normal ❑ Augmentada ❑ Disminuïda ❑ Desorganitzada
- **Alimentació:** ❑ Normal ❑ Especial:_____
- **Valorar qualitat de la dieta:**_____
- **Ingesta de líquids** (Volum): _____
- **Canvis en el pes (darrers 6 mesos):** ❑ No significatius ❑ Augment _____ ❑ Pèrdua _____
- **Observacions:** _____

3- PATRÓ ELIMINACIÓ-

- Descriu la funció excretora (intestinal, vesical i cutània), inclou també la percepció respecte a la regularitat .

- **Funció Urinària:** ❑ Regular ❑ Enuresis ❑ Retenció ❑ Incontinència (especificar tipus): _____
- **Intestinal :**_____**Vegades /dia** ❑ Regular ❑ Diarrea ❑ Estrenyiment ❑ Incontinència
- **Observacions:** _____

_____

4- PATRÓ ACTIVITAT- EXERCICI-

-Fa referència a la capacitat real o potencial del individu per moures i fer qualsevol tipus d´ activitat.

- **Mobilitat:** ❑ Autònom
  ❑ Depenent : ❑ Parcial ❑ Total ❑ Ajut especial (especificar): _____
- **Ajut Tècnic:** ❑ Caminador ❑ Cadira de rodes ❑ Baranes
- **Nivell d´ activitat/comportament motriu:**
  ❑ Normal
  ❑ Inhibició: ❑ Catatonia ❑ Enlentiment ❑ Sedentarisme ❑ Clinofília ❑ Rigideç
  ❑ Desinhibició: ❑ Hiperdinàmia ❑ Acatísia ❑ Perseverància ❑ Agitació
- **Observacions:** _____

_____

5- PATRÓ SON- DESCANS-

Fa referència al patró habitual de la son ,descans.

- **Analitzar hàbits nocturns:** _____
- **Hores de son a la nit:** _____ **Horari habitual:** _____
- **Productivitat del son:** _____
- **Altres descans:** _____
- **Alteracions de la son:** ❑ Conciliació ❑ Fragmentat ❑ Despertar precoç ❑ Somnolència ❑ Hipersomnia
- **Observacions:** _____

6- PATRÓ COGNITIU- PERCEPTIU

Descriu els factors senso - perceptors i cognitius. Descriu també la percepció del dolor, la orientació, memòria, llenguatge, raonament.....

- Nivell de consciència i actitud respecte a l'entorn *(valoració infermeria)*:

_____

_____

- Orientació espai – temps - persona:

Espai (ciutat, província, país): ❑ Si ❑ No

Temps (dia, mes, any): ❑ Si ❑ No

Persona: ❑ Si ❑ No

- Percepció del dolor: ❑ Si ❑ No

- Alteracions senso - perceptives: ❑ No

❑ Si (tipus) : _____

❑ Percepció del professional : _____

_____

_____

_____

- Localització de la percepció: ❑ Interna ❑ Externa

- Memòria: **- Immediata:** ❑ Alterada ❑ Normal

- Recent: ❑ Alterada ❑ Normal

- Remota: ❑ Alterada ❑ Normal

- Organització del pensament - llenguatge:

Contingut: ❑ Coherent ❑ Incoherent

❑ Organitzat ❑ Desorganitzat

Descripció del contingut: _____

_____

_____

_____

_____

- Curs: ❑ Acceleració ❑ Disgregació ❑ Perseverància ❑ Bloqueig ❑ Latència de resposta

- Expressió del llenguatge: ❑ Adequat ❑ Inadequat

Velocitat : ❑ Normal ❑ Ràpid ❑ Lent

Volum: ❑ Alt ❑ Baix ❑ Normal

Quantitat: ❑ Normal ❑ Abundant ❑ Escàs

To - Modulació: ❑ Alterat ❑ Tranquil ❑ Hostil.

- Altres dades d'interés: _____

_____

7-PATRÓ DE L AUTOPERCEPCIÓ- AUTOCONCEPTE-

Defineix les preocupacions principals : imatge corporal, estimació pròpia, efectes de la malaltia en un mateix, percepció de sí mateix.

- Quines coses sap fer, habilitats especials, capacitat per realitzar accions, motivació per realitzar nous projectes, etc. ?

_____

_____

- Valoració dels propis sentiments:

Sentiments respecte a ell mateix de: ❑ Rutina ❑ Inferioritat ❑ Omnipotència ❑ Inutilitat ❑ Ridícul ❑Tristor

❑ Culpa ❑ Por ❑ Altres _____

Aquests sentiments son: ❑ Habituals ❑ Esporàdics

- La valoració de les seves capacitats son (Valoració d'Infermeria): ❑ Adequades ❑ Sobrevalorades ❑ Infravalorades

- Com et veus respecte als demés? _____

- Creus que t'afecta el teu estat en la teva vida quotidiana (AVD, relacions, família,...)? _____

- Hobbies _____

_____

_____

8.-PATRÓ DE ROL-RELACIONS:

Descriu la percepció de les responsabilitats personals en situacions normals, relacions, ajuda en la vida familiar, parella.....

- **Expressió facial:** ❑ Tensa
  ❑ Relaxada: ❑ Alegre ❑ Trista
- **Mirada:** ❑ Fixa ❑ No mira ❑ Evitativa ❑ Desconnexió
- **Relació/actitud amb l´ entorn (Unitat, pacients,...):**
  ❑ Adequada
  ❑ Inadequada: ❑ Escassa ❑ Evitativa ❑ Superficial ❑ Inhibida
  ❑ Hostil ❑ Desconfiada ❑ Reivindicativa ❑ Desinhibida
- **Relació envers l´ equip terapèutic (valoració infermeria):** _____
- **Persones significatives:** ❑ Familiars ❑ Amics ❑ Veïns ❑ **Altres** _____
- **Actitud de la família enfront la malaltia:** ❑ Preocupació ❑ Desinterès ❑ Culpa
  ❑ Suport ❑ Desbordament ❑ Sobreprotecció
- **Contacte:** ❑ Sintònic ❑ Distònic ❑ Estrany ❑ Evitatiu
- **Observacions:** _____

_____

9-PATRÓ DE SEXUALITAT-REPRODUCCIÓ:

Descriu la percepció de satisfacció o de disfunció que té el individu envers el seu patró sexual o de reproducció.

❑ **Menstruació (data última):** ___ / ____ / ____ ❑ **Dismenorrea** ❑ **Amenorrea** ❑ **Menarquia**

- **Activitat sexual:** ❑ Satisfactòria ❑ Insatisfactòria ❑ No té ❑ Desinhibida
- **Mesures anticonceptives:** _____
- **Canvis en les relacions sexuals (motius i causes):** _____
- **Disfuncions sexuals:** ❑ **Si** _____ ❑ **No:** _____

10-PATRÓ DE ADAPTACIÓ-TOLERANCIA A L'ESTRÉS:

Capacitat i resistencia als canvis.

- **En el darrers temps s'ha produït algun canvi a alguna situació estresant ?** ❑ No ❑ Si _____
- **Com creus que ho has afrontat?** ❑ Bé ❑ Malament (especificar): _____
- **Has requerit algun tipus de suport per afrontar-los?** ❑ Familiar ❑ Mèdic ❑ Tècniques de Relaxació ❑ **Altres** _____
- **Estat emocional:** ❑ Apropiat ❑ Inapropiat ❑ Làbil
- **Tolerància a frustració (valoració infermeria):** _____
- **Adaptació a l' entorn, estrès:** _____

11- PATRÓ DE VALORS I CREENCES:

Percepció del que una persona considera important en la vida, religió, creences.....

- **Ets religiós?** _____
- **Canvis de creences en els últims temps?:** ❑ No ❑ Si _____
- **Observacions:** _____
- **Quina és la teva escala de valors?** _____

_____