

Lenguajes y Personas

IX Simposium Internacional de Diagnósticos de Enfermería

Laboral Ciudad de la Cultura
7 y 8 de Junio de 2012

Organiza: A.E.N.T.D.E

Ponencias y Comunicaciones



Como citar este libro:

Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería.
AENTDE. (Editores). IX Simposium Internacional de Diagnósticos de Enfermería.
"Lenguajes y Personas". Gijón. AENTDE. 2012.

I.S.B.N.: 978-84-695-3359-8

Edita: AENTDE

Feixa Llarga, s/n

L'Hospitalet de Llobregat

Oviedo Mayo 2012



Contenido

Contenido.....	3
Presentación	7
Comités.....	9
Ponencias	10
Lenguajes y Personas.....	11
La investigación en el contexto de las taxonomías. Perspectiva de AENTDE.	20
Investigación en Resultados NOC.....	24
Revisión de la etiqueta diagnóstica Ansiedad ante la Muerte	39
Validación de intervenciones NIC.....	44
Desarrollo del diagnóstico sedentarismo	47
Nursing assessment: State of the art	53
La precisión del lenguaje	69
El marco conceptual enfermero en la investigación en lenguajes.....	76
Uso avanzado de la NOC en el razonamiento del diagnóstico Gestión ineficaz de la propia salud	88
La NOC para la valoración del nivel de dependencia en cuidados: Proyecto INICIARE	97
NANDA Internacional: Taxonomía III.....	101
Comunicaciones	109
LOS PLANES DE CUIDADOS DENTRO DEL PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD DE UN CENTRO DE SALUD.....	110
EL DIAGNÓSTICO NANDA-I DUELO EN CASOS DE PÉRDIDA PERINATAL: ANÁLISIS POR EXPERTOS	111
ADAPTACIÓN AL CASTELLANO Y VALIDACIÓN PSICOMÉTRICA DE LA ESCALA DE POSICIONAMIENTO ANTE EL DIAGNÓSTICO ENFERMERO.	113
ESTRATEGIA DE INTEGRACIÓN DE LOS LENGUAJES ESTANDARIZADOS EN EL GRADO DE ENFERMERÍA.	115
DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS. UN INSTRUMENTO PARA LA ADQUISICIÓN DE COMPETENCIA CULTURAL	118
ADAPTACIÓN DEL INFORME DE CONTINUIDAD AL ALTA DE ENFERMERÍA EN EL HOSPITAL CENTRAL CRUZ ROJA.	124
INFRA DIAGNÓSTICO DE LA DESNUTRICIÓN EN NIÑOS CON ALTERACIÓN DEL PESO POR EXCESO.	126
ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE PREVALENCIA DE LOS DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS EN PACIENTES ICTUS.	128
ETIQUETAS NANDA-NIC-NOC MÁS FRECUENTES EN PACIENTES CON TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y DEL COMPORTAMIENTO.....	130
CASO PRÁCTICO: PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON PRÓTESIS DE CADERA	137



Presentación

Estimados compañeras y compañeros:

Desde AENTDE, queremos presentar este “Libro de Ponencias y Comunicaciones del IX Simposium Internacional de Diagnósticos de Enfermería”. En él hemos pretendido recoger el conocimiento que hemos compartido en este evento.

Las ponencias y comunicaciones que lo componen dan a conocer los importantes pasos que se están dando para que el lenguaje enfermero describa, cada vez con más precisión, el cuidado que necesitamos las personas para mantener o mejorar la salud. Asimismo ponen de manifiesto la importancia del lenguaje para el desarrollo profesional.

“Lenguajes y personas”; éste ha sido el lema del Simposium, en el que se ha puesto el foco en la investigación como elemento clave para avanzar en la precisión del lenguaje. En este sentido, distintos trabajos de profesionales, tanto nacionales como internacionales, han dado a conocer importantes líneas de investigación

Enmarcados por este lema, también se han presentado trabajos con distintos enfoques: desde la formación, resaltando la importancia de las taxonomías como eje vertebrador de la enseñanza, tanto de grado como de posgrado, y de especialistas; desde la gestión, relacionando el uso de los lenguajes enfermeros con la mejora de la gestión de recursos; desde la práctica clínica, poniendo de manifiesto el camino recorrido para describir y analizar los procesos de cuidados de las personas, utilizando lenguajes enfermeros.

Podemos presentar este libro de ponencias y comunicaciones gracias al conocimiento, esfuerzo y generosidad de muchas personas: ponentes, comunicantes y comités científico y organizador; en definitiva de todos los que habéis hecho posible este encuentro promocionado por nuestra Asociación.

La calidad científica de los textos que aquí se relacionan, tanto de personalidades de reconocido prestigio, como los avances comunicados por enfermeras de distintos ámbitos, seguro que hacen de esta publicación un referente para avanzar en lo que ha sido el objetivo de este Simposium: dar un paso más, basado en la investigación, para mejorar la precisión del delicado lenguaje del cuidado.

Sin la contribución de cada uno de vosotros, no hubiese sido posible.

Muchas gracias a todos.

Rosario Fernández Flórez
Presidenta del Comité Organizador

Aurora Quero Rufián
Presidenta de AENTDE

PRESENTACION



Comités

Científico:

Presidenta:

Susana Martín Iglesias

Secretario:

José Luis Aréjula Torres

Vocales:

Antonio Bazán Herrero
Beatriz Braña Marcos
Fernanda del Castillo Arévalo
Aurora Fernández Roibás
M^a Luz Lago González
M^a Teresa Lluch Canut
Ana Manterota Conlledo
Rubén Martín Payo
Delia Peñacova Maestre
Rosa Rifá i Ros
Laura de la Riva Cortina
Mercedes Ugalde Apalategui

Organizador:

Presidenta:

Rosario Fernández Flórez

Secretario:

Roberto Rodríguez Rego

Vocales:

Loreto Álvarez-Cuervo
Ruth Álvarez Oviedo
Roser Cadena i Caballero
Carme Espinosa i Fresnedo
Susana Fernández Pérez
Gema García Álvarez
Begoña García León
M^a Antonia Jiménez Martos
Aurora Quero Rufián
Emilio Velasco Castañón



Ponencias



Lenguajes y Personas

Aurora Quero Rufián

La enigmática aparición del lenguaje surge estrechamente vinculada al proceso de hominización, a la conformación como tal del ser humano, al hecho de ser persona. A través del lenguaje los hombres pudieron transmitir sus conocimientos y experiencias, las técnicas que desarrollaban y así consiguieron progresar de generación en generación. También a través del lenguaje, los hombres y las mujeres, comunicaban sus miedos y emociones, hacían preguntas o buscaban respuestas.

De tal forma que, desde el primer instante, las estructuras del conocimiento y del razonamiento, la percepción del “sí mismo” se transformaron en estructuras lingüísticas. Para los hombres la representación del espacio vital, el real y el simbólico, la definición de las cosas y los conceptos se realizaron en el ámbito del lenguaje; de tal manera que el ámbito del lenguaje se convirtió en el ámbito humano por excelencia.

El lenguaje, por tanto, se convirtió en el ámbito de la transmisión del conocimiento, las creencias, el arte, la moral, el derecho, las costumbres, y cualesquiera otros hábitos y capacidades adquiridos por el hombre (Taylor), es decir de la cultura.

Todo lo dicho hasta aquí tiene sentido en la medida en que estamos inmersos en la cultura de los cuidados y porque en este encuentro de Gijón nos hemos propuesto hablar del lenguaje de los cuidados y, por tanto, del lenguaje de las personas sobre los procesos de la salud.

La idea de cultura, en su complejidad, implica un proceso de construcción. Nuestro emblema de AENTDE, edificio en construcción, proyecta esa imagen de reconstrucción de los lenguajes enfermeros, y que por tanto conllevan progreso y reelaboración y transmisión de la cultura de los cuidados. En el fondo nuestra imagen es un reto y compromiso.

En el contexto actual de las Taxonomías enfermeras, momento de dialéctica entre los viejos y los nuevos lenguajes o lenguajes diferentes, la construcción del nuevo marco profesional no puede ser una torre de Babel que genere confusiones lingüísticas o incomprensiones profesionales. Más bien al contrario, AENTDE debe ser esa torre sólida que acompañe, integre e impulse en el ejercicio profesional a través del desarrollo y potenciación de los lenguajes enfermeros.

Por todos es conocido que las taxonomías y el lenguaje enfermero aparecen estrechamente vinculados con el necesario desarrollo de la profesión.

En este contexto conviene recordar que los diagnósticos enfermeros se nos presentan como juicios clínicos de las respuestas humanas ante los problemas de salud, y que las enfermeras a través de sus intervenciones tratan de resolver. Los diagnósticos tienen un carácter dinámico en el sentido de que cuando el problema se resuelve el diagnóstico desaparece.

Las respuestas humanas son difíciles de detectar porque identifican experiencias personales, son complejas y tienen un fuerte componente subjetivo.

Las enfermeras para poder ayudar a las personas necesitan conocer y leer muy bien el lenguaje de estas personas, captar su sentido y significado y ponerlo en relación con el propio lenguaje enfermero, es decir con las taxonomías.



De esta forma la valoración se convierte en el espacio real y simbólico donde se encuentran el lenguaje profesional y el lenguaje “popular-cultural” de la salud-enfermedad.

En mi opinión la valoración enfermera está infravalorada, no se hace hincapié en la trascendencia que tiene en la fundamentación del proceso enfermero.

La búsqueda de la concordancia entre lenguajes y significados en la relación enfermera-paciente es crucial. Esta es la razón de ser un buen diagnosticador, “una buena diagnosticadora” como refiere Margaret Lunney.

Entiendo mi exposición como una reflexión en voz alta sobre esta relación entre lenguajes o lo que es lo mismo entre las personas que hablan lenguas diferentes. Tengo muchas preguntas e interrogantes y muy pocas respuestas.

La Real Academia Española de la Lengua define el lenguaje como el “Conjunto de sonidos articulados con que el hombre manifiesta lo que piensa o siente”. Pensamiento y sentimiento como contenidos esenciales del lenguaje en su sentido formal.

Desde un punto de vista antropológico, como ya he insinuado con anterioridad, el lenguaje es la manifestación de una cultura, es portador de saberes, ideas, valores y creencias sobre la realidad compartida de una comunidad. El lenguaje es la primera herramienta de la que el ser humano dispone para establecer el conocimiento de sí mismo y del mundo. A través de la palabra, da un nombre a las cosas y a los objetos, se apropia del mundo, lo conoce, lo hace suyo y lo humaniza.

Por otro lado, en cuanto que saber transmisible, el lenguaje es un hecho cultural. Es la cristalización del conocimiento acumulado durante generaciones. A través de la palabra transmitimos la cultura: los significados del mundo y de las cosas. Es el primer mecanismo de integración social.

El lenguaje es posibilidad del conocimiento y es medio de expresión o comunicación del pensar: así toda experiencia se convierte en experiencia en el lenguaje. El lenguaje expresa cómo uno siente y vive.

Según todo lo que he planteado hasta ahora, se puede decir que las enfermeras deberíamos hacer las siguientes valoraciones sobre los lenguajes. O lo que es lo mismo: un posicionamiento reflexivo que parta del concepto de lenguajes, implica considerar los siguientes aspectos:

- El lenguaje como **manifestación de lo que pensamos** de los cuidados de las enfermeras
- El lenguaje como **transmisión** de la cultura de los cuidados de las enfermeras
- El lenguaje como **objetivación** de los cuidados de las enfermeras
- El lenguaje como **conocimiento** de los cuidados de las enfermeras

Creo, por tanto, que pensamiento, transmisión, objetivación y conocimiento deben ser las premisas y coordenadas en las que se circunscriba el desarrollo de los lenguajes enfermeros.

Y por supuesto, también, las taxonomías representan el imaginario simbólico del modelo enfermero y proyectan el espacio real o ideal que deseamos ocupar.



Y esto es así porque el lenguaje y las palabras, nos identifican y definen como personas y como profesionales. Decimos lo que somos, cómo queremos que nos vean y también en reciprocidad percibimos cómo nos ven.

En la práctica profesional el desarrollo del lenguaje, implica desarrollar actividades de habla y escucha. Más allá de los lenguajes corporales, estas dos actividades, permiten la visualización del lenguaje de los otros, conscientes de nuestra diversidad de lenguajes como individuos.

Por ello me voy a centrar en el lenguaje de las palabras. Y en nuestro campo me gustaría considerar dos niveles:

- Por un lado el “lenguaje profesional”: caracterizado por la precisión y el rigor. En este sentido el reto o dificultad está en la unificación del lenguaje, en saber o enseñar todos lo mismo. Entender todos de la misma manera las cosas idénticas y los conceptos semejantes.
- De otro lado “el lenguaje relacionado con la profesión”: utilizado por enfermos, familiares u otras personas que se comunican con los profesionales. El lenguaje de la interacción de los otros con nosotros.

Bajo esta consideración el papel de la enfermera adquiere una doble vertiente y exigencia:

- La enfermera es o debe ser una especialista/experta en el lenguaje profesional.
- Y también la enfermera como intérprete del lenguaje de aquellos que son objeto de nuestro cuidado: ¿Cuál es el significado de sus palabras? ¿Qué quieren decir cuando nos hablan?

Llegados aquí, creo que nos podemos plantear las siguientes reflexiones:

¿Son el lenguaje y las taxonomías un reflejo de la realidad, y por tanto un instrumento válido para impulsar el conocimiento enfermero o por el contrario el modelo taxonómico es meramente una convención social-profesional elaborada por un grupo y por tanto vacío de contenido?

Pero cabe, incluso, una opción más, una tercera vía en la que siendo el lenguaje enfermero una construcción convencional, éste se convierta en un instrumento válido para el progreso y desarrollo científico. De ahí el reto de limpiar todos aquellos elementos y briznas lingüísticas carentes y vacías de contenido; ese debe ser el compromiso, entre otros, de una asociación como AENTDE: la depuración del lenguaje enfermero y la clarificación y concreción de los conceptos.

Como ya he apuntado con anterioridad, sin lenguaje es imposible tener pensamiento. Por tanto, en la medida en que nuestros pensamientos se elaboran a partir del lenguaje y pensamos mediante lenguajes, adquiere especial relevancia la generalización del lenguaje enfermero. Desarrollamos las ideas y conceptos mediante el lenguaje, por tanto desarrollando lenguaje enfermero generaremos conocimiento enfermero.

Y luego, más allá, está la cuestión del lenguaje y su significado, del significado de las palabras para unos y para otros, para ellos y para nosotros: ¿Tienen el mismo significado? ¿Reflejan la misma realidad para los distintos componentes del equipo de salud, para los enfermos, para los familiares? ¿“Cuál es el significado del significado”, sus connotaciones, sus usos? Son éstos, aspectos cruciales, que deben ser



especialmente valorados por los que cuidan en la práctica diaria, así como por los investigadores para dar rigor a sus trabajos.

Tenemos, además, el riesgo de “lo manido” en el lenguaje, del sobre-entendimiento de términos comunes como cuidados, salud, atención personalizada... que quedan en ocasiones desnaturalizados y carentes de sentido. Es lo que Heidegger planteaba como la cosificación del lenguaje, por el uso excesivo y reiterado de los conceptos más fundamentales. Por ello, el desarrollo taxonómico debe ser un elemento de reactivación profesional a través del lenguaje que genere un nuevo impulso científico. Y ya que el lenguaje es anterior al habla: cuando una nueva enfermera o estudiante de enfermería se lance a hablar, ahí deberá estar ya el lenguaje de las taxonomías enfermeras, inteligible y comprensible para ella. La construcción del lenguaje por tanto se convierte en elemento esencial para el desarrollo y progreso de la profesión enfermera de cara al futuro.

Y por supuesto, habrá que dar un paso más: entender que el uso del lenguaje implica ESCUCHA e intento de comprensión de los significados de las palabras de los otros: ¿QUÉ QUIEREN DECIR CUANDO DICEN lo que dicen?

Cuando en la Junta de AENTDE pensábamos en el lema para este simposium, hicimos una lluvia de ideas. Después de barajar varias posibilidades nos inclinamos por el de “lenguajes y personas”, pero la discusión siempre estuvo centrada en la necesidad de humanizar el cuidado, la vida... Porque hubo un tiempo remoto en el que el Lenguaje nos hizo humanos, nos hizo tomar conciencia de nuestro yo, en definitiva porque el lenguaje humaniza.

Y ya que el lenguaje es un conjunto articulado de voces y palabras, que reflejan lo que se piensa, lo que se siente, lo que se cree que se dice, es esencial la comprensión del discurso de las personas.

En ese proceso de comprensión de significados del lenguaje de las personas relacionado con los problemas o cuestiones de salud, la investigación que se realiza mediante la metodología cualitativa ocupa un lugar esencial. A través de ella descubrimos el sentido profundo del discurso, lo que para las personas es realmente importante y tiene un significado y un sentido.

LOS DIAGNÓSTICOS A TRAVÉS DEL LENGUAJE DE LOS OTROS

Debemos escuchar: El acercamiento y comprensión del discurso de los enfermos y de las personas que los cuidan se convierte en un factor determinante de la intervención enfermera. A través de sus palabras se representa todo el imaginario simbólico que la salud tiene para las personas. Son representaciones simbólicas que nos acercan a los significados que los procesos de salud-enfermedad tienen para ellas.

Quiero reflejar en esta parte de mi intervención, algunas ejemplificaciones recogidas en mis trabajos sobre las cuidadoras familiares en el hospital. A lo largo de las entrevistas mantenidas con ellas fui descubriendo la intensidad semántica y la riqueza expresiva de su lenguaje en la mayoría de las ocasiones. Analicé sus recursos y metáforas, a través de ellas percibía el sentido cultural de la enfermedad, me aproximaba a sus vivencias y emociones: el sentido de la enfermedad se descubre mediante la interpretación del lenguaje espontáneo y coloquial de las cuidadoras familiares. El imaginario simbólico del lenguaje recrea una serie de imágenes y metáforas de una gran fuerza expresiva. En ellas, por ejemplo, la enfermedad se



que en su intensidad metafórica evidencia la capacidad de afrontamiento, reforzada por la convicción religiosa y la aceptación como parte de las pruebas de la vida; aspectos culturales de gran importancia que debemos siempre considerar. En este caso hay implícito en sus últimas palabras un afrontamiento del posible **Riesgo de duelo complicado (00172)**

La enfermedad ejerce un fuerte impacto en el entorno familiar, las situaciones son muy cambiantes y entonces dice: *“Cuando vine el año pasado, se me cayó el hospital encima”*. La disposición para el afrontamiento ha disminuido sustancialmente; se impone una actuación enfermera, ¿seremos capaces de verlo? Debemos estar capacitados para llegar al diagnóstico y la intervención enfermera desde la palabra. Es la observación y valoración desde la escucha.

En muchas ocasiones la enfermedad va unida al dolor. La necesidad de comunicar la experiencia del dolor es una constante en la vida del familiar y del enfermo, *“Porque el dolor no se ve, que tenía que verse”*. *Yo no puedo con el dolor, no puedo ni conmigo..., ahora yo tengo un dolor que no se lo deseo a nadie”*. La intensidad del dolor lleva a la cuidadora a atribuir cualidades físicas al dolor moral. Cualidades de peso: el dolor pesa y no se puede con él. Y en analogía tampoco se puede con uno mismo. El dolor de esta forma se identifica con la persona que lo sufre. El dolor de la cuidadora por la enfermedad del marido es tan intensa que identifica el dolor con su propio cuerpo. De tal forma que este dolor en el marco taxonómico no tiene correspondencia con el **Dolor agudo (00132) o crónico (00133)**. Este dolor está más próximo al **Sufrimiento moral (00175)**: como respuesta a la incapacidad para llevar a cabo decisiones éticas, y que como todos conocemos presenta como características definitorias: la impotencia, la frustración o la ansiedad.

También en los contextos de salud-enfermedad, a veces, se generaliza la **Disposición para mejorar la esperanza (00185)**, ese patrón de expectativas y deseos. *“Es que tiene una fe en el doctor Rogelio, “que para qué”*. El uso de término fe es muy frecuente en el lenguaje hospitalario relacionado con la profesión médica. Y la fe no es fe: la fe se convierte en la metáfora de la esperanza. Además con un sentido de plenitud y totalidad *“que para qué”*.

En otras ocasiones el lenguaje de los enfermos y sus familiares lleva a la **Desesperanza (00124)**, a ese estado subjetivo en el que la persona percibe pocas o ningunas alternativas y entonces *“yo me liaría ahora a llorar, a llorar a gritos, sin esforzarme”*. Angustia y drama se entremezclan con la belleza expresiva del lenguaje, *“llorar a gritos”* para tratar de recomponer la energía y el equilibrio interior.

Entre los diagnósticos más fácilmente identificables en el lenguaje de los cuidadores y con mejor correspondencia se encuentra de manera lógica el de **Cansancio del Rol del cuidador (00061)**, sin embargo la simplicidad de la definición: “Dificultad para desempeñar el rol de cuidador de la familia”, contrasta con la intensidad que describe el lenguaje del cuidador: *“yo no puedo con la carga, con la carga que yo tengo no puedo”*, dicho de forma reiterada. En cierta manera sus palabras humanizan el carácter estático de los factores relacionados y las características definitorias de los diagnósticos *“Y a mí se me cayó el cielo encima, el cielo”* ¿Cómo traducir el significado de estas características definitorias? A través de sus palabras refleja una paradoja metafórica. Por un lado la caída expresa ese sentido negativo en contraposición al



término cielo, de significación positiva. La yuxtaposición de ambos términos, *caída del cielo*, potencia la idea negativa del impacto que causa la enfermedad en el entorno familiar.

La enfermedad y sus implicaciones son materializadas por el cuidador de una forma física pesada. “La carga” hace referencia a las “responsabilidades” no sólo físicas, sino económicas o sociales para dar respuesta a los problemas de salud que se han planteado. Y lógicamente, *“pues entonces entre todos llevaríamos la carga”* aumenta o se exige la **Disposición para mejorar el afrontamiento (00158)**, el patrón de esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar las demandas.

Y así podríamos seguir desgranando y redescubriendo las concordancias semánticas entre las palabras y la teoría, repensando los matices de uno y carencias del otro. Viendo que los intereses de los usuarios están muy mucho más en el cuidado que en la enfermedad.

Esta dicotomía entre el cuidar y el curar se desarrolla y representa con especial singularidad en el entorno hospitalario. Es el momento de abordar el tercer nivel de mi exposición- reflexión sobre

EL LENGUAJE DE ENFERMERÍA EN LOS HOSPITALES. UN CASO CUASI REAL

Cada hospital es como una gran ciudad, llena de calles y de plazas. Se accede fácilmente hacia el hall, la gran plaza urbana, que permite el acceso al resto de la ciudad. Cada planta o unidad es como un barrio, con sus calles-pasillo y su placita. En cada calle-pasillo existen diferentes casas u hogares. También en cada barrio de esta ciudad existen normas diferenciadas del resto de la ciudad; a veces escritas, otras han sido hechas por la costumbre. Cada calle es como un mosaico escarpate de acontecimientos organizados a derecha e izquierda. Cada habitación es una casa o escenario familiar donde ocurren múltiples acciones y representaciones familiares, todas relacionadas con los cuidados. El lenguaje verbal y no verbal, es el lenguaje de los cuidados.

La primera impresión para el visitante es el ajeteo y bullicio por los pasillos. Familiares que van y vienen. Un enfermo que pasea del brazo de su familiar, otro con el pijama y el soporte de la barra del suero en la mano que deambula solo. Todas las puertas están abiertas en las habitaciones. Enfermos en la cama, semitapados, semidesnudos. Las puertas de las casas de esta ciudad suelen permanecer casi siempre abiertas. Sólo se cierran para el pase de visita médica o la atención especializada.

Las relaciones en esta “ciudad sanitaria” son predominantemente verticales y jerarquizadas y se representan y recrean mediante el uso de lenguajes, verbales y no verbales.

En los espacios urbanos el lenguaje adquiere un valor esencial. Todo lenguaje, y especialmente las taxonomías, tiene sentido en tanto en cuanto vaya ligado a los procesos de información y comunicación: Ya se trate de comunicación a nivel horizontal, entre profesionales, como en la comunicación vertical entre profesionales y usuarios.

La necesidad de información es una de las grandes exigencias de los usuarios de los servicios sanitarios. En general, la información en los hospitales suele ser muy escasa, está monopolizada por la estructura médica y reglamentada en base a criterios de



relaciones de poder: en cuanto a su horario, la jerga y el contexto en el que se realiza. Y frecuentemente esta información hay que “pedirla”.

Además, predomina siempre la información sobre la comunicación y el intercambio. En salud, y a nivel de hospital, la información-comunicación es unidireccional, de arriba-abajo: de profesional a usuario. Difícilmente hay procesos de retroalimentación de la información facilitada y la asimilación de los términos de un lenguaje técnico se hace dificultosa para enfermos y familiares.

Frecuentemente la información que se realiza es descriptiva sobre los procesos de la enfermedad y a nivel biológico. Se ofrece muy poca información sobre el proceso del propio enfermo y casi siempre en términos de ambigüedad sobre la curación. Prácticamente, las enfermeras no suelen dar información sobre el cuidar.

La información y los lenguajes (verbales y no verbales) son los que mejor reproducen y representan las relaciones de poder dentro de las estructuras hospitalarias. La posesión de la información, conocimiento y lenguaje propio estructuran la jerarquía social interna del cosmos hospitalario: desde el que posee más información, el médico, al que menos tiene, el enfermo y el familiar. La información supone conocimiento, da prestigio y poder dentro de la estructura del hospital. En ocasiones, se echa en falta un determinado tipo de información, la información y el lenguaje de los cuidados, proveniente de los profesionales enfermeros, que prácticamente han renunciado dentro del hospital a la comunicación técnica e informativa con el familiar y por tanto han desaparecido de su espacio mental.

Con frecuencia el tipo de información que piden las familias radica sobre todo en el “cómo se hace”, más que en el cómo son o están las cosas. Su problemática esencial estriba en la utilidad de los cuidados que tiene que prestar a su familiar. En este caso las enfermeras deben de jugar un papel esencial y comprometerse con una información que mejore y capacite al cuidador familiar en el cuidado. Esta comunicación facilitaría por supuesto la inserción del familiar en la rutina hospitalaria y mejoraría las relaciones personales en las unidades de hospitalización.

Por lo dicho, podría pensarse que existe una falta de ética profesional en cuanto a la información y no es así. Simplemente ocurre que el “modus operandi” de la información está estandarizado, de acuerdo con un patrón tradicional heredado y cristalizado en las estructuras de los hospitales.

Hay ocasiones en las que la información, no es útil ni técnica, es anecdótica y sin embargo tiene un valor simbólico importante y refuerza la posición y el reconocimiento del médico-informador, en cuanto que es una forma de relación y aproximación entre personas de diferente rango en el “estado” hospitalario:

"Pasa", y ya nos enseñó, dice: "mire usted". Vimos las radiografías y dice: "mire usted, todo esto" y nos contó, dice: "mire usted: esto es una piedra, esto es otra, esto es otra, esto es otra, esto es otra". Así lo menos catorce o quince piedras, dice: "por gusto de que las tengas y las vea ella, su señora". (Juan)

Esta escena es un claro ejemplo de “escenario metafórico y simbólico” donde, por medio de un lenguaje verbal y “no verbal” (radiografías), se representan las relaciones de poder intra-hospitalarias que se sustentan en el dominio de la técnica y del conocimiento. A través de la posesión y exhibición de los saberes se subraya el rango superior jerárquico del que informa.



La información sobre cuidados y determinadas técnicas de ayuda al enfermo, cuando se da es de manera individual y no protocolizada. Depende siempre más del compromiso personal que de una práctica profesional generalizada.

La información enfermera se entiende como un componente subsidiario y aclaratorio de la información médica, sin entidad propia. Se debería informar sobre lo específicamente enfermero: lo que da autonomía al enfermo y al cuidador familiar: el cuidado. Y éste, a nivel antropológico, es un rasgo muy significativo de la información sanitaria: mientras que la información médica, sobre el curar, mantiene y fortalece la dependencia del enfermo y la familia con respecto al médico, por el contrario la información enfermera sobre el cuidado, y el autocuidado, tiende a promover la autosuficiencia y autonomía del enfermo y del cuidador familiar: es liberadora.

Si las enfermeras quieren incrementar la importancia del CUIDADO y prestar un enorme servicio a los cuidados, a los enfermos y familiares, deben recuperar el espacio de la comunicación y de la información sobre los cuidados. Esto supone la recreación de un espacio propio enfermero que debe sustentarse sobre los pilares del lenguaje propio. Un espacio hospitalario en el que el lenguaje vehicular no sea una jerga pseudo-médica, sino el lenguaje propio y científico de las taxonomías que delimitan y consolidan nuestro campo de actuación profesional.

Si nuestro lenguaje no existe del todo en los hospitales, habrá que introducirlo: ese es nuestro reto.

Bibliografía

- Taylor, E. B. La cultura primitiva. Madrid: Ayuso. 1977
- Taylor, Steve J. Robert Bobgan (comps.). Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados. Barcelona: Paidós, 1996.
- Lunney Margaret y otros autores. Razonamiento crítico para alcanzar resultados de salud positivos. Estudio de casos y análisis de enfermería. Madrid: Elsevier Masson, 2010.
- Heidegger, M.. ¿Qué significa pensar? Buenos Aires: Nova 1964.
- Collière, M.F.: Utilización de la antropología para abordar las situaciones de cuidados. Rev. Rol de Enfermería, 1993, julio-agosto, nº 179-180.
- Quero-Rufián, A. Tesis doctoral. Los Cuidadores Familiares en el Hospital Ruiz de Alda de Granada. <http://hera.ugr.es/tesisugr/16683134.pdf>
- NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2009-2011. Madrid: Elsevier España, 2010.
- Gordon, M. Manual de Diagnósticos de Enfermería. 11ª ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana, 2007.



La investigación en el contexto de las taxonomías. Perspectiva de AENTDE.

Dra. M^a Teresa Lluch Canut

En primer lugar quisiera agradecer a las compañeras de la Junta de AENTDE y, muy especialmente a su Presidenta, el haberme seleccionado a mí para impartir esta conferencia. Es una responsabilidad que asumo con mucha ilusión y espero no defraudar en la confianza.

En segundo lugar, quisiera dar las gracias a todos/as las participantes en este *Symposium* por estar aquí dedicando su tiempo personal y profesional. El objetivo principal de mi intervención quedará cubierto si, al finalizar, he sido capaz de aportar algún ingrediente novedoso, creativo, ingenioso o simplemente confirmatorio de aquello que la gran mayoría conocemos sobre el término “investigación” ya sea en sentido conceptual, metodológico, analítico o de divulgación.

Todas las enfermeras sabemos, desde que iniciamos nuestros estudios en la Universidad que investigar es una de las funciones de nuestra profesión. Actualmente los Grados en Enfermería finalizan con un trabajo de investigación. Las especialidades de enfermería exigen la elaboración de un proyecto de investigación para la obtención final del título de especialista. Los másters oficiales (y también la mayoría de másters y cursos de postgrado profesionalizadores) exigen tesis y, como bien sabemos, el doctorado, finaliza con un trabajo de investigación que se presenta en forma de tesis doctoral. En toda esta trayectoria de formación, la investigación está presente. Y en este contexto, podemos afirmar que las taxonomías son instrumentos muy útiles para la investigación por todas aquellas razones que, edición tras edición, las autoras de los sistemas taxonómicos NNN, señalan en los capítulos introductorios de sus manuales y, por supuesto, en diversos artículos de divulgación. Asimismo, la investigación es una actividad fundamental para el propio desarrollo de esas taxonomías y para una evolución positiva de los lenguajes estandarizados en el contexto de los cuidados de enfermería.

Cuando empecé a contactar con las taxonomías enfermeras me encontré con algunos documentos y algunos trabajos que todavía hoy considero que son auténticos “incunables”, en relación a la investigación en taxonomías. Si me permiten voy a establecer el orden cronológico en función de mi propia ruta de contacto personal en este tema. De este modo mi primera aproximación al tema fue a través del artículo de Del Pino y Ugalde (1999), “Líneas de investigación en diagnósticos enfermeros”, cuya finalidad era “servir de base para la promoción de la investigación sobre diagnósticos enfermeros mediante la definición de líneas concretas de investigación”. Creo que, 13 años después y desde el espacio de esta ponencia sólo me quedaría cambiar la palabra diagnósticos por la palabra taxonomías NNN ampliando la perspectiva para el desarrollo de líneas de investigación en las 3 taxonomías, ya sea de forma conjunta o por separado.

El siguiente documento que recuerdo fue el capítulo del Dr. Guirao-Goris (2001): “investigación en nomenclatura enfermera”. Un capítulo de libro que recogía de forma exhaustiva las posibilidades de investigación en diagnósticos enfermeros que habían



sido planteadas hasta la fecha por los diferentes autores internacionales y nacionales, fundamentándose además en los manuales básicos de metodología de la investigación. Desde mi opinión, todavía hoy sigue siendo un material didáctico muy interesante.

En mi recorrido por el estudio y los lenguajes enfermeros y su investigación, contacte con los manuales de Ugalde y Rigol (1995) y Luís (2008) que planteaban cuestiones conceptuales y de desarrollo muy interesantes para investigar: ¿Cuáles son las características definitorias principales de un diagnóstico?, ¿realmente, en nuestro contexto el “dolor” es un diagnóstico enfermero?). Creo que actualmente aún podemos recurrir a esos manuales para encontrar preguntas de investigación pendientes de resolución.

Guiada por estos documentos, y sin salir del contexto español, fui contactando con los múltiples enfermeros y enfermeras que a lo largo de los años han investigado en terminologías; inicialmente en diagnósticos NANDA pero en la actualidad ya hay una cierta abundancia de estudios con NIC, con NOC y con NNN.

En el contexto internacional, toda una lista de autoras que nos han ido guiando y que aún en la actualidad son importantes referentes para la investigación, tanto en el ámbito de los diagnósticos como en el de las intervenciones y resultados esperados. Por ejemplo, Fehring (1986), Gordon (1996), Whitley (1999), Lunney (2010); Müller-Staub (2009); Scrogging (2010). Y, por supuesto las autoras de los manuales taxonómicos, Bulechek, Butcher y McCloskey (2009) y Moorhead, Johnson, Maas y Swanson (2009).

En este recorrido de autores (sin ser exhaustivo), las enfermeras hemos podido generar y apoyar nuestra investigación. Nos han señalado las necesidades de investigación que cada taxonomía por sí sola tiene y también en el conjunto de las tres NNN; han dado ideas para aplicar diferentes metodologías, tanto de carácter cuantitativo como cualitativo, tanto en investigación básica como en investigación aplicada o clínica; y nos han mostrado diversos procedimientos y técnicas para la recogida y el análisis de los datos. Todo ello ha servido para generar un volumen de investigación en taxonomías enfermeras de carácter moderadamente aceptable pero, lo verdaderamente alentador es que es de carácter creciente.

Sin embargo, el volumen de información contenida en las taxonomías NNN es tan grande que las necesidades y las posibilidades de investigación son “casi” infinitas. Esto, lejos de ser un problema, es una fuente inagotable de estímulo para hacer crecer y fortalecer nuestra profesión. Si a esta situación le añadimos el estado actual de desarrollo académico de la enfermería, con la formación superior (másters y doctorados) en plena expansión, el futuro de la investigación en taxonomías enfermeras (al menos en nuestro país) pensamos que es muy alentador. En países como Estados Unidos con una mayor historia académica de doctorado, existe ya un volumen considerable de tesis doctorales en taxonomías enfermeras. En nuestro contexto, el desarrollo es menor pero está activo. A modo de ejemplo podemos citar las tesis doctorales de Morilla (2005,2006) y Porcel (2011). También existen, cada vez más, grandes bases de datos en centros asistenciales donde se aplican lenguajes estandarizados.

Con esta situación, para potenciar el desarrollo de la investigación en taxonomías enfermeras será relevante considerar:



- Los programas marco de investigación.
- Las estructuras de conexión para configurar y/o potenciar equipos.
- Las convocatorias de apoyo a la investigación.

Asimismo, hay que tener en cuenta que toda la investigación se debe desarrollar considerando tanto los métodos y técnicas cuantitativas como cualitativas. Es igual de importante disponer de datos epidemiológicos (extraídos a partir de grandes muestras que favorezcan la configuración de clusters y perfiles de problemáticas susceptibles de ser abordadas mediante planes de cuidados estandarizados) que disponer de datos ideográficos que permitan comprender las relaciones funcionales y estructurales de las respuestas humanas frente a la salud y a la enfermedad, respetando la singularidad bio-psico-social-espiritual de cada ser humano.

Desde AENTDE queremos transmitir este mensaje con fuerza. Y si tuviéramos que desglosar la importancia de la investigación en *slogans*, algunos de los principales titulares deberían de ser:

Investigación igual a acción. Si tienes ganas de investigar ya puedes empezar (leer, pensar, documentarte, generar ideas, pensar como las podrías desarrollar, con quien, donde, cuando, ...)

Las taxonomías requieren investigación (analízalas, haz propuestas de mejora, aplícalas en tu ámbito de desarrollo profesional, intercambia información con colegas de diversos contextos,....).

Todos los enfoques de investigación aportan información (utiliza el método y /o la técnica que consideres más adecuada, divulga tus resultados y aplica la evidencia para potenciar cuidados de máxima calidad).

Tu y yo, ya somos dos: AENTDE quiere sumar (tus avances científicos y los míos, juntos suman más; toma y da; intercambia y comparte).

Desde hoy hacía el pasado y desde hoy hacía el futuro, AENTDE te acompaña (utiliza lo que ya se sabe, respeta lo que se ha construido pero piensa que el futuro de las taxonomías ha de mejorar tanto en la cantidad como en la calidad de la investigación).

Investigar y gestar conocimiento es propio de AENTDE (contacta con nosotras, responde cuando contactemos y hagamos proyectos de investigación que ayuden a avanzar en el desarrollo de los lenguajes estandarizados en nuestra profesión).

En el symposium que estamos desarrollando AENTDE ha creado un nuevo espacio *Speed Networking* que puede servir para intercambiar ideas y establecer contactos para hacer avanzar la investigación en taxonomías enfermeras. Los ingredientes básicos para investigar son tres: personas, ideas y motivación. Si a esto se le añade el apoyo institucional y los recursos materiales, el espacio para investigar es el ideal. Desde AENTDE trabajamos desde el espacio real (lo que hay en estos momentos) hacía la meta de conseguir acercarnos al máximo posible hacía el espacio ideal de la investigación en taxonomías enfermeras: un espacio en el que hay sitio para todas las enfermeras y enfermeros que quieran estar y en el que se investiga desde el respeto y la reflexión, con ganas de hacer avanzar la profesión.

Muchas gracias.

Referencias

- Bulechek, G.M., Butcher, H.K. y McCloskey, J. (2009). Clasificación de intervenciones de enfermería.(5ª ed.). Madrid: Elsevier
- Del Pino, R. y Ugalde, M. (1999). Líneas de investigación en diagnósticos enfermeros. *Enfermería Clínica*, 9(3), 115-120.
- Fehring, R.J. (1986). Validating diagnostic labels: standardized methodology. En M.E. Hurley (ed.), *Classification of nursing diagnoses. Proceedings of the sixth conference NANDA*. St. Louis: Mosby Company.
- Gordon, M. (1996). Diagnóstico enfermero. Proceso y aplicación. 3ª ed. Madrid: Mosby/Doyma.
- Guirao-Goris, J.A. (2001). Investigación en nomenclatura enfermera. En J.A. Guirao-Goris, R.E. Camaño y A. Cuesta (dirs.), *Diagnóstico de enfermería. Categorías, formulación e investigación* (pp. 127-162). España: Ediversitas Multimedia, SL.
- Luis, M.T. (dir.) (2008). *Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica* (8ª edic.). Barcelona: Masson.
- Lunney, M. (2010). Diagnósticos enfermeros e investigación. En T.H. Herdman (Ed.), *NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2009-2011* (pp. 32-36). Barcelona: Elsevier España.).
- Moorhead, S; Johnson, M; Maas, M; Swanson, E (2009). Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). (4ª ed). Madrid: Elsevier.
- Morilla Herrera JC, Morales Asencio JM, Martín Santos FJ, Cuevas Fernández-Gallego C. El juicio clínico enfermero: conjugación de modelo, lenguaje y efectividad de las intervenciones enfermeras (1a parte)». *Metas Enfermería*, 2005;8(10): 58-62.
- Morilla Herrera JC, Morales Asencio JM, Martín Santos FJ, Cuevas Fernández-Gallego C. El juicio clínico enfermero: conjugación de modelo, lenguaje y efectividad de las intervenciones enfermeras (2a parte). *Metas Enfermería*, 2006; 9(2): 6-12.
- Müller-Staub, M. (2009). Evaluation of the implementation of the Nursing Diagnosis, Interventions and Outcomes. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 20(1), 9-15.
- Porcel, A.M. (2011). *Construcción y validación de un sistema de evaluación del nivel de dependencia para el cuidado de pacientes hospitalizados*. Granada: Editorial de la Universidad de Granada, Tesis Doctoral. Disponible en: <http://digibug.ugr.es/bitstream/10481/19204/1/19902578.pdf>
- Scroggin, L.M. (2010). Proceso para el desarrollo de un diagnóstico enfermero aprobado por NANDA-I. En T.H. Herdman (Ed.), *NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2009-2011* (pp. 41-51). Barcelona: Elsevier España.
- Ugalde, M. y Rigol, A. (1995). *Diagnósticos de enfermería. Taxonomía NANDA. Traducción, revisión y comentarios*. Barcelona: Masson
- Whitley, G.G. (1999). Processes and methodologies for research validation of nursing diagnoses. *Nursing Diagnosis*, 10(1), 5-13.



Investigación en Resultados NOC

José Miguel Morales Asencio

Universidad de Málaga

Introducción

La investigación de resultados, según definió en 1997 la Agency for Healthcare Research and Quality de EEUU consiste en el estudio de los resultados finales de las intervenciones realizadas por los servicios sanitarios que tiene en cuenta la experiencia del profesional, las preferencias y valores de los pacientes y provee de evidencia científica para la toma de decisiones sanitarias (Morales Asencio, 2004). Más recientemente, la ha definido como aquella que persigue comprender el estadio final de una intervención o práctica sanitaria concreta, entendiendo como estadios finales los efectos que experimentan las personas que reciben atención sanitaria, con la particularidad de que en pacientes con enfermedad crónica, ante la imposibilidad de obtener estadios finales, el énfasis evaluativo se pone en la calidad de vida y en la mortalidad. El establecimiento de vínculos entre la atención prestada y los resultados que experimentan las personas ha permitido desarrollar métodos mucho más adecuados para monitorizar y mejorar la calidad de los servicios de salud (Agency for Healthcare Research and Quality, 2012)

Esta modalidad de investigación ha ido desarrollándose a gran velocidad y ya en 1992, MEDLINE indexaba el término MeSH como “investigación destinada a valorar la calidad y efectividad de la atención sanitaria, medida a través de la consecución de un punto final concreto o resultado”.

Un resultado, desde este punto de vista, ha de requerir algunas premisas (Nies et al., 1999):

- Son estadios finales.
- Requieren alguna acción para producirlos.
- Debe existir un componente temporal a través del cual, el proceso precede al resultado.

Se distinguen clásicamente, resultados poblacionales e individuales, en función del nivel de agregación de los mismos. Pero, en la determinación de la secuencia "causa-efecto/resultado", no es fácil establecer relaciones unívocas que definan de forma explícita resultados finales. Este hecho denominado por algunos autores como "zonas oscuras" intermedias que influirían en los resultados finales obliga, en la mayoría de las ocasiones, a hablar de *resultados intermedios* (Morales Asencio, 2004).

En la década de los noventa, comienzan a generarse los cimientos de la Clasificación de Resultados de Enfermería, como consecuencia de la confluencia del creciente movimiento de investigación en resultados que se fraguaba en EEUU y la coherencia conceptual que guardaba un sistema estandarizado de lenguaje enfermero sobre resultados, con los sistemas de lenguaje disponibles hasta la fecha (diagnósticos e intervenciones enfermeras). Así, el término resultado “sensible a la práctica enfermera” emergía en aquella época como aquellos estados variables de la persona, comportamientos o percepciones, muy concretos (con poco nivel de abstracción) que responden a la intervención enfermera (ML Maas, Johnson, & Morehead, 1996).

Tras casi veinte años de existencia de la investigación de resultados por un lado y de la creación y desarrollo de la NOC por otro... ¿en qué punto nos encontramos?... y, ¿hacia dónde debemos dirigirnos en los próximos años?

Marco de análisis

A lo largo de mi intervención me apoyaré en un marco de análisis para ir desgranando el estado de la cuestión, representado en la Fig. 1. Según este marco, los resultados primigeniamente son analizados en torno a la personas (usuarios de los servicios de salud como destinatarios de los resultados y profesionales como efectores de los mismos), pero también, sobre el propio sistema de Salud (desde una perspectiva de recursos disponibles para su consecución, o bien desde la óptica de cómo los entornos de práctica modelan esos resultados). En esta relación entre resultados, personas y sistemas, se situaría la generación de conocimiento y aspectos metodológicos en torno a los resultados .



Resultados y Sistemas

Recursos para la obtención de resultados

La investigación de resultados en el campo de los cuidados enfermeros, a partir de finales de la década de los noventa adquiere un giro crucial, de la mano de la incorporación de los enfoques de seguridad clínica a la gestión de los servicios de salud y de la necesidad de resolver aspectos vinculados a la gestión de recursos humanos



enfermeros que los clásicos y deficientes sistemas de clasificación de dependencia y niveles de cuidados no habían conseguido resolver en más de tres décadas de existencia (Porcel Gálvez, Morales Asencio, & Villaverde Gutiérrez, 2008). Así, se comienzan a llevar a cabo estudios con grandes muestras vinculando eventos adversos a la dotación de recursos humanos enfermeros. Se comienzan a desarrollar indicadores de resultados “negativos” sensibles a una “inadecuada práctica enfermera” (por falta de especialización, habilidades o por insuficiente dotación de efectivos). Needleman lleva a cabo uno de los primeros macro-estudios en esta línea y define un nuevo concepto de resultado sensible a la práctica enfermera, como un “estado, condición o percepción del paciente o cuidador familiar, reactiva a la intervención enfermera” (Needleman et al., 2011a) e incluye entre éstos, una lista de eventos adversos como neumonía nosocomial, infecciones urinarias, shock, hemorragia digestiva, estancia hospitalaria, caídas, mortalidad, fallo en el rescate.... La cadena de estudios posteriores genera un cuerpo de conocimiento centrado en “resultados negativos”, en detrimento de “resultados positivos”, debido fundamentalmente a que los eventos adversos son más fáciles de analizar en la medida en que se registran o infieren de los registros con relativa facilidad, al contrario que los resultados positivos, frecuentemente, menos registrados.

Los frutos de esta extensiva línea de estudio han devenido en una amplia muestra de investigaciones que han puesto de manifiesta una cada vez más sólida asociación entre niveles de plantilla enfermera y aparición de resultados adversos, la mayoría de ellos centrados exclusivamente en el entorno hospitalario. Así, es cada vez más incuestionable que el número de enfermeras influye determinantemente en los resultados asistenciales adversos (Clarke & Aiken, 2008; De Pedro Gómez J; et al., 2009; Duffield et al., 2011; Morales Asencio, Morilla Herrera, & Martín Santos, 2007; Needleman et al., 2011a; Twigg, Duffield, Bremner, Rapley, & Finn, 2012), habiéndose establecido cómo descubiertos iguales o superiores a 8 h respecto a la plantilla establecida se asocian a un aumento de la mortalidad (HR 1.02, IC95%: 1.01-1.03)(Needleman et al., 2011a).

Shever recientemente ha ido más allá del mero análisis superficial del número y cualificación de enfermeras y analizó la hipótesis de si estos resultados tenían que ver con el número directo de intervenciones de vigilancia. A través del análisis de los registros clínicos, pudo constatar que la vigilancia de las enfermeras sobre los pacientes, cuando ocurre por encima de 12 veces al día, reduce de forma significativa el riesgo de fallar en el rescate del paciente si hay complicaciones, con una OR de 0,52 (p=0,0058). Este factor parece estar muy vinculado a la cualificación de las enfermeras y de ahí todos los hallazgos previos de otros investigadores.

Pero también el liderazgo de las enfermeras ha sido analizado como factor determinante de los resultados asistenciales (Squires, Tourangeau, Spence Laschinger, & Doran, 2010; Wong & Cummings, 2007)

¿Qué papel puede jugar la NOC en este enfoque? ¿Es posible la utilización de criterios de resultados sensibles a la práctica enfermera al análisis de los recursos para la prestación de servicios?

El desarrollo de los Sistemas Estandarizados de Lenguaje Enfermero (SELEs) en la década de los noventa, ha permitido afrontar muchas lagunas en el plano más



conceptual, ya que son capaces de describir resultados sensibles a la práctica enfermera, están elaborados inductivamente a partir fuentes clínicas, sistemas de información de cuidados y comités de expertos, estar estructurados de forma taxonómica y ser capaces de describir estados de los pacientes, además de estar incluidos en múltiples sistemas de información y conjuntos mínimos básicos de datos a nivel internacional (Hyun & Park, 2002; Real Decreto 1093/2010, 2010). Si, desde la publicación en nuestro país del Real Decreto 1093/2010 en el que se consolida la medición en los Conjuntos Mínimos Básicos de Datos (CMBDs) de SELEs, es legalmente posible la recogida sistemática de criterios de resultado NOC a partir de los datos asistenciales, se abre un inmenso espacio de investigación sobre grandes bases de datos, que mediante técnicas adecuadas de data mining, ajuste de riesgos y otras técnicas analíticas permitirán abordar este reto. Además, esta utilización de la NOC superaría una limitación del conocimiento actual: no solo se dispondría de resultados “negativos”, sino también de resultados “positivos”. Una adecuada explotación de criterios de resultado NOC ajustado por tipos de paciente y complejidad, permitiría abordar evaluaciones del desempeño de instituciones, servicios, centros, vinculables o no a la financiación de los mismos, efectuar benchmarking entre proveedores de servicios, hacer análisis de ajuste de otros sistemas de imputación del case-mix,...y una interminable lista de posibles explotaciones.

¿Qué es necesario investigar para este fin? Conocer en profundidad la capacidad explicativa de las NOC, su validez de constructo para reflejar las situaciones que pretenden describir y avanzar en la realización de grandes estudios multicéntricos descriptivos que permitan disponer de un marco de análisis lo suficientemente grande y solvente y, por encima de todo, que las enfermeras lo utilicen en su práctica clínica y las organizaciones gestionen adecuadamente su potencial.

Resultados y entornos de práctica

Pero, no sólo el número de enfermeras ha mostrado esta asociación con resultados adversos, sino que los entornos de práctica también han mostrado una fuerte asociación con la mortalidad, los reingresos, el fallo en el rescate o las infecciones en múltiples estudios y contextos a nivel internacional (Lucero, Lake, & Aiken, 2010; Needleman et al., 2011b).

Los pacientes ingresados en hospitales en los que las enfermeras perciben que hay un buen entorno de práctica tienen menor mortalidad (OR: 0,80; IC al 95%: 0,67 a 0,97) (Schubert, Clarke, Aiken, & de Geest, 2012). Recientemente, uno de los estudios más extensos realizados hasta el momento sobre este tema, que combinaba 33.659 enfermeras, 11.318 pacientes de Europa y 27.509 enfermeras y 120.000 pacientes en EEUU, ha revelado cómo las enfermeras con peores entornos de práctica informaban de una peor calidad de los cuidados prestados en sus centros (OR: 0,56, IC al 95%: 0,51 a 0,61)(Aiken et al., 2012).

La importancia del estudio de estos fenómenos radica en que, aunque la mayoría de intervenciones enfermeras se producen de forma individualizada en una relación enfermera-paciente, es cierto que el ejercicio tiene lugar en organizaciones que imprimen su “carácter” a los profesionales y cuentan con una cultura que se acaba



instalando en la conciencia de éstos, modelando sus decisiones, acciones y provocando “modos de cuidar” o seguimiento a determinados estilos de práctica.

Por lo tanto, las enfermeras se identifican con normas, valores y vías de comunicación que establecen distintos grupos en las organizaciones (Brennan & Anthony, 2000) unas veces formales y otras informales con las consecuencias que ello tiene tanto para pacientes como para los propios profesionales.

Se han determinado algunos factores clave del entorno de práctica que influyen en resultados positivos para pacientes y enfermeras, muchos de ellos procedentes de los estudios sobre hospitales magnéticos desarrollados a lo largo de las dos últimas décadas en EE.UU. Se han identificado ocho dimensiones reconocidas por las propias enfermeras como esenciales para la calidad de la atención (Kramer & Schalenberg, 2004): apoyo para la formación, ejercer junto a otras enfermeras de gran competencia clínica, relaciones positivas entre médicos y enfermeras, autonomía de la práctica enfermera, cultura centrada en el paciente, control de las enfermas sobre su práctica, percepción de una dotación adecuada de plantilla y apoyo de los gestores enfermeros. La autonomía y el control sobre la práctica han sido dos de las dimensiones más relevantes a lo largo de los múltiples estudios que se han llevado a cabo sobre el tema (Kramer & Schmalenberg, 2008; Weston, 2009).

Durante los últimos 20 años se han propuesto múltiples instrumentos destinados a evaluar el entorno de la práctica enfermera, la mayoría orientados al entorno hospitalario, existiendo más de una docena de instrumentos diseñados para conocer variables sobre la cultura, clima y entorno de práctica enfermeras (Gershon, Stone, Bakken, & Larson, 2004).

El PES-NWI ha sido utilizado en estudios para diferentes entornos y contextos clínicos (Hanrahan, 2007; Liou & Cheng, 2009; Manojlovich & Laschinger, 2007; Moorer, Meterko, Alt-White, & Sullivan, 2010). En España el NWI ha sido utilizado en varios estudios con distintas versiones no validadas y adaptadas al contexto español (Eulalia et al., 2007; García Palacios, García Palacios, Vila Pérez, Torres Ramírez, & Moreno Álvarez, 2004; T, 2002) aunque sólo los últimos trabajos lo han hecho con versiones validadas en entorno español (de Pedro & Morales Asencio, 2009; de Pedro-Gómez & Morales Asencio, 2011).

En cuanto a la relación con los resultados asistenciales “negativos”, en nuestro medio, en un estudio realizado en el Hospital Costa del Sol, con 330 enfermeras y 1.830 pacientes, la variable de entornos de práctica se asociaba inversamente con la mortalidad, ($p=0,025$), los reingresos ($p=0,040$) y las infecciones ($p=0,037$), (Canca Sánchez, Morales Asencio, & Morales Gil, 2012). Ahora bien, aunque disponemos de análisis de entornos de práctica en contexto español, no se han realizado hasta ahora estudios que vinculen este factor a resultados sensibles a la práctica enfermera “positivos” y desconocemos cómo se relacionan los resultados NOC con los entornos de práctica. Esta línea es necesario explorarla ya que ya sabemos qué factores producen resultados negativos, pero, su ausencia no es garantía de que se produzcan resultados positivos...Incluso, más allá, se podrían llegar a determinar ingredientes de los entornos que conducen a resultados positivos más intensos que otros, con los



incuestionables beneficios que ello reportaría desde el punto de vista de la gestión de cuidados y la búsqueda de la excelencia.

Resultados y Personas

Resultados y usuarios de los Servicios de Salud

Uno de los espacios más atractivos en la investigación de resultados es el que se centra en los resultados informados por los pacientes (PRO). Los PRO son informes del estado de la salud de los pacientes informados por ellos mismos, sin mediación de ningún profesional, que pueden ser medidos en términos absolutos (gravedad de un síntoma, signo o estado) o como el cambio de una medida previa (U.S. Department of Health and Human Services, Food and Drug Administration, Center for Drug Evaluation and Research (CDER), Center for Biologics Evaluation and Research (CBER), & Center for Devices and Radiological Health (CDRH), 2009). Los instrumentos que facilitan los PRO se diseñan para capturar conceptos relacionados con las experiencias de salud de los sujetos, cómo sienten o funcionan en relación con su enfermedad, condición o tratamiento (Lasch et al., 2010). Los PRO van más allá de la clásica evaluación de la supervivencia, la eficacia clínica tradicional o los eventos adversos. Valora conceptos más relevantes e importantes para la condición del paciente a través de cuestionarios que generan una puntuación representativa de dicha dimensión. Su uso creciente en los estudios experimentales está proliferando especialmente en los ensayos clínicos con medicamentos, para una mejor cuantificación de la efectividad de los mismos. La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es uno de los PROs más extendidos y que mayor desarrollo ha adquirido, entendida como la percepción subjetiva de la persona de los efectos de la enfermedad, tratamiento o situación vital en la vida diaria, bienestar y funcionalidad social psicológica y física. Un ejemplo de su extensión masiva puede observarse en el NHS británico que, desde 2009 ha introducido su uso regular antes y después de procedimientos como la cirugía de cadera y rodilla, hernias y varices (Barham & Devlin, 2011).

Pero, vistas las características de los PROs ¿acaso no reúne la NOC muchas de ellas?, ¿Puede la NOC ser una fuente inagotable de PROs? La NOC describe estadios y situaciones de las personas, a lo largo de cualquier etapa de la vida o situación de salud, vinculados a las respuestas humanas (diagnósticos enfermeros) y abarcan la integralidad de la persona. Sólo falta una premisa: su utilización directa por los pacientes y cuidadores. ¿Qué requisitos serían necesarios para ello? ¿Albergaría posibilidades? ¿Estamos ante otro enésimo episodio donde el resto de disciplinas sanitarias busca instrumentos sin mirar al conocimiento enfermero y las enfermeras, por otra parte, tendiéndolo disponible, no lo ponen a prueba para responder a estos retos?

Veamos cómo se generan conceptualmente y podremos comprobar que la NOC tiene todos los requisitos para este fin y que, posiblemente, se está perdiendo una oportunidad magnífica de aumentar la reserva de PROs para que los pacientes describan situaciones (o respuestas humanas). Los PROs deben dar cuenta del concepto que pretenden evaluar, adecuar clinicamente el número de ítems, estar amparados en un marco conceptual, tener claramente definidas las situaciones de



salud a las que se aplica, el modo de recolección de la información, las puntuaciones y balanceado los dominios y factores del instrumento, gozar de buena validez de aspecto, además de estar adaptados culturalmente al contexto donde se aplican. ¿Puede la NOC asumir estos retos? Perfectamente. Desde el punto de vista clinimétrico, no tiene ningún elemento que impida su sometimiento a los procesos de análisis factorial y, por tanto, superar gran parte de los requisitos detallados anteriormente. Conceptualmente, no es difícil enmarcar distintas NOCs en marcos teóricos subyacentes que les den suficiente validez de contenido ... ¿Cuál sería el paso definitivo? Su adaptación para el uso por los propios pacientes y cuidadores. Esta es otra línea de investigación prometedora que está por explorar y que debería estar ya en ebullición, dada la importancia que tienen las variables informadas por los pacientes en la evaluación de la efectividad de las intervenciones sanitarias e, incluso, en los procesos de tomas de decisiones compartidas o, por ejemplo, en los esquemas de gradación de recomendaciones en Guías de Práctica Clínica, como el sistema GRADE (Guyatt et al., 2011).

No hay que olvidar que el uso de métodos cualitativos en el desarrollo de PROs es una aproximación metodológica que puede añadir una solidez que los métodos cualitativos a veces no pueden alcanzar, en la búsqueda de autenticidad en el desarrollo de ítems que reflejen la percepción de la persona. El análisis del discurso de los propios protagonistas y su vinculación con los conceptos subyacentes no puede ser abordado mejor que con métodos cualitativos, debido al desarrollo que han alcanzado en propósitos de este tipo (Lasch et al., 2010).

Resultados y Profesionales

Absolutamente vinculado al desarrollo del análisis del desempeño institucional mediante NOCs, se desprende otro nicho potencial de análisis de resultados: la evaluación del desempeño profesional. Desde este punto de vista, la gestión de recursos humanos podría adquirir nuevas dimensiones ya que la evaluación del desempeño profesional, así como los sistemas de acreditación podrían beneficiarse enormemente de un sistema que es sensible a la intervención enfermera. De este modo, el análisis individualizado por profesionales o por agregaciones a distinto nivel de éstos, marcaría un escenario de valoración radicalmente distinto a muchos de los actuales sistemas de evaluación de rendimiento profesional. Imaginemos por un momento un Centro de Salud en el que se evalúa el nivel medio de la NOC “Manejo del régimen Terapéutico” en el cupo de pacientes de una enfermera de un determinado proceso (supongamos, por ejemplo, diabetes) y que en la evaluación anual de desempeño, presenta márgenes de mejora en su formación para el cuidado integral de estos pacientes. DE acuerdo con sus mandos intermedios, diseñan un plan de mejora personal de competencias en este campo y en evaluaciones posteriores, esta NOC mejora ostensiblemente en su cupo de diabéticos. Quizás este es el campo más difícil de explorar por la cantidad de variables modificadoras de efecto e intermedias que se sitúan entre el resultado final y el desempeño profesional, pero, metodológicamente es posible mediante diseños sólidos que utilicen modelos multivariantes y de análisis multinivel.

Resultados y conocimiento

En la generación de conocimiento en torno a los resultados no deja de producirse la paradoja que en general afecta al elenco teórico enfermero acuñado en el último medio siglo. Resulta contradictorio que, por un lado, se persista en la construcción de andamiaje conceptual centrado en modelos enfermeros con una visión holística, apoyados en el proceso enfermero como método de prestación de cuidados y en los sistemas estandarizados de lenguaje, que se oriente la formación curricular con arreglo a esta línea, que se fomente la formación y orientación de la práctica de las enfermeras clínicas según estos parámetros, que se desarrollen estrategias para su implementación en los Servicios de Salud y que no sean el instrumento básico del que se nutra la investigación aplicada sobre cuidados y, consecuentemente, alimenten las evidencias en torno a su utilidad clínica (Morilla Herrera, Morales Asencio, Martín Santos, & Cuevas-Fernandez-Gallego, 2006a).

Hay múltiples ejemplos de este fenómeno en la literatura en cuanto a la infrautilización de diagnósticos enfermeros en estudios de investigación, pero, también comienzan a observarse situaciones similares en la evaluación de resultados, como es el caso del estudio de Jansson y cols. (Jansson, Pilhammar-Andersson, & Forsberg, 2010), en el que pretendían analizar el impacto de planes de cuidados en resultados de los pacientes y emplearon como “resultados sensibles a la práctica enfermera” varios instrumentos, pero, en ningún caso la NOC. Otro ejemplo similar, es el estudio de Bobier et al. (Bobier, Dowell, & Swadi, 2009) que pretendía analizar el impacto de las intervenciones enfermeras en adolescentes con problemas de salud mental.

Esta “locura” de producir herramientas conceptuales que luego no van a ser utilizadas en la producción científica y en la explicación de fenómenos de la realidad, no lleva a otro sitio que al abandono tarde o temprano de esas herramientas, por su desconexión y falta de uso empírico.

Una revisión de Garbin y cols. en 2009 sobre la producción científica en torno a la NOC, encontró a lo largo de los 15 artículos seleccionados que la mayoría habían sido llevados a cabo en EEUU (73.4%). Los temas en los que se centró la investigación fueron el uso de la clasificación en la práctica clínica (40%), estudios de validación (indicadores, escalas....) (40%), traducción y adaptación de la NOC (6.6%), y su uso en sistemas informáticos (13.4%) (Garbin, Rodrigues, Ross, & de Carvalho, 2009).

La consecuencia es que cuando se hacen revisiones sistemáticas al respecto, los resultados son poco alentadores, debido a las carencias metodológicas y a la ausencia de estudios al respecto. No obstante, en la revisión de Müller-Staub con 8 estudios en 1.497 pacientes, el uso de SELEs muestra una mejora en la calidad del registro clínico, aunque no se ha podido detectar una evidencia clara de mejora en los resultados asistenciales y, por tanto, es ineludible la realización de más investigación y con mayor solidez metodológica a la hora de establecer relaciones entre diagnósticos, intervenciones y resultados (Müller-Staub, 2009).

Uno de los usos más innovadores en los últimos tiempos tiene que ver con el uso de la NOC como instrumento de ayuda al diagnóstico enfermero, en el que nuestro país ha sido pionero (Morilla Herrera, Morales Asencio, Martín Santos, & Cuevas-Fernandez-Gallego, 2006b, 2006c; Morilla-Herrera, Morales-Asencio, Fernández-Gallego, Berrobiano Cobos, & Delgado Romero, 2011), aunque comienzan a emerger iniciativas



similares en otros contextos (Amorim Beltrão, da Silva, de Araujo, & de Oliveira Lopes, 2011).

En este sentido, nuestro equipo investigador inició en 2002 una línea de investigación basada en la hipótesis de que los indicadores de los resultados de la NOC podían convertirse en auténticos “descriptores” sensibles y específicos, de las manifestaciones y factores relacionados de muchos diagnósticos de la NANDA y convertirse así, en verdaderos instrumentos de ayuda al diagnóstico enfermero. Durante estos años, hemos desarrollado algoritmos de decisión basados en este marco de razonamiento, mediante técnicas de consenso y revisión por pares con enfermeras expertas en toda la comunidad andaluza, creando asociaciones entre indicadores, factores relacionados y características definitorias de la NANDA en una veintena de diagnósticos. En una segunda fase empírica, se evaluó la validez diagnóstica empírica de uno de estos instrumentos (al que denominamos GIPS-3, porque usaba tres indicadores NOC para la valoración del diagnóstico Gestión Ineficaz de la Propia Salud) en el caso concreto de la Gestión Ineficaz de la Propia Salud, con una sensibilidad del 72% y una especificidad del 70% en pacientes crónicos de Atención Primaria (Morilla-Herrera et al., 2011). Posiblemente, el futuro del razonamiento diagnóstico pase por esta vía que no ha hecho más que comenzar.

Aunque ya han ido saliendo a lo largo de la exposición diversos aspectos metodológicos que la NOC debe asumir, hay uno que cobra especial relevancia por la incertidumbre que genera en las enfermeras clínicas cuando la utilizan en su práctica diaria. Son los aspectos relacionados con la fiabilidad (bien sea interobservador, test-retest, o la consistencia interna). Curiosamente ha sido uno de los aspectos metodológicos más analizados desde los inicios de la clasificación.

En general, abundan los estudios en los que se constata una fiabilidad interobservador más que aceptable, como los originales de Maas et al. (Meridean Maas, Johnson, Moorhead, Reed, & Sweeney, 2003), o los de Morilla-Herrera y cols. con fiabilidades superiores al 0,7 (Morilla-Herrera et al., 2011) o de Porcel y Morales (Porcel-Gálvez & Morales Asencio, 2012), con fiabilidades en torno al 0,9. No obstante, también hay estudios realizados en nuestro medio como los de Fernández Salazar et al. en los que la fiabilidad interobservador para la NOC “Conocimiento: resultados de salud” obtuvo discretos valores de 0.56 (95% CI=0.36-0.71) (Fernández-Salazar, Pancorbo-Hidalgo, & Ramos-Morcillo, 2011).

La consistencia interna sí ha sido en la mayoría de estudios más que elevada, lo que muestra la alta pertinencia de los indicadores, con valores siempre superiores a 0,85 y dice mucho del acierto en el proceso de construcción de los distintos criterios de resultado desde su génesis (Fernández-Salazar et al., 2011; Morilla-Herrera et al., 2011; Porcel Gálvez et al., 2008).

Desde el punto de vista de la validez de criterio, también es importante conocer cómo se comporta la NOC frente a instrumentos conceptualmente similares. En los distintos estudios que hemos llevado a cabo por parte de nuestro grupo de investigación, las correlaciones han sido bastante bajas y, a veces, inversas, en el caso del GIPS-3 y el test de Morisky-Green o indicadores sobre la salud del cuidador familiar y el índice de Esfuerzo del Cuidador (Morilla-Herrera et al., 2011).



métodos analíticos que tienen en cuenta las diferentes tipologías de agregación presentes en los entornos de práctica como los análisis multinivel, o los modelos lineales generales, permiten superar esta importante limitación y deben ser incorporados a los estudios sobre utilización de la NOC en las organizaciones (Adewale et al., 2007)

Bibliografía

- Adams, S. G., Smith, P. K., Allan, P. F., Anzueto, A., Pugh, J. A., & Cornell, J. E. (2007). Systematic review of the chronic care model in chronic obstructive pulmonary disease prevention and management. *Archives of Internal Medicine*, *167*(6), 551–561. doi:10.1001/archinte.167.6.551
- Adewale, A. J., Hayduk, L., Estabrooks, C. A., Cummings, G. G., Midodzi, W. K., & Derksen, L. (2007). Understanding hierarchical linear models: applications in nursing research. *Nursing Research*, *56*(4 Suppl), S40–46. doi:10.1097/01.NNR.0000280634.71278.a0
- Agency for Healthcare Research and Quality. (2012). Outcomes research: fact sheet.
- Aiken, L., Sermeus, W., Van den Heede, K., Sloane, D. M., Busse, R., McKee, M., Bruyneel, L., et al. (2012). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, *344*, e1717.
- Amorim Beltrão, B., da Silva, V. M., de Araujo, T. L., & de Oliveira Lopes, M. V. (2011). Clinical indicators of ineffective breathing pattern in children with congenital heart diseases. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications: The Official Journal of NANDA International*, *22*(1), 4–12. doi:10.1111/j.1744-618X.2010.01169.x
- Barham, L., & Devlin, N. (2011). Patient-reported outcome measures: implications for nursing. *Nursing Standard (Royal College of Nursing (Great Britain): 1987)*, *25*(18), 42–45.
- Bobier, C., Dowell, J., & Swadi, H. (2009). An examination of frequent nursing interventions and outcomes in an adolescent psychiatric inpatient unit. *International Journal of Mental Health Nursing*, *18*(5), 301–309. doi:10.1111/j.1447-0349.2009.00618.x
- Brennan, P. F., & Anthony, M. K. (2000). Measuring Nursing Practice Models using Multi-Attribute Utility theory. *Research in Nursing & Health*, *23*(5), 372–382.
- Canca Sánchez, J., Morales Asencio, J., & Morales Gil, I. (2012). *Entornos de práctica, competencia profesional en profesionales enfermeros de atención especializada y resultados de la atención sanitaria*. Málaga.
- Clarke, S. P., & Aiken, L. H. (2008). An international hospital outcomes research agenda focused on nursing: lessons from a decade of collaboration. *Journal of Clinical Nursing*, *17*(24), 3317–3323. doi:10.1111/j.1365-2702.2008.02638.x
- de Pedro Gómez, J., Morales Asencio J. M., Sesé Abad A., Bennasar Venny M., Artiguez Vives G., & Pericas Beltrán J. (2009). Validación y adaptación al español de la escala del entorno de práctica enfermera del Nursing Work Index. *Metas de enfermería*, *12*(7), 65–75.



- Lasch, K. E., Marquis, P., Vigneux, M., Abetz, L., Arnould, B., Bayliss, M., Crawford, B., et al. (2010). PRO development: rigorous qualitative research as the crucial foundation. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 19(8), 1087–1096. doi:10.1007/s11136-010-9677-6
- Liou, S.-R., & Cheng, C.-Y. (2009). Using the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index on Asian nurses. *Nursing Research*, 58(3), 218–225. doi:10.1097/NNR.0b013e3181a308cd
- Lucero, R. J., Lake, E. T., & Aiken, L. H. (2010). Nursing care quality and adverse events in US hospitals. *Journal of Clinical Nursing*, 19(15-16), 2185–2195. doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03250.x
- Maas, ML, Johnson, M., & Morehead, S. (1996). Classifying nursing-sensitive patient outcomes. *Image: The Journal of Nursign Scholarship*, 28, 295–301.
- Maas, Meridean, Johnson, M., Moorhead, S., Reed, D., & Sweeney, S. (2003). Evaluation of the reliability and validity of nursing outcomes classification patient outcomes and measures. *Journal of Nursing Measurement*, 11(2), 97–117.
- Manojlovich, M., & Laschinger, H. (2007). The Nursing Worklife Model: extending and refining a new theory. *Journal of Nursing Management*, 15(3), 256–263. doi:10.1111/j.1365-2834.2007.00670.x
- Moorer, O. W., Meterko, M., Alt-White, A. C., & Sullivan, J. L. (2010). Adding a Nursing Information Technology Subscale to the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index. *Research in Nursing & Health*, 33(1), 48–59. doi:10.1002/nur.20360
- Morales Asencio, J. (2004). Investigación de resultados: el camino hacia la efectividad de los cuidados. *Index de Enfermería*, 12(44-45), 37–41.
- Morales Asencio, J., Morilla Herrera, J., & Martín Santos, F. (2007). ¿Gestión de riesgos o el riesgo de una mala gestión? La variabilidad en la ratio enfermera-paciente también influye en los resultados de hospitales europeos. *Evidentia*, 4(16).
- Morales-Asencio, J. M., Gonzalo-Jiménez, E., Martín-Santos, F. J., Morilla-Herrera, J. C., Celdraán-Mañas, M., Carrasco, A. M., García-Arrabal, J. J., et al. (2008). Effectiveness of a nurse-led case management home care model in Primary Health Care. A quasi-experimental, controlled, multi-centre study. *BMC Health Services Research*, 8, 193. doi:10.1186/1472-6963-8-193
- Morilla Herrera, J., Morales Asencio, J., Martín Santos, F., & Cuevas-Fernandez-Gallego, M. (2006a). El juicio clínico enfermero: conjugación de modelo, lenguaje y efectividad de las intervenciones enfermeras. *Metas de Enfermería*, 8(10), 58–63.
- Morilla Herrera, J., Morales Asencio, J., Martín Santos, F., & Cuevas-Fernandez-Gallego, M. (2006c). El juicio clínico enfermero: conjugación de modelo, lenguaje y efectividad de las intervenciones enfermeras (y II). *Metas de Enfermería*, 9(2), 6–12.
- Morilla-Herrera, J., Morales-Asencio, J., Fernández-Gallego, M., Berrobiano Cobos, E., & Delgado Romero, A. (2011). Utilidad y validez de un instrumento basado en indicadores de la Nursing Outcomes Classification como ayuda al diagnóstico de pacientes crónicos de Atención Primaria con gestión ineficiente de la salud propia. *Anales Del Sistema Sanitario De Navarra*, 34(1), 51–61.
- Müller-Staub, M. (2009). Evaluation of the implementation of nursing diagnoses, interventions, and outcomes. *International Journal of Nursing Terminologies and*



Classifications: *The Official Journal of NANDA International*, 20(1), 9–15.
doi:10.1111/j.1744-618X.2008.01108.x

Needleman, J., Buerhaus, P., Pankratz, V. S., Leibson, C. L., Stevens, S. R., & Harris, M. (2011a). Nurse staffing and inpatient hospital mortality. *The New England Journal of Medicine*, 364(11), 1037–1045. doi:10.1056/NEJMsa1001025

Nies, M. A., Cook, T., Bach, C. A., Bushnell, K., Salisbury, M., Sinclair, V., & Ingersoll, G. L. (1999). Concept analysis of outcomes for advanced practice nursing. *Outcomes Management for Nursing Practice*, 3(2), 83–86.

Pedro-Gómez, J. de, Morales-Asencio, J. M., Sesé Abad, A., Bennisar Veny, M., Artigues Vives, G., & Perelló Campaner, C. (2011). Entorno de práctica de los profesionales de enfermería y competencia para la incorporación de la evidencia a las decisiones: situación en las Islas Baleares. *Gaceta Sanitaria*, 25(3), 191–197. doi:10.1590/S0213-91112011000300004

Porcel Gálvez, A., Morales Asencio, J., & Villaverde Gutiérrez, C. (2008). Medida del nivel de dependencia en cuidados enfermeros. Preliminares de una propuesta metodológica. *Scientia*, 13, 131–135.

Porcel-Gálvez, A., & Morales Asencio, J. (2012). Design and validation of the INICIARE instrument, for the assessment of dependency level in acutely ill hospitalised patients. *Int J Nurs Studies*, en revisión.

Real Decreto 1093/2010. (2010, September 16). de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud. BOE núm. 225 de 16 de septiembre de 2010.

Rojas-Sánchez, O. A., Rueda-Díaz, L. J., Vesga-Gualdrón, L. M., Orozco-Vargas, L. C., Forero-Bulla, C. M., & Camargo-Figuera, F. A. (2009). [Effectiveness of the nursing interventions for the diagnosis “ineffective management of therapeutic regimen”]. *Enfermería Clínica*, 19(6), 299–305. doi:10.1016/j.enfcli.2009.05.005

Schubert, M., Clarke, S. P., Aiken, L. H., & de Geest, S. (2012). Associations between rationing of nursing care and inpatient mortality in Swiss hospitals. *International Journal for Quality in Health Care: Journal of the International Society for Quality in Health Care / ISQua*. doi:10.1093/intqhc/mzs009

Squires, M., Tourangeau, A., Spence Laschinger, H. K., & Doran, D. (2010). The link between leadership and safety outcomes in hospitals. *Journal of Nursing Management*, 18(8), 914–925. doi:10.1111/j.1365-2834.2010.01181.x

T, F. (2002). Entorno clínico de la enfermera hospitalaria. *Enfermería clínica*, 12(1), 13–21.

Torres-Pérez, L., & Morales Asencio, J. (2012). Impacto del autocuidado y manejo terapéutico en la utilización de los recursos sanitarios urgentes por pacientes crónicos. Estudio de cohortes. *Emergencias*, en preparación.

Twigg, D., Duffield, C., Bremner, A., Rapley, P., & Finn, J. (2012). Impact of skill mix variations on patient outcomes following implementation of nursing hours per patient day staffing: a retrospective study. *Journal of Advanced Nursing*. doi:10.1111/j.1365-2648.2012.05971.x

U.S. Department of Health and Human Services, Food and Drug Administration, Center for Drug Evaluation and Research (CDER), Center for Biologics Evaluation and Research (CBER), & Center for Devices and Radiological Health (CDRH). (2009). Guidance for

Industry Patient-Reported Outcome Measures: Use in Medical Product Development to Support Labeling Claims. Retrieved from <http://www.fda.gov/downloads/Drugs/GuidanceComplianceRegulatoryInformation/Guidances/UCM193282.pdf>

Weston, M. J. (2009). Validity of instruments for measuring autonomy and control over nursing practice. *Journal of Nursing Scholarship: An Official Publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing / Sigma Theta Tau*, 41(1), 87–94. doi:10.1111/j.1547-5069.2009.01255.x

Wong, C. A., & Cummings, G. G. (2007). The relationship between nursing leadership and patient outcomes: a systematic review. *Journal of Nursing Management*, 15(5), 508–521. doi:10.1111/j.1365-2834.2007.00723.x

inadecuado hablar de miedo a la muerte cuando nadie puede saber exactamente lo que es estar muerto [4]. Como mucho, los individuos podrán experimentar miedo con respecto a aspectos específicos de la muerte, como sus causas o el proceso de morir, pero la experiencia de estar realmente muerto es desconocida y, por tanto, las reacciones de aprensión hacia ella deben ser consideradas como ansiedad [5].

A la luz de esta conceptualización teórica se planteó la necesidad de diseñar un proyecto cuyo objetivo fuese la modificación y adecuación de la etiqueta diagnóstica y características definitorias propuestas por NANDA para la *ansiedad ante la muerte*, así como la formulación de los factores relacionados pendientes de desarrollar.

Como primer paso para la elaboración del proyecto se realizó una revisión sistemática y exhaustiva de la literatura científica existente sobre el tema, que permitió establecer el diseño de una nueva definición para la etiqueta diagnóstica *Ansiedad ante la Muerte*.

Consecuentemente a los razonamientos anteriormente planteados, en contraposición a la etiqueta propuesta por NANDA se propuso la de: *Sensación inespecífica de incomodidad o malestar producida por la percepción de una amenaza, real o imaginada, a la propia existencia*.

A partir de la redefinición de la etiqueta diagnóstica se procedió a realizar un análisis minucioso de las 16 características definitorias originalmente propuestas para la etiqueta diagnóstica, de cuyo análisis se derivó la desestimación de aquellas que no se consideraron adecuadas conceptualmente, así como la inclusión de nuevas aportaciones que se identificaron como pertinentes.

Paralelamente, se trabajó en el desarrollo de los factores relacionados de la etiqueta diagnóstica, que en la clasificación de NANDA 2000-20001 estaban pendientes de elaboración. La formulación de estos factores está inspirada en el planteamiento teórico propuesto por Donald Templer, uno de los autores que en los últimos 30 años ha trabajado de forma más exhaustiva el tema de la ansiedad ante la muerte. Templer, en su *teoría de los dos factores de la ansiedad ante la muerte* [6], plantea que hay dos determinantes generales: el estado de salud psicológica del individuo y sus experiencias personales en relación a la muerte; sugiriendo que la salud psicológica estaría más relacionada con la generación interna de ansiedad, mientras que las experiencias personales se relacionarían con la generación externa. En trabajos posteriores [7, 8], Templer insiste en hacer una diferenciación de los factores que generan ansiedad ante la muerte clasificándolos en internos (sentimientos, creencias, etc.) y externos (ambientales y situacionales).

En la reunión del Comité de Revisión de Diagnósticos de febrero de 2005, NANDA sometió a consideración la propuesta realizada en relación a la etiqueta diagnóstica *Ansiedad ante la Muerte*, aceptando, tanto la modificación de la definición de la etiqueta diagnóstica como la inclusión de los factores relacionados que el grupo de investigación había elaborado. En cuanto a las características definitorias, el Comité de revisión decide mantener, aunque introduciendo algunas modificaciones respecto a su formulación primitiva, las establecidas originalmente. De hecho, la propia organización comunica que sin esta revisión, que contribuye a favorecer la comprensión de la etiqueta, así como su aplicación en los planes de cuidados enfermeros, la etiqueta



diagnóstica habría sido retirada en la próxima publicación de la taxonomía en el 2007-2008.

En la 4ª Biennial Conference de NANDA, NIC and NOC Alliance celebrada en marzo de 2006, el Comité de Revisión de Diagnósticos somete a la consideración de la Asamblea la propuesta de revisión que es aprobada sin más modificaciones. En consecuencia, la etiqueta diagnóstica figurará con sus características definitorias y factores relacionados, en la edición del 2007 del Libro de Diagnósticos de Enfermería de la NANDA.

La aceptación por parte de NANDA de la revisión de la etiqueta diagnóstica *Ansiedad ante la muerte* supone, en nuestra opinión, un reconocimiento implícito de la necesidad de incorporar en los planes de cuidados de enfermería aquellos aspectos relacionados con la percepción emocional de la idea de la muerte.

Temor al proceso de morir como diagnóstico de enfermería

Aunque la diferencia entre la *ansiedad ante la muerte* y el *temor a la muerte*, anteriormente citada, pueda parecer poco importante, desde el punto de vista de los cuidados enfermeros consideramos fundamental establecer esta distinción a la hora de planificar los cuidados específicos que faciliten el desarrollo de estrategias de afrontamiento, ya que las intervenciones deberán ser diferentes cuando estén destinadas a tratar el miedo objetivo al dolor o al sufrimiento que acompaña al proceso de morir (*temor al proceso de morir*) que cuando las manifestaciones estén asociadas a la ansiedad que provoca la idea subjetiva de la muerte como estado irreversible e inevitable (*ansiedad ante la muerte*) [9].

En consecuencia, consideramos que mientras la etiqueta *ansiedad ante la muerte* se refiere a aquellas situaciones experimentadas ante la idea de la propia muerte, el estado emocional manifestado como la anticipación del sufrimiento, dolor y pérdidas que acompañan el proceso de morir, debería etiquetarse como *temor al proceso de morir* y no como *temor a la muerte* ya que es inadecuado asociar el miedo a estímulos no objetivables o de naturaleza desconocida.

En este contexto, en la actualidad estamos trabajando en el desarrollo de la etiqueta diagnóstica "*temor al proceso de morir*" así como sus características definitorias y factores relacionados.

Propuesta conceptual

A partir de la revisión de la literatura y de la experiencia clínica y docente de los componentes del equipo investigador y por consenso se propone:

Etiqueta diagnóstica: *Temor al proceso de morir*

Definición: *Aprensión, preocupación o malestar relacionados con el dolor, el sufrimiento, las pérdidas, la incapacidad o dependencia que implica el proceso de morir y la agonía.*

Características definitorias:

Preocupación por el dolor y sufrimiento

Aprensión por la incapacidad

Preocupación por las pérdidas

Impotencia ante el deterioro físico

Impotencia ante el deterioro mental

Preocupación por la falta de control del proceso de muerte
Preocupación por dejar asuntos pendientes
Búsqueda del sentido del proceso de morir
Preocupación por la dependencia asociada al proceso de morir
Preocupación por suponer una carga para la familia
Sentimiento de pérdida de dignidad
Preocupación por la pérdida de capacidad para la toma de decisiones
Preocupación por el tiempo que queda de vida
Preocupación por la sobrecarga que supone para el cuidador
Preocupación por el sufrimiento que provoca en la familia
Preocupación por el respeto a sus propias decisiones relativas al proceso de morir.

Factores relacionados:

Incertidumbre acerca del dolor que acompaña el proceso de morir
Impacto que supone el proceso de morir en las personas allegadas
Incapacidad para gestionar adecuadamente las emociones que provoca el proceso de morir
Sentimiento de fracaso en el rol familiar
Afrontamiento de un proceso terminal
Necesidad de encontrar sentido a la vida y al proceso de morir
Necesidad de resolver asuntos pendientes
Incertidumbre sobre el tiempo que queda de vida
Incertidumbre sobre las decisiones que los demás tomaran relacionadas con su proceso de muerte
Dependencia en relación a los cuidados que se precisen en el proceso de morir
Pérdida de capacidades físicas
Pérdida de capacidades mentales
Pérdida de la capacidad de ejercer control sobre la situación
Distrés familiar
Expectativas de vida cortas
Experiencias previas negativas relacionadas con el proceso de morir de otros
Sobrecarga del cuidador

Proceso de validación

La validación de la etiqueta diagnóstica, características definitorias y factores relacionados se realizará en base a la opinión de un panel de expertos formado por profesionales relacionados con el ámbito de los Cuidados Paliativos que pertenecen a distintas disciplinas profesionales: enfermería, medicina, psicología, trabajo social y asistencia religiosa.

El instrumento elegido es un cuestionario que permite categorizar los factores relacionados, características definitorias y definición de la etiqueta diagnóstica; la categorización se realizará mediante una escala tipo Likert [10, 11] con valores entre uno y cinco, correspondiendo el uno a la consideración “muy adecuado” y el cinco a la de “totalmente inadecuado”, teniendo previsto eliminar aquellas propuestas que alcancen una puntuación mediana igual o inferior a 3. Los expertos contestarán los cuestionarios y una vez recibida la información se realizará un nuevo cuestionario



basado en los resultados del anterior para ser contestado de nuevo; este proceso se repetirá las veces que sean necesarias. Finalmente, los responsables de la investigación elaborarán las conclusiones definitivas que reflejarán el máximo consenso.

Los resultados de este trabajo se comunicarán a NANDA solicitando la inclusión en su taxonomía de la nueva etiqueta diagnóstica.

Conclusiones

La atención de enfermería a los aspectos emocionales, especialmente aquellos que acompañan el proceso de morir, comporta considerables dificultades [12]; el pensamiento y la conciencia de la muerte, que son características exclusivamente humanas, conllevan reacciones de desesperación y miedo [2] que pueden condicionar el proceso y precisar de una especial atención dentro del desarrollo del plan de cuidados de enfermería [13].

En este contexto la propuesta de la etiqueta diagnóstica *temor al proceso de morir* se justifica por el interés que puede suponer la concreción y adecuación de los cuidados designados a las personas que se encuentran en proceso de morir.

Referencias

- Limonero JT. Ansiedad ante la muerte. *Ansiedad y Estrés* 1997;3(1):37-46.
- Tomas-Sábado J, Gómez-Benito J. Variables relacionadas con la ansiedad ante la muerte. *Rev Psicol Gral Aplic* 2003;56(3):251-273.
- Gómez-Benito J, Hidalgo MD, Tomás-Sábado J. Análisis del funcionamiento diferencial de los ítems de la Escala de Ansiedad ante la Muerte de Templer. *Metodología de las Ciencias del Comportamiento* 2002;4(1):95-110.
- Rasmussen CH, Jhonson ME. Spirituality and religiosity: relative relationships to death anxiety. *Omega: J Death Dying* 1994;29(4):313-318.
- Kastenbaum R. *The psychology of death*. New York: The Guilford Press; 1992.
- Templer DI. Two factor theory of death anxiety: a note. *Essence* 1976;1(2):91-93.
- Lester D, Templer DI. Death anxiety scales: a dialogue. *Omega: J Death Dying* 1992-1993;26(4):239-253.
- Lonetto R, Templer DI. *Death anxiety*. Washington: Hemisphere Publishing; 1986.
- Tomás-Sábado J, Fernández-Narváez P, Fernández-Donaire L, Aradilla-Herrero A. Revisión de la etiqueta diagnóstica ansiedad ante la muerte. *Enferm Clin*. 2007; 17: 152-6.
- Fehring RJ. Validating diagnoses labels: Standardizing methodology. En Hurley M (ed). *Classification of nursing diagnoses: Proceedings of the sixth conference*. St Louis: NANDA; 1986; p. 183-90.
- Fehring RJ. Method to validate nursing diagnoses. *Heart&Lung*. 1987; 16: 625-29.
- Tomás-Sábado J, Guix E. Ansiedad ante la muerte: efectos de un curso de formación en enfermeras y auxiliares de enfermería. *Enferm Clín*. 2001; 11:
- Tomás-Sábado J, Aradilla A. Educación sobre la muerte en estudiantes de enfermería: eficacia de la metodología experiencial. *Enferm Científica*. 2001; 234-235: 65-72.



Validación de intervenciones NIC

José Luis Cobos Serrano

Enfermero Asesor del Consejo General de Enfermería de España

En 1987 Joanne McCloskey y Gloria Bulechek, iniciaron el camino hacia lo que hoy conocemos como la Clasificación de Intervenciones Enfermeras, la clasificación NIC. Crearon un grupo de investigación en la Universidad de Iowa, que permitió que en 1995 se creara el Centro para la Clasificación Enfermera, que en 2002, pasó a denominarse “Centro para la Clasificación Enfermera y efectividad clínica”. Y hoy, en el año 2012, contamos ya con cinco ediciones de esta clasificación, que pronto contará con su 6ª edición. Esto evidencia el progreso que Enfermería está realizando en este ámbito y su preocupación por crecer en el área de la investigación, en un campo tan amplio, como lo es el de la terminología y el lenguaje enfermero.

Debemos recordar la definición que en su día estableció la clasificación NIC para denominar a una intervención: *“Todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente”*. En primer lugar destacaremos que esta definición recoge “todo tratamiento”, por lo que podríamos considerar que sería equiparable a lo que otros autores han venido denominando “los cuidados”. En definitiva se trata de reconocer que las enfermeras tratamos al paciente. Durante años, ha persistido la idea de que nosotros no tratamos, sino que cuidamos, y quizás sea hora ya de preguntarnos ¿qué es eso de cuidar sin tratar?. La clave de todo ello puede estar en asumir que cada cual, cada profesional, trata, cuida, realiza acciones,... dentro de su ámbito de competencias. Por lo tanto las enfermeras establecen y llevan a cabo sus tratamientos, conforme a su ámbito de competencias. En segundo lugar, siguiendo con la definición de la propia NIC, nos dice que estos tratamientos deben estar basados en el “conocimiento y juicio clínico”. Empezando por la segunda parte, la importancia que confiere el tener un “juicio clínico” propio, es aquel que no confiere autonomía profesional. Nuevamente habrá que insistir que será en nuestro área de competencias. Lo importante a destacar es que debemos partir de este “juicio”, es decir del enjuiciamiento de las situación del paciente para decidir, por mí mismo, qué debo hacer, qué acciones debo llevar a cabo. Pero además debo basarme en el “conocimiento”, es decir, en lo que se ha descrito a través de la ciencia, de lo conocido, lo experimentado. No es un hacer por hacer. Es un llevar a cabo a sabiendas de que es lo estudiado para este determinado caso. En definitiva, aplicar la mejor evidencia científica disponible. Y por último destacar que todos estos tratamientos deben repercutir en el paciente, sobre el que queremos obtener un resultado. El mejor resultado posible. Por lo tanto, habrá que desechar lo superfluo, lo que no aporta valor a nuestro tratamiento. Y esto debe ser así, ya que de lo contrario, estaremos consumiendo tiempo, recursos, esfuerzos,... en vano, estaremos molestando al paciente/persona, y a demás las acciones no repercutirán en la mejora o sostenimiento de la situación de salud del paciente o persona.

Bajo esta perspectiva es desde donde debemos encuadrar la propuesta de nuevas intervenciones para la clasificación NIC.



Hasta el momento, en España hemos trabajado en la elaboración de propuestas de nuevas intervenciones o en la modificación de algunas de las existentes:

Cuidado de las heridas: quemaduras. H. Carlos Haya de Málaga. Jesús Bujalance Hoyos (5ª ed. NIC)

Manejo de la ventilación mecánica: invasiva (rev) y No invasiva (nueva)(5ª ed. NIC). Hospital de Montilla de Córdoba. Joaquín Blanca y Rafael Muñoz.

Infusión de progenitores hematopoyéticos. Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla. Francisco J Márquez. (6ª ed. NIC)

Identificación positiva del paciente. ASEPEYO. Mario Aquino. (6ª ed. NIC)

Cuidados de la úlceras tumorales. Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla. Mercedes Barroso Vázquez.

Marcaje del estoma. Grupo COF y CGE. José Luis Cobos.

Todo ello denota una gran preocupación por este tema y avala el interés por la clasificación NIC y su continuo desarrollo.

En España, según mi opinión, tenemos la gran suerte de contar ya con una normativa, que además de permitir el uso de la terminología y lenguajes enfermeros, afianza la expansión de las taxonomías NAN, NOC y NIC. Se trata del RD 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud. En él se establece como el lenguaje a utilizar en nuestros informes y en la propia historia clínica del paciente, las taxonomías anteriormente citadas.

Por todo ello, creo que España está contribuyendo de manera muy “sobresaliente” al uso y desarrollo de estas clasificaciones. Aunque, desde el punto de vista metodológico, mucho más importante se hace el uso de un lenguaje común, independientemente del instrumento utilizado para ello, es decir, independientemente de las taxonomías utilizadas, lo importante es que hemos conseguido implantar un forma de trabajo en la que ya, pocos se cuestionan, su viabilidad y aplicabilidad. No obstante, no por ello nos podemos dar por satisfechos y deberemos seguir trabajando para perfeccionarlo y adaptarlo a las necesidades reales que se las enfermeras viven en el día a día y la realidad asistencial.

Bajo estas premisas daré traslado a continuación sobre la metodología llevada a cabo para el desarrollo de una nueva intervención enfermera, construida desde España. Se trata de la intervención enfermera. Marcaje del Estoma.

Esta intervención debemos encuadrarla en un área muy concreta y “especializada” como es el de las enfermeras estomaterapeutas. En resumen, esta intervención trata de seleccionar en punto “idóneo” donde se le debe realizar un estoma a un paciente.

Para ello, en primer lugar se creo un grupo de expertos de unas 40 personas que en colaboración y coordinación desde el Consejo General de Enfermería de España, llevó a cabo todo el estudio de investigación. El grupo de expertos “Coloplast Ostomy Forum”, fue patrocinado por la empresa Coloplast Productos Médicos S.A.

El primer paso fue realizar una reunión con muchos de los expertos para explicarle el proyecto y unificar los criterios para la elaboración de una nueva intervención NIC. A Través de una lluvia de ideas inicial, se elaboró un listado de nombres, definiciones y actividades, que una vez procesadas constituyeron la base para la elaboración de un primer estudio Delphi.



transacciones de dinero, preparar las comidas, mantenimiento del hogar y actividades de trabajo

Pereza, manifestación verbal de preferencia de actividades de escaso o nulo contenido en actividad física. 0,76 [0,71-0,82]

Capacidad disminuida para la realización de ejercicio físico: mala forma física. 0,64 [0,57-0,71]

Puntuación en lámina de forma física COOP/WONCA mayor de 3 0,76 [0,70-0,83]

En este estudio (Guirao-Goris y Duarte Climents, 2007) se concluyó tras realizar un análisis factorial sobre las respuestas aportadas por las enfermeras que las dos dimensiones subyacentes en las características definitorias estudiadas eran coherentes con dos de las características definitorias que NANDA International (2005) describió al incluir la etiqueta sedentarismo en su taxonomía: Mala forma física y Elección de una rutina diaria de bajo contenido en actividad física. (Tabla 4).

Tabla 4 — Análisis factorial de las características definitorias del diagnóstico sedentarismo. (Guirao-Goris y Duarte-Climents, 2007)

	Factor 1 *	Factor 2**
Expresión verbal hábitos sedentarios	0.764	0.202
Expresa: realizo menos de 30 minutos...	-0.377	0.788
Realización exclusiva AOVD	-0.479	0.750
Pereza	0.671	0.502
Mala forma física	0.733	0.226

* Mala forma física

** Elección de una rutina diaria de bajo contenido en actividad física

Validez de Criterio

En 2010, Gomes Guedes, et al. publicaron un estudio de validez de criterio mediante el análisis de sensibilidad y especificidad utilizando como criterio y patrón oro el grado de acuerdo entre enfermeras clínicas expertas para identificar el sedentarismo.

El estudio se realizó entre personas diagnosticadas con hipertensión en Fortaleza – Brasil. Como principales resultados se obtuvo que la mala forma física tenía una alta sensibilidad para identificar el sedentarismo (98,92%) ; la elección de una rutina diaria de bajo contenido en actividad física tenía una especificidad del 99,21% y la verbalización de preferencia por actividades de bajo contenido en actividad física tenía una especificidad del 95,97%.

Recientemente acabo de finalizar un estudio que está en fase de redacción, y del que me gustaría apuntarles algunos resultados interesantes. En este estudio se ha analizado la validez de criterio y de constructo de la etiqueta sedentarismo. Para

determinar la validez de criterio se ha utilizado como patrón oro el nivel de actividad física medido objetivamente con un acelerómetro.

El estudio se ha realizado en una consulta enfermera de atención primaria, y se realizaron determinaciones de la actividad física mediante un acelerómetro que portaron durante una semana los ciudadanos que colaboraron en el estudio. Para identificar las características definitorias se utilizó el cuestionario RAPA en su versión administrada mediante entrevista, y el cuestionario COOP-WONCA de forma física y una pregunta que identificaba la preferencia para realizar actividad física en el tiempo de ocio. (Tabla 5)

Tabla 5 — Medición de las características definitorias

Característica definitoria	Medición
Elección de una rutina diaria de bajo contenido en actividad física	RAPA-e
Muestra mala forma física	COOP-WONCA -ff
Verbaliza preferencia de actividades de bajo contenido en actividad física	Cuando tiene tiempo libre qué tipo de actividades prefiere realizar: Actividades en las que hace ejercicio o se mueve. Actividades en las que suele estar sentado o no se mueve. Es indiferente.

Para determinar la validez de criterio se estudió la correlación entre la presencia de las características definitorias y la actividad desempeñada en METS. (Tabla 6)

Tabla 6 .— Correlación Rho de Spearman (rs) entre características definitorias y la actividad desempeñada en METS.

	N	
Elección de una rutina diaria de bajo contenido en actividad física.	79	0,389; p<0,001
Muestra falta de forma física	79	0,338; p<0,001
Verbaliza la preferencia de actividades de bajo contenido en actividad física	79	-0,082; p=0,498

Con estos resultados se consideró que existía Sedentarismo si la persona presentaba al menos una de las dos características definitorias en que se daba la correlación de forma significativa.

De este modo el grado de sedentarismo identificado se distribuyó según se aprecia en la tabla 7.



Tabla 7 — Grado de sedentarismo en la muestra

Características Definitorias(CD) identificadas	% (n)
CD A + CD B	25,9% (21)
CD A ó CD B	42,4% (36)
Ninguna CD	31,8 (27)
CD A: Elección de una rutina diaria de bajo contenido en actividad física.	
CD B: Muestra falta de forma física	

Identificando el sedentarismo con la mala forma física y/o la baja actividad física y utilizando como criterio la actividad física en METs[§] se obtuvo una sensibilidad del 85,1% y una especificidad del 65,2%.

Como se apuntó anteriormente, en este estudio también se ha identificado la validez de constructo estudiando tanto la validez convergente (Tabla 8) como la validez discriminante (Tabla 9).

Tabla 8 — Validez convergente: correlación Rho de Spearman entre diferentes variables con la presencia de sedentarismo.

Variable	r _s ; valor p
Edad	-0,211; p=0,053
Nivel de estudios	0,214; p=0,049
Función física SF36	0,432; p<0,001
Disposición para el cambio de conducta	0,408; p<0,001

El diagnóstico sedentarismo muestra validez convergente inversamente proporcional con la edad y directamente proporcional con el nivel de instrucción, con la medida subjetiva de función física del cuestionario SF-36 (Alonso, Prieto y Antó, 1995), y la disposición al cambio de conducta del cuestionario SEB (Marcus y Simkin, 1993).

Respecto a la validez discriminante el diagnóstico sedentarismo muestra capacidad para discriminar personas sedentarias de las que no lo son cuando se utiliza el cuestionario SEB (Chi cuadrado 15,15 p=0.004).

Del mismo modo, la etiqueta diagnóstica sedentarismo muestra capacidad para discriminar personas que son activas de las que no la son cuando se utiliza la medida objetiva de actividad en METs y el tiempo de velocidad de marcha de la SPPB del estudio EPESE (Guralnik et al, 1994).

Tabla 9 — Validez discriminante DXE sedentarismo.

	Presencia de sedentarismo [n]	Ausencia de sedentarismo [n]	
Actividad física *	406,5±182,6 [54]	592,8 ±206,5 [25]	t= - 4,4 p<0.001
Tiempo de velocidad de marcha SPPB**	400,7±119,8 [57]	318,6 ±43,3 [27]	t= - 3,5 p=0.001
* medido en METs semana			

[§] Criterio METs_≥500. Un resultado positivo indica que el sujeto es activo.

Nursing assessment: State of the art

Maria Müller Staub

Professor Nursin; Lecturer, ZHAWUniversity; Winterthur&Director, Pflege PBS

Valoración Enfermera - estado actual



AENTDE IX
 Simposium
 Internacional de
 Diagnósticos de
 Enfermería

Prof. Dr. M. Müller Staub (PhD, EdN, RN)
 ZHAW University, Winterthur / Pflege PBS

1



PONENCIAS



- Comunicación empática, efectiva
 - Cuidado
 - Confianza
 - Honestidad
 - Respeto
 - Confidencialidad
 - Entusiasmo
- Guía de valoración = SOLO una guía
- Evitar „efecto ping-pong“
(McFarland & McFarlane, 1997; Gordon, 2008, AlfaroLe Fevre, 2010)



6

Prerrequisitos

- Significado de un momento concreto
- Podría cambiar
- Entrevista y recogida de datos - adaptado a la situación del paciente



7

Prerrequisitos

- El marco debe ser conductivo



8



Implementando la valoración NNN y los diagnósticos de enfermería

Evaluación de UN mes:

- 52 diagnósticos de enfermería NANDA-I diferentes establecidos

Si se incluyen sesiones clínicas:

- 65 (de 172 Diagnósticos NANDA)

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	Grupo B	Grupo A
Dolor Agudo	10	23
Ansiedad	9	13
Patrón respiratorio ineficaz	7	5
Nauseas	7	4
Deterioro de la movilidad	6	5
Riesgo de infección	5	3
Trastorno de la percepción sensorial: visual, cenestésica y táctil	5	2
Afrontamiento ineficaz	4	1
Perfusión tisular ineficaz (periférica, cerebral renal, cardiorrespiratoria, gastrointestinal)	3	4
Deterioro de la integridad cutánea	3	3

Deterioro de la integridad tisular	3	3
Déficit de conocimientos	3	2
Deterioro de la eliminación urinaria	3	1
Déficit de líquidos	3	2
Déficit de autocuidado (alimentarse, vestirse/baño)	2	3
Deterioro de la comunicación	2	3
Confusión aguda	2	2
Hipertermia	2	2
Impotencia	1	8
Deterioro de la memoria	1	3
Deterioro de la deglución	1	2



La precisión del lenguaje

Carme Espinosa Fresnedo

Introducción

La comunicación es sin duda la base de la conservación de las especies. Si miramos a nuestro alrededor, todo el universo comunica, los seres vivos y también los seres inanimados.

Un arqueólogo convendría con nosotros en el hecho de que las piedras comunican, informándonos de la época en que fueron constituidas, depositadas o arrastradas hasta el lugar en el que se encuentran. Nos informan de los hechos que sucedieron en épocas pretéritas y nos ayudan a prever lo que pasará en un futuro más o menos cercano.

Un botánico no podría estar más de acuerdo con nosotros en que la vegetación comunica, nos informa de la época del año en la que nos encontramos, el lugar del planeta, si existe agua o bien nos hallamos en una zona de carácter seco.

Un zoólogo no tendría dudas en afirmar que todos los animales se comunican entre ellos usando lenguajes específicos y particulares que permiten a los de la misma especie la supervivencia y que al mismo tiempo informan a animales de distintas especies sobre situaciones de peligro, de amenaza o, por decirlo de alguna manera comprensible para los seres humanos, de “buenas intenciones”.

Los humanos, por supuesto, también comunicamos. El lenguaje de los seres humanos posee algunas características distintas del lenguaje del resto de los seres con los que compartimos el planeta. El lenguaje humano se distingue por la intención con la que lo usamos, que no es únicamente la supervivencia, la defensa o proporcionar información. Los humanos también comunicamos para compartir sentimientos y emociones, o por el puro placer de contactar con otro ser humano. Este es uno de los motivos por los que el lenguaje humano usa diversos canales y recursos de comunicación, como la pintura, la música, la forma de vestir o la literatura.

A lo largo del tiempo, los humanos hemos usado distintos medios para hacer que nuestra comunicación alcance a personas cada vez más remotas, en nuestros días, la comunicación ya no posee límites, ni en la distancia a la que puede ser emitida ni en el número de personas a las que puede alcanzar. Esta característica tan peculiar de la comunicación humana debería hacernos reflexionar, ya que lo que decimos puede no tener límites y afectar a un gran número de individuos.

En esta presentación voy a hablar de las características del lenguaje humano, para más adelante centrarme en el lenguaje profesional enfermero y hacer una reflexión sobre la importancia de la precisión de este lenguaje. Para concluir, expondré algunas ideas sobre la precisión del lenguaje que, en estos momentos, usamos las enfermeras.

Características del lenguaje humano

Las siguientes consideraciones sobre el lenguaje humano, se hacen desde una perspectiva filosófica del realismo crítico; perspectiva que, en pocas palabras, supone la existencia de redes sociales independientemente de que las personas las usemos o no, pero que son modificadas o transformadas cuando las usamos. La realidad social



según esta concepción filosófica es cualquier sistema, estructura o mecanismo que puede causar efectos de manera eficaz y que puede existir de forma independiente a cualquier individuo particular, pero que no puede existir independientemente de un grupo de individuos que, están relacionados por el hecho de que sostienen o reproducen esa realidad en el día a día (1).

Las personas nos convertimos en usuarios del lenguaje sin apenas darnos cuenta, y es de esta manera como adquirimos una de las competencias más complejas de nuestra existencia (2).

Según Chomsky, existe una tendencia innata en los seres humanos a aprender el lenguaje, de manera que éste se puede caracterizar más como un hecho social que puramente lingüístico. Esta consideración socio-política del lenguaje hace que sea necesaria la estandarización del mismo, que tiende a homogeneizar los objetos que describe para que el lenguaje sea más comprensible por las personas que lo usan.

Así como para la corriente constructivista, la realidad se reduce a aquello que puede ser expresado por el lenguaje (3), desde el punto de vista crítico-realista, el lenguaje describe conceptos que existen en realidad y ambos no son auto-referenciales, con lo que la realidad es más de lo que se puede expresar a través del lenguaje.

El lenguaje es un hecho social que evoluciona, de manera que sus usuarios lo transforman en función de sus valores y creencias convirtiéndolo en un sistema complejo, flexible y creativo, donde las palabras modifican su significado en función de las formas más generalmente aceptadas por aquellos que usan el lenguaje (2).

Hayakawa (4) describe el lenguaje como una representación de la realidad. De alguna manera, el lenguaje es a la realidad lo que un mapa es a un territorio, lo representa, pero no es el territorio. Esta consideración es fundamental cuando tratamos de estudiar la precisión del lenguaje.

El lenguaje profesional enfermero

El lenguaje profesional enfermero puede ser considerado un sistema que puede causar efectos de manera eficaz, ya que ayuda a comprender los diferentes aspectos esenciales de la profesión, avanzar los conceptos profesionales, cambiar la práctica, modificar aspectos obsoletos e introducir nuevos conocimientos. El lenguaje existe de forma independiente a cualquier individuo particular dentro de la profesión, pero solamente existe en cuanto que existen profesionales que lo usan día a día.

La estandarización que sostiene Chomsky respecto al lenguaje natural, se mantiene en el caso del lenguaje profesional, tendiendo de esta manera a la homogeneización de los conceptos de la realidad para hacerlos más comprensibles a los profesionales que usan este lenguaje.

El inicio del desarrollo del lenguaje enfermero a mediados de los años 1970, tiene un componente liberacionista/emancipatorio importante; ya que el hecho de disponer de un lenguaje propio, debería, supuestamente, liberar a las enfermeras de la dominación que hasta ese momento habían ejercido los profesionales médicos. El lenguaje enfermero debe permitir la identificación de los propios diagnósticos, tratamientos enfermeros y resultados estrechamente relacionados con ambos. Sin embargo, los cambios que se producen en los sistemas sanitarios en las dos décadas posteriores (1980-1990), que están fundamentalmente orientados por cuestiones económicas y



políticas, afecta también al desarrollo del lenguaje profesional enfermero, que pierde su enfoque liberador inicial (5,6).

El lenguaje profesional enfermero, sometido a los cambios sociopolíticos junto con los valores y creencias de los profesionales que lo han usado durante todo este tiempo, se convierte paulatinamente en algo mucho más complejo, flexible y creativo; con la vocación de ser capaz de representar la, cada vez más compleja, realidad profesional.

El lenguaje profesional puede ser entendido por los profesionales de formas distintas, puede haber una concepción más pragmática, el lenguaje que usan los profesionales clínicos, o puede haber una concepción más filosófica o conceptual, el que usan los investigadores y científicos para explicar los fenómenos que interesan a la profesión y hacer avanzar la disciplina. Sin embargo, no puede haber diferencias en lo relativo a la ontología del lenguaje, es decir a la esencia del mismo.

La evolución del lenguaje según se mencionó anteriormente, está ligada a las creencias de sus usuarios. Dado que éstas evolucionan en función del entorno social y político, el lenguaje evolucionará también, aunque sin perder su esencia u ontología. Estos cambios en el lenguaje enfermero afectarán únicamente a los profesionales usuarios del mismo y a su vez, solamente las creencias de estos profesionales afectarán a la evolución del lenguaje enfermero.

La tendencia al cambio antes mencionada, hace necesario realizar una evaluación constante y reflexiva del lenguaje enfermero que garantice que el lenguaje se reproduce de manera determinada y que aporta el valor que se le supone. Este tipo de evaluación o monitorización es determinante para la subsistencia y mantenimiento del lenguaje profesional dada la tendencia al cambio. Los mecanismos de monitorización no impedirán la evolución del lenguaje ni a nivel pragmático ni a nivel teórico, pero en cambio, garantizarán el mantenimiento de su ontología, es decir, de su esencia.

Los cambios en el lenguaje profesional son inevitables, el reconocimiento de esta premisa es vital si se pretende comprender el lugar que éste ocupa en el mundo.

La precisión del lenguaje enfermero

La precisión o exactitud del lenguaje enfermero ha sido estudiada por diversos autores, fundamentalmente en relación al diagnóstico enfermero.

Se define la precisión (accuracy) diagnóstica como la puntuación otorgada por uno o más evaluadores sobre la coincidencia entre un juicio diagnóstico y los datos del paciente. (7).

Todos los estudios realizados sobre la cuestión de la precisión diagnóstica a nivel internacional, entre 1966 y 2006 describen la variabilidad existente en la interpretación de los datos del paciente por parte de las enfermeras. Esto indica que la exactitud de los diagnósticos enfermeros es muy variable, y por tanto, que probablemente se enuncian diagnósticos con una precisión muy baja. (8).

Existen diversos instrumentos para la medida de la exactitud diagnóstica, entre los cuales cabe destacar Q-DIO, desarrollado por la profesora Maria Müller Staub (9) ; Cat-Ch-Ing, Desarrollado por la profesora Catherine Björvell (10); Accuracy of Nursing Diagnoses Scale, desarrollada por la profesora Margaret Lunney (11); o la Nursing Diagnosis Accuracy Scale, que es una modificación a la escala de Lunney desarrollada en Brasil (12).



Es importante destacar que el instrumento denominado Q-DIO relaciona los tres lenguajes de mayor difusión usados por las enfermeras (Diagnósticos NANDA-I, Resultados NOC, Intervenciones NIC) en el entorno internacional. El instrumento elaborado por Lunney (Accuracy of Nursing Diagnoses Scale) y el desarrollado en Brasil sobre esta base (Nursing Diagnoses Accuracy Scale) focalizan básicamente en el diagnóstico, aunque en las escalas se intuye una cierta consideración a los resultados del paciente. Por último el instrumento denominado Cat-Ch-Ing de Björvell está pensado para ser usado con el modelo WIPS, de difusión básicamente centrada en países del norte de Europa.

En realidad, y en el entorno actual de los cuidados, parece necesario trabajar más a fondo con instrumentos que midan la precisión, no solo del diagnóstico, también de los resultados esperados y de las intervenciones enfermeras. A mi modo de ver, los instrumentos deberían ser distintos en el caso de las intervenciones, ya que este lenguaje se refiere al comportamiento profesional, mientras que tanto diagnóstico como resultado se refiere, bien a problemas del usuario, en el primer caso, bien a resultados relacionados con esos problemas en el segundo, es decir, son comportamientos o situaciones referidos a los usuarios, no a los profesionales.

Por otro lado, me parece interesante señalar dos conceptos relacionados con la precisión del lenguaje y que deberían tenerse en cuenta en el uso del lenguaje profesional: la pertinencia y la relevancia.

El concepto de relevancia es un aspecto fundamental de la comunicación, ya que es imprescindible para la comprensión (13). En este sentido, les animo a revisar *The Handbook of Pragmatics* (14), que contiene el original más actualizado de la teoría de la relevancia.

En lo que a lenguaje profesional enfermero se refiere, la aplicación de esta teoría consideraría el diagnóstico enfermero más relevante, aquel que aporta mayor contenido cognitivo a partir de la información proporcionada por el emisor sobre sus respuestas a una situación de salud determinada (fisiológicas, psicológicas o emocionales). El contexto en el que se produce la valoración enfermera, puede modificar la capacidad del paciente para proporcionar una información claramente relevante, con lo cual, la enfermera debe hacer un esfuerzo suplementario de comprensión para identificar dicho diagnóstico, que puede estar encubierto por otra información menos relevante.

El concepto de relevancia es relativo, de manera que el entorno, la situación del paciente y otros factores pueden determinar que, un diagnóstico relevante en un momento o situación determinada, no lo sea en un momento o situación distinta. El grado de relevancia se establece a través del razonamiento clínico, es decir tratando de reconocer entre las hipótesis diagnósticas que se pueden identificar en un paciente en una situación y entorno determinados, aquella hipótesis más probable. El proceso de razonamiento, en este caso, es un proceso en red, no lineal.

Un proceso de razonamiento seguro, requiere de la identificación de un número considerable de hipótesis diagnósticas, ya que es preferible descartar a posteriori aquellas que no resulten relevantes, que tomar una decisión precipitada descontando información que, una vez en contexto podría aportar una información de alta relevancia.



El estudio actual constituye una prolongación de un estudio previo, presentado en el Simposio Internacional NANDA-I /AENTDE en 2010. En dicho estudio, se analizaban alrededor de 120 historias clínicas de pacientes de la unidad con la finalidad de identificar los diagnósticos más prevalentes.

En el presente estudio, la muestra se ha ampliado hasta 485 pacientes, y el objetivo del estudio se ha modificado para tratar, no solo de identificar los diagnósticos prevalentes en esos pacientes, también la precisión, pertinencia y relevancia de los mismos.

Algunos de los resultados preliminares de este estudio han sido presentados recientemente en el Congreso Internacional NANDA-I celebrado en Houston los días 23 al 26 de mayo de 2012. En el presente simposio, se presentan así mismo, algunos resultados más sobre la identificación de diagnósticos relevantes a través del uso de las redes de razonamiento clínico propuestas por los profesores Pesut y Herman (9).

Conclusiones

El lenguaje es la base de la comunicación, y ésta es la base de la existencia del mundo tal y como lo conocemos.

El aprendizaje del lenguaje en el ser humano se produce de forma innata, y sin apenas darnos cuenta nos convertimos en usuarios de la competencia más compleja de la que disponemos.

El lenguaje profesional, es un tipo especial de lenguaje, que cumple con todas las características del lenguaje en general, pero que sirve a un objetivo específico, que es la comunicación en el entorno profesional.

La precisión del lenguaje, aspecto fundamental para identificar los conceptos de la realidad, es una cuestión nada sencilla, ya que está en función de diversos factores complejos. La aportación cognitiva es un factor determinante a la hora de identificar la precisión del lenguaje.

Siendo la precisión un aspecto fundamental de la comunicación, cuando nos referimos al lenguaje profesional enfermero, no es ésta, sin embargo, una condición suficiente, aunque si necesaria para determinar la idoneidad del lenguaje al identificar la práctica profesional. Es necesario completar la precisión con otros aspectos como la pertinencia, que relaciona aspectos distintos del lenguaje profesional (diagnóstico y resultado) oportunidad y adecuación y la relevancia, que aporta la importancia del diagnóstico en un momento y situación determinada.

En la actualidad empiezan a proliferar estudios de precisión diagnóstica en los entornos clínicos, aunque la medición de ésta continua siendo dificultosa. Sin embargo, es importante señalar el estudio que se lleva a cabo en el Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña y que promete aportar información muy valiosa no solo a cerca de aspectos fundamentales de la precisión diagnóstica, también aspectos nuevos sobre la identificación de pertinencia y relevancia del lenguaje enfermero en la práctica clínica.

Referencias bibliográficas

1. Pateman T. Is language a social reality? Is Language a Social Reality? 2007.

El marco conceptual enfermero en la investigación en lenguajes

Paloma Echevarría Pérez

Directora del Máster Universitario de Investigación en Ciencias Sociosanitarias de la Universidad Católica San Antonio en Murcia

El marco conceptual enfermero en la investigación en lenguajes

IX Simposium Internacional de Diagnósticos de Enfermería
Gijón 2012



AENTDE

Dra. Paloma Echevarría
Decana Facultad de Enfermería
Directora Master universitario de Investigación en Ciencias Sociosanitarias
Universidad Católica San Antonio de Murcia

Qué y cómo investigar en cuidados

Realidades:

- El paradigma biomédico dominante dentro de la práctica enfermera y su influencia en los cuidados.
- El aspecto práctico, inherente a la enfermería, El método de obtención del conocimiento enfermero a través de la observación y su relación con los avances tecnológicos
- El uso de otras disciplinas para ayudar a configurar los cuidados

Cabrero y Richart (2001)

Ejemplos de aspectos y variables a estudiar por los métodos cualitativos y cuantitativos

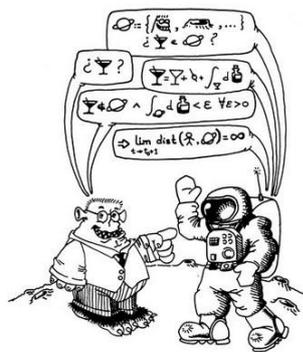
ASPECTOS A ESTUDIAR POR MÉTODOS CUALITATIVOS	VARIABLES A ESTUDIAR POR MÉTODOS CUANTITATIVOS
Dolor	Medición parámetros biológicos
Relación con la enfermera	Medición de constantes
Vivencia del ingreso y la hospitalización	Realización de protocolos
Comunicación	Seguimiento de procedimiento
Cercanía	Control de registro de Enfermería
Angustia, temor y miedo	Valores analíticos
Horario de visita	Parámetros del respirador
Comprensión de la información dada	Administración de medicación y efectos. Aplicación de productos para curas, úlceras, etc.
El "fin" es comprender	El "objetivo" es analizar y contar
Para sujetos y Realidades humanas	Para objetos regulares, independientes del sujeto

Fuente: Patacos, D. (2007)

En definitiva, la disyuntiva *cuantitativo versus cualitativo* refleja la tensión entre lo biológico y lo psicosocial que existe en la Enfermería



Investigación en lenguajes enfermeros



NIVELES DE ABSTRACCIÓN EN LA TAXONOMÍA NOC

La mayoría abstractos	Dominios de Resultados enfermeros
Nivel de abstracción medio-alto	Clases de Resultados enfermeros
Nivel de abstracción medio	Resultados enfermeros
Nivel de abstracción bajo	Indicadores de Resultados enfermeros
Nivel empírico	Medida de las actividades de los Resultados

NOC: 41

En toda operacionalización de conceptos teóricos se ha de partir de las siguientes consideraciones

(Rodríguez y col 1996)

1. Entre los indicadores y el concepto a medir ha de haber una plena correspondencia.
2. Los indicadores pueden materializarse en formas diversas: preguntas en un cuestionario o categorías de análisis en una entrevista abierta, en el registro de una conducta observada, en datos estadísticos... depende de cuál sea la técnica de obtención de información que el investigador haya seleccionado en el diseño de la investigación
3. En la operacionalización, como en todo proceso analítico, se asumen unos márgenes de incertidumbre. Para reducirlo al máximo, se deben utilizar los mismos criterios de validación y rigor que en cualquier investigación.

1.Operacionalización con escalas ya validadas: NORTON, EVA..

NOC: FUNCIÓN GASTROINTESTINAL(1015)

Consistencia de las deposiciones

1-Gravemente comprometido	Escala Bristol tipo 1 y 7
2-Sustancialmente comprometido	Escala Bristol tipo 2 y 6
3-Moderadamente comprometido	Escala Bristol tipo 5
4-Levemente comprometido	Escala Bristol tipo 5
5- No comprometido	Escala Bristol tipo 4

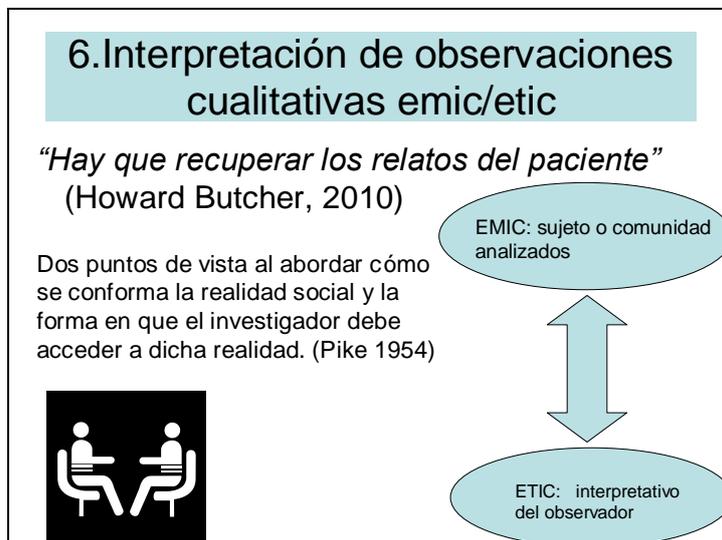
Escala de Bristol

Tipo 1		Trozos duros separados, como nueces
Tipo 2		Con forma de salchicha, pero grumosa
Tipo 3		Con forma de salchicha, pero con grietas
Tipo 4		Con forma de salchicha, como serpiente lisa y suave
Tipo 5		Bolas suaves con bordes definidos
Tipo 6		Trozos suaves con los bordes desiguales
Tipo 7		Acuosos, sin trozos sólidos. Totalmente líquida

(Giró, AENTDE 2011)



5.Utilización de los Resultados e Indicadores como escalas de medición cuantificando número de observaciones enfermeras y haciendo un análisis estadístico (Macnee y colab 2006)	
INDICADORES DEL NOC "CONDUCTA DE BÚSQUEDA DE SALUD"	PUNTUACIÓN
Hace preguntas	3.3
Finaliza las tareas relacionadas con la salud	2.9
Realiza autodetección	2.7
Obtiene ayuda de un profesional sanitario	3.5
Realiza actividades de la vida diaria compatible con su tolerancia	3.3
Describe estrategias para eliminar la conducta insana	2.5
Tiene una conducta de salud autodesarrollada	2.4
Realiza la conducta sanitaria prescrita	2.9
Utiliza información acreditada de salud	2.9
Describe estrategias para optimizar la salud	2.4
Busca ayuda de familiares cuando es necesario	2.4



Comparación transcultural del Resultado NOC "Participación en las decisiones sobre asistencia sanitaria" (1606) en usuarios de Terapias Complementarias orientales en España y en Japón (Echevarría, P & Morales, I. Inédito).				
GRUPO 1: USUARIOS ESPAÑOLES				
Indicadores del Resultado <i>Participación en las decisiones sobre asistencia sanitaria (1606)</i>	Categorías trabajadas en el análisis de contenido que corresponden con los indicadores	Definiciones Operacionales N° obtenido en la escala <i>"Nunca demostrado a siempre demostrado"</i>	Nivel emic (usuarios)	Nivel etic (investigador)
-Reivindica la responsabilidad de tomar decisiones -Define opciones disponibles -Identifica prioridades de los resultados sanitarios -Utiliza técnicas de resolución de problemas para conseguir los resultados deseados	Proceso búsqueda salud.	5-Siempre demostrado. Participa activamente	(...) como la C6 y C7 están muy mal y era mejor no operarme, pues claro yo, antes de que me infiltren, se lo comenté, que por qué no me mandaba aquí (a la acupuntura) (UE12) (...) Sin duda ninguna, me lo quitaría de cualquier cosa, pero si me lo paga la seguridad social, imagínate, porque de hecho me lo quito de otras cosas (U-11)	-Toma decisiones, participa de forma activa en su proceso, por más que el sistema biomédico quiera obligarlos a ser pasivos (Menéndez 1986) -Plantea las opciones disponibles y toma las decisiones



Uso avanzado de la NOC en el razonamiento del diagnóstico Gestión ineficaz de la propia salud

Juan Carlos Morilla Herrera

Desde hace 20 años, la taxonomía de respuestas humanas ha ido creciendo con velocidades desiguales en el tiempo, pero manteniendo lagunas que van desde la perpetuación de situaciones difícilmente ubicables en el marco conceptual enfermero de resolución de problemas de forma independiente (por ejemplo: capacidad adaptativa intracraneal disminuida, patrón respiratorio ineficaz, etc.), hasta la preocupante ausencia de validación clínica a gran escala y con diseños de investigación sólidos, de la mayoría de diagnósticos (Morales Asencio JM 2003), lo que se traduce en una permanente inconsistencia e inespecificidad de características definitorias, factores relacionados, etc

La aparición de nuevas taxonomías enfermeras como son la NOC y la NIC usadas conjuntamente con la NANDA ayudan a visualizar y clarificar algunas de estas situaciones pero es a través de su convergencia con los modelos enfermeros que pueden alumbrar una comprensión más integral de los fenómenos de enfermería.

Los métodos y procesos para las futuras investigaciones sobre diagnósticos de enfermería deben incluir análisis de concepto, validación de expertos, validación clínica e instrumentos de desarrollo. Deben efectuarse estudios grandes y utilizar análisis estadísticos más potentes. Debido a la breve historia de la investigación en diagnósticos de enfermería, la replicación y la comparación de es una prioridad permanente (Whitley 1999).

En nuestra opinión, la NOC tiene un enorme potencial que quizás supere las expectativas actuales. Una de las cuestiones que justifican este potencial es el hecho de que algunos criterios NOC contienen indicadores que bien podrían servir de “*indicadores diferenciales*” para etiquetas diagnósticas del mismo dominio. Esto nos muestra cómo la NOC permite un uso como marcador diagnóstico que superaría las imprecisiones de ciertas definiciones que aparecen en la NANDA.

Sin embargo, se precisa, de un modelo racional de decisión en la elección de resultados e intervenciones, mucho más vinculado a las características del diagnóstico, que pueda sustentarse en los juicios emitidos por la enfermera, no sólo a expensas de las recomendaciones basadas en consenso que establecen las distintas propuestas editadas por el Center of Nursing Classification de Iowa.

En la línea de construir un modelo racional de decisión de criterios de resultado e intervenciones, el investigador inició en 2002 un proceso de conceptualización del uso de los indicadores NOC como marcadores diagnósticos en respuestas humanas. Durante estos cuatro años, un equipo ha desarrollado algoritmos de decisión basados en este marco de razonamiento, solicitando a enfermeras expertas en toda la comunidad andaluza, la creación de asociaciones entre indicadores, factores relacionados y características definitorias de la NANDA en una veintena de diagnósticos, para, posteriormente ser sometidos a validación de contenido por expertos en la materia. El resultado es un cuerpo de diagnósticos NANDA con algoritmos construidos que tienen validez de contenido, pero, que han de ser

sometidos a validación clínica a efectos de progresar en su consolidación como instrumentos de ayuda a la toma de decisiones clínicas en materia de cuidados (Morales Asencio et al. 2005), (Morilla Herrera et al. 2006). Así, es imprescindible conocer su fiabilidad interobservador y su capacidad predictiva con arreglo a su sensibilidad y especificidad.

Para la primera validación se seleccionó el diagnóstico Gestión ineficaz de la propia salud por su relevancia (Morilla-Herrera et al. 2011). En 2009, se atendieron en el sistema Sanitario Público de Andalucía 23.530.531 consultas de enfermería para pacientes crónicos en Atención Primaria. Las cifras de incumplimiento terapéutico en diabéticos, hipertensos, dislipémicos, EPOC, etc. son alarmantes y no se progresa adecuadamente en la detección y manejo de este problema. De hecho, se considera, por ejemplo, que la HTA, sin duda la enfermedad más estudiada en este ámbito, presenta niveles de incumplimiento situados en un 45-55% (Puigventós Latorre et al. 1997), similares a los detectados en diabéticos no insulino dependientes o en dislipémicos (Piñeiro et al. 1998), mientras que en asmáticos se sitúa en aproximadamente un 70% (Campos et al. 2006).

El estudio Validación de indicadores NOC (Nursing Outcomes Classification) como marcadores diagnósticos de respuestas humanas a través de la taxonomía diagnóstica de la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) financiado por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía ha servido al efecto.

Objetivos

General

Consolidar un marco de razonamiento clínico, destinado a la práctica enfermera, construido sobre el modelo de Henderson y con el uso avanzado de los SELEs, de manera que ayude a las enfermeras a integrar el modelo y las taxonomías NANDA y NOC, para mejorar su capacidad diagnóstica con métodos estructurados y predecibles.

Específicos

Determinar la fiabilidad interobservador de un sistema de razonamiento clínico para el diagnóstico "Gestión ineficaz de la propia salud" (GIPS), basado en indicadores NOC elaborados por expertos.

Analizar la sensibilidad, especificidad y valor predictivo de los indicadores NOC como marcadores del diagnóstico: Gestión ineficaz de la propia salud (GIPS).

Conocer la asociación de factores relacionados de esta respuesta humana mediante indicadores NOC como indicadores de riesgo.

Describir la prevalencia de GIPS en consultas de Atención Primaria de Andalucía.

Diseño

Estudio multicéntrico en dos fases:

Una fase transversal, de validación clinimétrica de indicadores NOC como marcadores del diagnóstico GIPS.

Una fase observacional analítica, retrospectiva de casos y controles, en la que se evaluaron los distintos indicadores de riesgo establecidos mediante indicadores NOC en el diagnóstico GIPS a partir de la muestra de pacientes seleccionada. Para mayor validez en los datos, se añadió 1 control adicional por cada caso, de manera que la proporción fuese 1:2, mediante la selección de un sujeto adicional de la población elegible.



Sujetos

Pacientes crónicos incluidos en cartera de servicios de Atención Primaria. Concretamente, pacientes con riesgo cardiovascular (pacientes con HTA, diabetes y/o dislipemia) y pacientes con EPOC.

Muestra

Fase transversal:

Para la validación como marcadores diagnósticos, se estimaron los siguientes cálculos muestrales, según Jones (Jones et al. 2003).

La muestra necesaria era de 219 pacientes, asumiendo una sensibilidad y especificidad esperada de los indicadores para detectar la GIPS del 75%, con un nivel de confianza del 95%, una razón de enfermos/no enfermos de 2 y una precisión del 10%.

Fase observacional, retrospectiva de casos y controles:

Aceptando un riesgo alfa de 0.05 y un riesgo beta de 0.20 en un contraste bilateral se precisaban 74 casos y 148 controles para detectar una odds ratio mínima de 2,5. Se asumió que la tasa de expuestos en el grupo control sería del 35%.

*Los cálculos muestrales se realizaron con la aplicación Epidat 3.1 (OPS/OMS).

Análisis y calidad de los datos

Se realizó estadística descriptiva con medidas de tendencia central y dispersión, así como análisis de proporciones en función de las características de las variables.

Para el análisis de fiabilidad interobservador, se utilizó el coeficiente de correlación intraclass. Se realizaron análisis de especificidad, sensibilidad, valor predictivo y curvas ROC para cada batería de marcadores NOC. Además, se realizó evaluación de la validez de criterio concurrente mediante la correlación entre las baterías de marcadores NOC y el test de Morisky-Green. Además, se calculó la odds ratio con corrección de Rogan y Gladen (Rogan & Gladen 1978) para determinar la asociación de factores relacionados al diagnóstico.

Todas las variables fueron sometidas a la prueba de Kolmogorov-Smirnov para determinar su normalidad, así como a análisis de simetría y curtosis, mediante análisis exploratorio.

En el análisis bivalente, se usaron, en función del tipo y distribución de las variables, t de Student, chi cuadrado, U de Mann Whitney o Test de Wilcoxon.

Se construyó un modelo de regresión logística multivariante para analizar la contribución a la capacidad predictiva de cada indicador en la presencia del diagnóstico final, con la presencia o ausencia del diagnóstico GIPS como variable de resultado y los distintos factores relacionados e indicadores NOC como variables explicativas, mediante su expresión en razones de riesgo (Odds ratio).

Como análisis adicional, se comprobó el comportamiento de las baterías de indicadores NOC como constructo abstracto capaz de describir una realidad diagnóstica. Para ello, se realizó análisis factorial exploratorio con rotación varimax y extracción de componentes principales, a efectos de determinar el número de factores que explicaban la variabilidad. También se evaluó la consistencia interna de estas baterías de indicadores mediante el alfa de Cronbach.

La calidad de los datos introducidos se garantizaba en la medida en que la aplicación web diseñada contenía un formato de introducción de datos cerrado, de manera que eran mínimas las variables que no podían ser introducidas mediante formularios prediseñados o límites de valores posibles.

Aspectos éticos

El estudio se autorizó por la Comisión de Ética e Investigación del Distrito Sanitario Málaga. A todos los sujetos se les solicitó consentimiento informado. A este consentimiento se le adjuntó un cuaderno de ayuda y se les facilitó a los participantes un teléfono de consulta. Al personal investigador participante se le solicitó la firma de un compromiso de confidencialidad. Las bases de datos sólo podían ser consultadas en modo completo por los investigadores. Ningún miembro del equipo investigador conocía la identidad de los pacientes incluidos. El estudio se llevó a cabo de acuerdo con los requerimientos expresados en la Declaración de Helsinki (revisión de Edimburgo, octubre de 2000).

Descripción general de la muestra

La muestra de la fase transversal estaba compuesta por **228** pacientes reclutados en Centros de Salud de las provincias de Málaga, Almería y Cádiz. Los pacientes procedían de los programas de atención a crónicos de dichos centros, una vez aplicados los criterios de inclusión definidos en el CRD

Por sexos, sólo hubo diferencias significativas en la proporción de broncopatas crónicos (mayor en hombres).

La presencia de GIPS no estaba asociada especialmente a ningún diagnóstico médico de los seleccionados. Se analizó adicionalmente, en qué medida la presencia de GIPS se relacionaba con la presencia de polipatología crónica.

Sólo en el caso de los pacientes con cuatro procesos crónicos la diferencia era significativa, en favor de los que tenían GIPS.

Resultados

La fiabilidad interobservador se calculó mediante el coeficiente de correlación intraclase. La fiabilidad se consideró buena con valores superiores a 0,71. Salvo en 3 indicadores, en el resto fue superior.

	CCI	IC95%
Altera las funciones del rol para cumplir los requerimientos terapéuticos	0,843	(0,796 a 0,879)
Razona los motivos por los que ha de adoptar un régimen terapéutico	0,757	(0,684 a 0,812)
Informa estar utilizando estrategias para eliminar conductas no saludables	0,765	(0,695 a 0,819)
Dieta	0,865	(0,825 a 0,896)
Proceso de la enfermedad	0,781	(0,716 a 0,831)
Conservación de la energía	0,818	(0,763 a 0,86)
Control de la infección	0,746	(0,633 a 0,823)
Medicación	0,746	(0,67 a 0,804)
Actividad prescrita	0,791	(0,728 a 0,839)
Procedimiento terapéutico	0,75	(0,675 a 0,807)
Régimen terapéutico	0,729	(0,648 a 0,791)
Recursos sanitarios	0,735	(0,656 a 0,796)
Descripción de los recursos que aumentan la salud	0,817	(0,762 a 0,859)



9,50	,549	,103
10,50	,617	,155
11,50	,778	,293
12,50	,907	,545
13,50	,944	,686
14,50	,981	,800
16,00	1,000	1,000

Se realizó análisis factorial para determinar la validez de constructo de la escala con los 3 indicadores NOC para el GIPS y comprobar la unidimensionalidad de la escala y, como era esperable, 1 sólo factor explicaba el 74,53% de la varianza.

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.	,721
Prueba de esfericidad de Bartlett	253,698
gl	3
Sig.	,000
Componente	Autovalores iniciales
	Total % de la varianza % acumulado
1	2,236 74,537 74,537
2	,413 13,756 88,293
3	,351 11,707 100,000

La validez convergente con el test de Morisky-Green fue bastante baja, obteniéndose una correlación negativa entre ambas pruebas ($r=-0,188$; $p=0,005$) y una concordancia igualmente baja.

		Valor	T aproximada(b)	p
Intervalo por intervalo	R de Pearson	-,188	-2,858	,005(c)
Ordinal por ordinal	Correlación de Spearman	-,188	-2,858	,005(c)
Medida de acuerdo	Kappa	-,178	-2,820	,005
N de casos válidos		226		

En el análisis multivariante de los indicadores NOC de tipo “etiológico”, valores bajos de los indicadores sobre afrontamiento, procedimientos terapéuticos, dieta y actividad prescrita se asociaban significativamente con la presencia del diagnóstico, sobre todo la ausencia de estrategias de afrontamiento efectivas (OR: 0,64, IC 95%: 0,50 a 0,81). En contra de lo esperado, la edad mostró una asociación inversa muy leve, pero significativa, con la presencia del diagnóstico. Los hombres presentaban un mayor riesgo de tener el diagnóstico (OR: 1,70 IC 95%: 1,06 a 2,72)

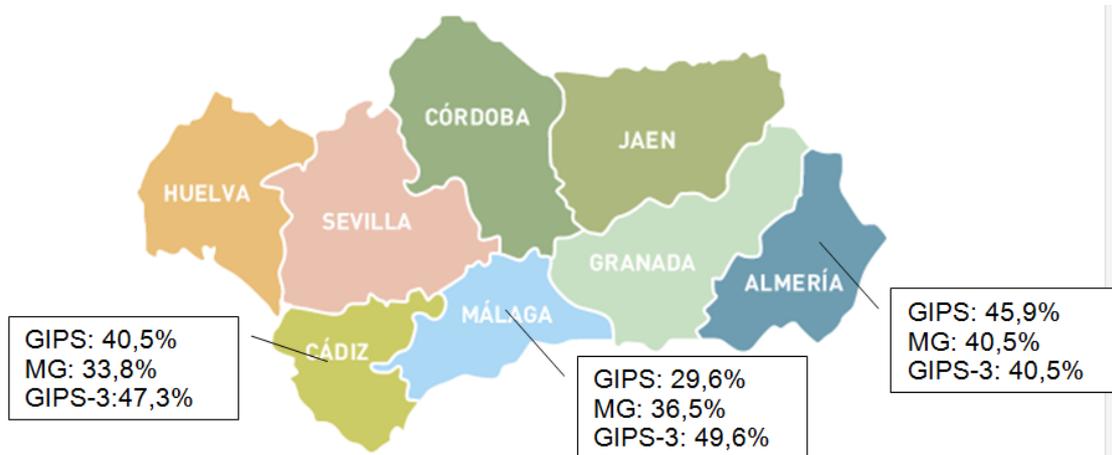
B	Sig.	OR	IC95% Inferior	Superior
---	------	----	----------------	----------

Utiliza estrategias de afrontamiento efectivas	-0,447	0,000	0,64	0,50	0,81
Procedimiento terapéutico	-0,393	0,006	0,67	0,50	0,89
Dieta	-0,273	0,019	0,76	0,60	0,95
Actividad prescrita	-0,228	0,045	0,79	0,63	0,99
Edad	-0,042	0,000	0,95	0,93	0,98
sexo(1)	0,534	0,025	1,70	1,06	2,72

En lo referente a los factores relacionados del diagnóstico, el análisis multivariante, ajustado por edad y sexo dejó 4 grandes factores asociados al diagnóstico de GIPS, siendo el déficit de conocimientos el que mayor valor como factor de riesgo ofreció y la percepción de beneficios como factor protector para el diagnóstico, al igual que la edad.

	B	p	OR	IC95% InfSup	
Constante	1,101	0,455	3,01		
Déficit de conocimientos	1,848	0,000	6,34	2,79	14,41
Conflicto de decisiones	1,843	0,000	6,31	2,79	14,31
Percepción de barreras	1,474	0,000	4,37	1,92	9,93
Complejidad del régimen terapéutico	0,487	0,286	1,63	0,67	3,98
Conflicto familiar	0,426	0,445	1,53	0,51	4,57
Inadecuación del número y tipo de claves para la acción	0,376	0,434	1,46	0,57	3,74
Complejidad del sistema de cuidados de la salud	0,178	0,740	1,19	0,42	3,42
Dificultades económicas	0,146	0,806	1,16	0,36	3,71
Edad	-0,038	0,039	0,96	0,93	1,00
Sexo	-0,529	0,181	0,59	0,27	1,28
Percepción de beneficios	-0,990	0,014	0,37	0,17	0,82

La prevalencia en consultas de crónicos de enfermería del Diagnóstico NANDA Gestión ineficaz de la propia salud (GIPS) en Atención Primaria en Andalucía es del 35,9 %



Conclusiones

El GIPS-3 se ha mostrado capaz de detectar con sólo 3 indicadores la presencia de problemas de régimen terapéutico en población con problemas crónicos, con una adecuada fiabilidad interobservador y una buena consistencia interna, lo que lo convierte en un instrumento de fácil uso en la práctica clínica, en un área en la que los servicios de salud necesitan mejorar su efectividad imperiosamente

Bibliografía

- Campos, A., Reyes, J. & Torres, M., 2006. Therapeutic compliance among asthma patients in an allergy clinic: third evaluation (SEGARIA Project). *Allergologia Et Immunopathologia*, 34(4), pp.141–145.
- Jones, S.R., Carley, S. & Harrison, M., 2003. An introduction to power and sample size estimation. *Emergency Medicine Journal: EMJ*, 20(5), pp.453–458.
- Morales Asencio, J.M. et al., 2005. El juicio clínico enfermero: conjugación de modelo, lenguaje y efectividad de las intervenciones enfermeras. *Metas Enfermería*, 8(10), pp.58–62.
- Morales Asencio JM, 2003. ¿Qué aporta la evidencia científica a la práctica clínica de los cuidados? *Index Enferm*, AÑO XII(40-41), pp.35–40.
- Morilla Herrera, J. et al., 2006. El juicio clínico enfermero: conjugación de modelo, lenguaje y efectividad de las intervenciones enfermeras (2ª parte). *Metas Enfermería*, 9(2), pp.6–12.
- Morilla-Herrera, J. et al., 2011. [Utility and validity of indicators from the Nursing Outcomes Classification as a support tool for diagnosing Ineffective Self Health Management in pat.]. *Anales Del Sistema Sanitario De Navarra*, 34(1), pp.51–61.
- Piñero, F. et al., 1998. [Relationship between medical treatment compliance and the degree of control in patients with high blood pressure, non-insulin dependent diabetes mellitus and dyslipidemia]. *Medicina Clínica*, 111(15), pp.565–567.
- Puigventós Latorre, F. et al., 1997. [Compliance with hypertension treatment: 10 years of publications in Spain]. *Medicina Clínica*, 109(18), pp.702–706.
- Rogan, W.J. & Gladen, B., 1978. Estimating prevalence from the results of a screening test. *American Journal of Epidemiology*, 107(1), pp.71–76.
- Whitley, G.G., 1999. Processes and methodologies for research validation of nursing diagnoses. *Nursing Diagnosis: ND: The Official Journal of the North American Nursing Diagnosis Association*, 10(1), pp.5–14.



La NOC para la valoración del nivel de dependencia en cuidados: Proyecto INICIARE

Ana María Porcel Gálvez

Buenos días, en primer lugar quería agradecer a la Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería por invitarme a participar en el IX Simposium Internacional de Diagnósticos de enfermería, haciendo una mención especial a quien fue mi profesora y de muchos otros... y aún lo sigue siendo... la Dra. Aurora Quero.

Hace un tiempo cuando empecé a preparar el tema de mi exposición me asaltaban dudas acerca de cómo enfocarlo y qué contar con respecto a la NOC, cuando pensaba en la alta cualificación del auditorio al que iba a ir dirigida esta ponencia, por lo que me gustaría comenzar a modo de reflexión, introduciendo esta exposición en algo tan importante como es el proceso de Salud y los servicios de salud.

Así, las principales fuerzas que exigen a las Organizaciones a modernizarse son: las necesidades y expectativas del cliente, la competitividad y el cambio estructural y funcional de las Instituciones.

Desde un enfoque integral y desde la premisa del paciente como centro de atención del Sistema Sanitario, las instituciones además deben de evolucionar para adaptarse ante las renovadas demandas y necesidades de usuarios y profesionales. Pérez Hernández y colaboradores (2007) afirman que el camino a seguir en el Sistema Sanitario Público de Andalucía en los próximos años, debe de comprender un escenario basado en la cooperación entre profesionales, *mediante modelos modernos, innovadores y flexibles, que garanticen al profesional adecuado en el momento adecuado, en el lugar idóneo y con la intervención más efectiva y eficiente.*

Desde el prisma enfermero: Salud, Persona, Ambiente y Cuidado han sido conceptualizados de manera diferente por distintas enfermeras para dar lugar a la generación de Modelos Conceptuales. Un modelo conceptual en palabras de Kérouac, Pepin, Ducharme & Duquette (2002) “ofrece una perspectiva única a partir de la cual las enfermeras pueden desarrollar los conocimientos que le servirán para su práctica”. Sin embargo, el mantenimiento de un Modelo puramente teórico supone un retraso en el desarrollo de la disciplina enfermera, debiendo de evolucionar hacia conceptos holísticos, teoría y práctica deben de seguir un desarrollo conjunto, para lo cual es necesario el desarrollo de un lenguaje enfermero (Del Pino Casado 2004; Brito 2007).

Así, desde hace casi dos décadas autores como Blegen (1997) ya apuntaban acerca de que la aparición de Sistemas Estandarizados de Lenguaje Enfermero (SELEs) creaba un marco que podía acelerar la construcción definitiva del soporte teórico para la práctica, proporcionando la continuidad en los cuidados y favoreciendo la comunicación entre las enfermeras (Giménez Maroto, 1998). Morilla Herrera, Morales Asencio, Martín Santos & Cuevas Fernández-Gallego (2005), concluían que *era preciso conjugar adecuadamente el poder explicativo de los modelos con la capacidad descriptiva de las taxonomías, con la suficiente claridad clínica como para generar avances en los servicios enfermeros.*



La planificación de recursos enfermeros y la asignación en función de las cargas de trabajo, ha sido y sigue siendo un pilar básico en la literatura enfermera y una constante como fuente en la investigación. Generar instrumentos que nos permitan dirigir y medir nuestros cuidados, nos permite desarrollar el conocimiento enfermero y que tanto pacientes, profesionales y el propio sistema pueden ser benefactores de ello (Watson 2001).

La disciplina enfermera según Del Pino (2004), se ha centrado durante mucho tiempo en un modelo asistencial y teórico completamente biomédico, en el que los cuidados de enfermería son planificados en función del diagnóstico médico y llevan a la enfermera a realizar actividades de ayuda al diagnóstico y tratamiento de la enfermedad. Por lo que, es la enfermedad y no la persona o su respuesta ante una determinada situación, la que se convierte en el centro del cuidado. Las herramientas con que se contaba para determinar lo que la enfermería realizaba estaban desarrolladas bajo el prisma de otros profesionales y no bajo un instrumento propio como el proceso enfermero.

Así en la Sociedad del Conocimiento en la que vivimos nos obliga a las enfermeras a contribuir con un producto eficiente a la atención de la salud de la población. Es necesario tomar conciencia de la necesidad de profundizar en la realidad de los cuidados hacia nuestros pacientes, adquiriendo competencias que nos capaciten para desarrollar investigaciones que puedan generar un cuerpo de conocimientos tal que potencie el progreso hacia la adquisición de una oferta de cuidados de calidad. (Porcel Gálvez, 2006).

Por tanto con nuestra investigación hemos construido y validado un instrumento estandarizado (Escala INICIARE), en base al Modelo teórico de Virginia Henderson y a la taxonomía NOC, para valorar la demanda de cuidados de los pacientes y así contribuir de forma equitativa a la redistribución de los cuidados en función de esas demandas optimizando los recursos, asegurándonos que todas las enfermeras compartan además el mismo lenguaje.

El estudio de campo, se ha llevado a cabo en la Agencia Empresarial Pública Hospital Alto Guadalquivir, que incorpora innovaciones de tipo organizativo, funcional y arquitectónico. Entre otras: la unidad especial destinada a pacientes que pudieran requerir una observación permanente y la unidad de hospitalización convencional. De manera que la ubicación de los pacientes en el hospital, no depende de la especialidad médica, sino de sus necesidades.

Siendo los pacientes a estudio mayores de edad sanitaria (>16 años), de ambos sexos, sin deterioro cognitivo (valorado por el test de Pfeiffer versión española) y que se encontraran en habitación individual, sólo se admitía la presencia del cuidador si este existía y si el paciente daba su aprobación. Para intentar minimizar el error por factores asociados a los observadores, los pacientes y el instrumento se realizaron los siguientes procedimientos:

1. La encuesta fue realizada por dos investigadores en el mismo paciente y en el mismo momento para minimizar los cambios en el estado del paciente entre las mediciones.
2. Previamente, en la fase de entrenamiento y piloto se realizó un análisis comparativo de los dos registros para comprobar la estabilidad de las medidas.



3. Para evitar la presión asistencial en el momento de la recogida de datos se liberaron a los colaboradores de las tareas asistenciales.
4. Se evitó entrevistar a pacientes si existía relación de parentesco o amistad.
5. Se solicitó permiso a la enfermera responsable del o de la paciente, sobre la adecuación para la realización de la entrevista, previo abordaje.
6. Y por último respetamos los horarios donde estaban previstas actividades como por ejemplo: el horario de comidas, sueño, administración de medicación, etc.

Se realizó un análisis descriptivo univariante con medidas de tendencia central, dispersión y porcentajes. Para el análisis bivalente en función de la naturaleza de las variables, la chi cuadrado y la t de student. Se trabajó a un nivel de confianza del 95%. La normalidad se evaluó permanentemente durante todo el proceso, con la prueba de Kolmogorov-Smirnov con la corrección de la significación de Lilliefors y la prueba de Shapiro-Wik. Se incluyó además la estadística descriptiva de la escala y de cada una de las dimensiones, con los promedios ponderados y las bisagras de Tukey, Histogramas, cajas, gráficos Q-Q normal y gráficos Q-Q sin tendencias (Díaz Santos, 2004).

Para la validación de la escala se utilizó el análisis clinimétrico, siguiendo el discurso de Martín Arribas (2004); en primer lugar calculamos la fiabilidad interobservador realizando correlaciones bivariadas, mediante el Coeficiente Correlación de Spearman, aunque también se calculó el Coeficiente de Correlación de Pearson y el Coeficiente de Correlación Intraclase. En relación a la consistencia interna numerosos autores (Campo Arias & Oviedo, 2008; Cervantes, 2005) afirman que son valores aceptables del alpha de Cronbach, aquellos que son iguales o superiores a 0,70. No obstante en nuestro estudio aplicamos valores más conservadores atendiendo a las recomendaciones de Streiner (2003) y Roberts, Priest & Traynor (2006) que suben el coeficiente a 0,80. Las asunciones escalares se analizaron mediante la correlación ítem total corregida, admitiendo como límite mínimo aceptable un valor de 0,30 (Fayers & Machín, 2000). Para la validación de contenido, utilizamos la técnica de consenso Delphi, en rondas sucesivas hasta lograr un grado de acuerdo (Berman et al., 2007). En el análisis de constructo se realizó el análisis de factores, por componentes principales, rotación Varimax y gráficos de sedimentación y en ocasiones de componentes en espacio rotado. La concordancia la medimos con un patrón de referencia. Se considera que existe validez de criterio concurrente cuando la correlación de la medida con el patrón oro sea de al menos el 0,70 (Guirao-Goris, Cabrero-García, Moreno Pina & Muñoz-Mendoza, 2009). En nuestro estudio realizamos una validez convergente y comparamos nuestro instrumento con el test de Barthel. Pero a la vista de la heterogeneidad se realizó con el estadístico de Welch y Brown-Forsythe, el cual mostró que efectivamente, las diferencias de medias eran significativas. En nuestra investigación sólo fue posible realizar comparaciones con posterioridad a la recogida de los datos, llevando a cabo un análisis post-hoc mediante prueba de Games-Howell, que no asume varianzas poblacionales iguales.

Según el análisis, la dependencia en ambos sexos fue moderada, acorde con la edad, la unidad de ingreso y el tipo de proceso con tendencia a agravarse en el hospital de Andújar con respecto al de Montilla. Siendo lo esperable según criterios de selección de nuestro estudio.



Con respecto a la fiabilidad interobservador comentar que existió una buena concordancia de los ítems individuales (0,830 - 0,964), los resultados del alpha de Cronbach fueron muy buenos (0,846-0,987) y mejoran los expuestos en el índice de Barthel.

En el análisis factorial se extrajeron tres componentes que explicaban el 60,77 % de la varianza. Correspondiente a un:

Factor cognitivo-conductual

Un factor fisiológico básico

Y un factor fisiológico instrumental

Obteniendo la versión final llamada INICIARE-61 sobre la que se continua la línea de investigación.

Esta nueva agrupación posiblemente sea más coherente con la “mirada real” que tienen las enfermeras sobre la persona a la hora de realizar la valoración. Desde el punto de vista disciplinar, la evolución desde los modelos teóricos y marcos conceptuales enfermeros que hasta su traslación a la práctica diaria está resultando un camino difícil. Aunque los resultados de este estudio no habrían sido iguales sin la utilización del modelo de Henderson a la hora de conceptualizar la escala INICIARE®, y seleccionar los indicadores NOC en función de la necesidad que se pretendía describir. Y, aunque como afirma Fawcett (2000), los modelos “no son observables directamente en la realidad”, sí lo son sus expresiones.

La escala INICIARE® al estar basada en metodología enfermera e implementada mediante taxonomía NOC que permite la comunicación eficaz entre las enfermeras pudiendo ayudar al ensamblaje del proceso enfermero como método en la práctica clínica.

En este sentido, el empleo de indicadores de resultados, hace que la escala sea un perfecto aliado de la valoración y la vigilancia ligada como parte esencial del cuidado del paciente agudo.

Por otra parte, el formato del instrumento lo hace totalmente compatible con las plataformas para el registro de los cuidados. Que resulta estratégico en este momento en el que los sistemas Estandarizados de Lenguaje Enfermero han sido incluidos en diversos estándares de clasificación y en el conjunto mínimo básico de datos del Sistema Nacional de Salud.

Con esto nos planteamos la última cuestión: *¿Hacia dónde debería de apuntar la investigación a partir de esto?*

Por un lado deberíamos de analizar la validez externa y la visión de las enfermeras en la valoración del paciente-familia, en otras organizaciones del Sistema Sanitario Público de Salud y Sistema Nacional de Salud, que presenta una gestión organizativa diferente a la de la Empresa Pública Hospital Alto Guadalquivir, que nos hace plantearlos si es necesario una adaptación sociocultural del formato de valoración del Modelo Conceptual de Henderson en el entorno de práctica real de la enfermera del siglo XXI.

Y seguir desarrollando el instrumento para que más adelante nos posibilite la evaluación longitudinal con grandes muestras tomadas en condiciones reales de práctica y su relación y/o impacto en diversas áreas de resultado de los Servicios de Salud: reingresos, estancias, seguridad, adecuación, morbi-mortalidad...



NANDA Internacional: Taxonomía III

T. Heather Herdman

En primer lugar, quiero darle las gracias a la Presidente de AENTDE, Aurora Quero Rufián, por su amable invitación para estar aquí con todos ustedes en esta hermosa ciudad, y en su hermoso país. Ha pasado algún tiempo desde la última vez que estuve en España, y ahora me gustaría tener más tiempo para pasarlo aquí! Es siempre un placer y un honor participar de una conferencia de AENTDE, y recuerdo con gran cariño nuestro congreso conjunto en Madrid, y miro hacia el futuro y sueño otra posible oportunidad en un futuro cercano. Sin embargo, vamos a dejar que los dirigentes decidan, y pasemos ahora al tema en cuestión.

Este tema –una tercera taxonomía para NANDA Internacional– es bastante interesante por distintas razones. Desde que NANDA-I empezó a discutir una posible revisión de la Taxonomía II, he recibido innumerables comentarios, muy interesantes, a partir de dos perspectivas muy distintas. La primera perspectiva es la de “¡NO LA CAMBIEN!!!”, apoyada por comentarios como “Enseño partiendo de esa taxonomía”, “nuestro texto está basado en esa taxonomía”, “si la cambian, tendríamos que cambiar todo en nuestro plan de estudio”, y “nuestra historia clínica electrónica de enfermería se basa en esa estructura”. La otra perspectiva es la de “¡POR FAVOR, APRESÚRENSE!!!”, con simpatizantes declarando: “nuestros estudiantes no logran aprender la taxonomía actual, es demasiado difícil de manejar”, “por favor, háganla igual a la NOC o encuentren algo que funcione con ambos lenguajes”, “por favor, háganla intuitiva para el usuario clínico -las cosas no están donde se espera que estén en la Taxonomía II”, y “asegúrense de que funciona de forma inteligente en una historia clínica electrónica”. Ha sido bastante interesante escuchar lo que personas interesadas tienen que decir, y también a aquellos que no están contentos con nuestra actual taxonomía.

Espero que mi perspectiva sea la de siempre: partir desde la perspectiva de la seguridad del paciente y de lo que sea mejor para el paciente. Y de esa manera, deseo aprovechar esta oportunidad para hacer una reflexión práctica y pragmática, de hacia dónde podemos ir desde aquí.

¿Qué está mal en lo que tenemos?

Esta puede ser la pregunta que más he oído. Recomendaría que pensáramos sobre las recomendaciones, no en términos de bien y mal, pero a la luz de la evolución de los conocimientos y de diez años de experiencia trabajando con la Taxonomía II. Nada puede ser mejor para mostrarnos qué puede ser problemático en una estructura que intentar hacerla funcionar en distintos entornos, con diferentes tipos de enfermeros, y a través de diferentes idiomas y culturas. La Dra. Gunn von Krogh recomienda cambios en la taxonomía en base a preocupaciones que ella identificó en un artículo publicado en la revista de la NANDA-I, en el año 2008.

Los enfermeros deben ser capaces de:

Aplicar el conocimiento basado en la investigación de enfermería y de las ciencias como base para la práctica;



Utilizar el juicio clínico y habilidades de toma de decisiones;
 Emplear un diálogo auto-reflexivo y colegiado sobre la práctica profesional;
 Evaluar los resultados de la atención de enfermería a través de la recolección de datos y el cuestionamiento de las inconsistencias, permitiendo la revisión de las acciones y metas;

Emplear la solución creativa de problemas⁸ (pág. 10).

Cuando la Dra. Von Krogh revisó la Taxonomía II, ella concluyó que era necesario:

Asegurar la integridad del dominio de la clasificación probable

Incluir todos los paradigmas de enfermería, incluyendo la orientación existencial y fenomenológica. La taxonomía actual está principalmente orientada hacia los conceptos teóricos de las teorías de Necesidades Humanas y de Adaptación

Facilitar la tarea de orientación en la clasificación

Funcionar como un mapa cognitivo, reduciendo el número de dominios y clases

Validar conceptos clasificados seleccionados

Generalizar el conocimiento sobre los fenómenos dentro de una estructura jerárquica, permitiéndoles a los médicos que rápidamente identifiquen posibles opciones de intervención

¿A quién le importa? Es siempre importante recordar quién utilizará nuestro producto.

En este caso, el producto es una taxonomía nueva y revisada – recuérdense de que cuando decimos “taxonomía”, no nos referimos a los diagnósticos propiamente – y si nos referimos al modelo de nuestro campoprofesional, o a una manera de proporcionar la estructura y el orden en nuestro campo profesional. Por lo tanto, es para mí crítico que los enfermeros que brindan atención a nuestros pacientes sean capaces de entender y relacionarse con la taxonomía para que puedan, fácilmente, verla como una forma de organizar el contenido del dominio con el cuál trabajan a diario. En mi opinión, no es exitoso si solamente investigadores, académicos o informáticos la entienden – ella debe, en primer lugar y principalmente, ser comprensible para nuestros enfermeros clínicos. Entonces, después de superada esa prueba, ella debe ser “enseñable” para que los educadores puedan integrarla en los planes de estudio. Debe ser posible validarla a través de distintos modos de investigación. Y, debe encajarse dentro de la estructura de diferentes aplicaciones de HCE.

Una buena taxonomía es simple, fácil de recordar y de utilizar.

Charles Mingus dijo, en la siguiente cita, que “Hacer lo simple complicado es común; hacer lo complicado simple, asombrosamente simple, eso es creatividad”. Así, consideremos el desarrollo de una taxonomía como un acto creativo - ¿esta estructura taxonómica le facilita la vida a nuestros enfermeros, o la hace más difícil? Pienso que, en enfermería, a menudo hacemos las cosas de forma más complicada de lo necesario. Lo que realmente necesitamos es una taxonomía que no nos obligue a llevar pequeñas notas en el bolsillo a todas partes, para recordarnos de los diferentes dominios o clases, o donde busquemos nuestros diagnósticos más frecuentes - eso debería ser intuitivo. Y debería ser accesible para mí, independientemente de la estructura de evaluación que utilizo o del modelo teórico en el cuál baso mi práctica -



que esto sea otro caso más de algo que tiene sentido en la teoría, pero que es difícil en la práctica.

Considerando los dominios, dos cuestiones me preocuparon –no se olviden que dije que soy una persona pragmática- en el contexto norteamericano, es posible que el término “existencial” genere espanto entre estudiantes y enfermeros clínicos, y comentarios de profesores que viven en sus torres de marfil de la academia. Simplemente, no es una palabra que los enfermeros clínicos utilicen con frecuencia –a lo mejor pueden entenderla, lo más probable es que la hayan oído y tal vez, incluso, hayan estudiado el existencialismo en clases de filosofía– ¿pero tendrá relevancia clínica para ellos, o será que la ven como más un ejemplo de la falta de comprensión de lo que “los enfermeros de verdad hacen”? Personalmente, el concepto me encanta –¿pero será clínicamente útil? Mi segunda preocupación, una vez más desde una perspectiva norteamericana, es el término dominio “mental” -esa palabra, mental, puede tener una connotación muy peyorativa en mi país. A menudo se utiliza para referirse a “locos” o “enfermos mentales” - ¿los enfermeros se van a alejar de este término, o lo ven como demasiado crítico? Por otro lado, he pensado esto a fondo y no se me ocurre otro término que englobe la cognición, el auto-concepto y la regulación del humor. Tal vez estoy demasiado preocupada - pero tenemos que estar seguros de que los enfermeros clínicos encuentren esos términos útiles y relevantes en todas las culturas.

La taxonomía de la NANDA-I debe ser un modelo del área de enfermería de la práctica en salud.

La taxonomía debe ser un modelo del ser un modelo del área de enfermería de la práctica en salud. La taxonomía debe comunicar los conocimientos de enfermería - perspectivas y teorías. La taxonomía debe ser una herramienta funcional en la práctica clínica, y debe ser compatible con el diseño de la ontología de la informática de la salud.

Debemos asegurarnos de que la taxonomía funcione como una herramienta en el razonamiento clínico. Nuestra taxonomía debe representar la integridad del dominio del dominio cliente de la enfermería.

¿Los siete dominios propuestos logran alcanzar la integridad de dominio?

La taxonomía recomendada está compuesta por siete dominios: fisiológico, mental, existencial, funcional, seguridad y medio ambiente. Los dominios comunican completo dominio de la base de conocimientos de enfermería clínica, y los factores que pueden ser controlados o manipulados por los enfermeros, y las coherencias entre los factores. ¿Podemos validar la integridad de dominio con los enfermeros a través de distintas áreas de práctica, lugares de práctica, y endiferentes idiomas y países?

La validación de una taxonomía puede implicar diferentes niveles de análisis.

¿Se debe validar la estructura taxonómica completa, o validar un taxón dentro de una estructura, o aún, validar las diferencias entre dos diagnósticos?

Un ejemplo de un estudio de validación taxonómica sería el de comparar dos taxonomías naturales completas de los mismos fenómenos. La taxonomía de la NANDA incluye la tipología del dolor y 2 subtipos, el dolor agudo y el dolor crónico. Un



método para validar esta taxonomía, podría ser la de comparar algunas taxonomías del dolor de la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor a la taxonomía de la NANDA-I. La evaluación de los mismos sujetos que están experimentando dolor, utilizando los criterios de ambas taxonomías, nos permitiría comparar las características definitorias y los factores relacionados que separan los tipos de dolor dentro de esas taxonomías. Otro ejemplo podría ser el de comparar similitudes y diferencias en las características definitorias entre los pacientes de postrauma y aquellos con cáncer. En lugar de diferenciar entre los tipos de dolor, el objetivo sería aclarar las características comunes y las que difieren entre las categorías de dolor agudo y dolor crónico.

Una taxonomía confiable y válida tiene relaciones estables designadas por agrupaciones y cada elemento dentro de la estructura taxonómica se limita a la representación de una sola construcción.

Una taxonomía válida legitima a los elementos que componen la taxonomía y aumenta la confianza en su generalización y su previsibilidad*.

Cuando uno piensa en validación, la pregunta más frecuente que se viene a la mente es: ¿Estamos midiendo lo que queremos medir? La validez taxonómica suscita las mismas preguntas que la validez de investigación. Se pueden aplicar tres tipos de validación a una taxonomía: de contenido, de criterio y de constructo. Estos tipos de validez pueden ser examinados con respecto a la estructura taxonómica completa o dirigida hacia a los elementos o taxones dentro de la taxonomía. Además, una taxonomía válida es fiable. La fiabilidad involucra estabilidad y reproducibilidad (Nunnally, 1978). Por lo tanto, una taxonomía fiable y válida es aquella en la cuál las relaciones designadas por agrupaciones son estables y cada elemento dentro de la estructura taxonómica se limita a representar a sólo un constructo.

Si la Taxonomía III propuesta tiene validez de contenido, representará adecuadamente el dominio de la enfermería.

Cuanto menos definido es un concepto, más difícil es evaluar su validez de su contenido. Una taxonomía de diagnósticos de enfermería que tiene validez de contenido representaría adecuadamente el dominio de los diagnósticos de enfermería observados en los pacientes. Asegurar la validez del contenido de la taxonomía de diagnósticos de enfermería completa incluye (a) la comprensión de lo que es y lo que no es un diagnóstico de enfermería, (b) la identificación de las condiciones que estén conformes con la definición de un diagnóstico de enfermería, y (c) la garantía de que las relaciones entre los diagnósticos con una clase son más fuertes que las relaciones entre los diagnósticos fuera de esa clase. La validez de contenido de un diagnóstico específico se determina mediante la evaluación de la adecuación de las características definitorias de los diagnósticos de enfermería individuales. ¿Las características definitorias son representativas de ese diagnóstico de enfermería en particular? ¿La divergencia entre dos o más diagnósticos está adecuadamente determinada por las diferencias en las características definitorias?



La validez de criterios asegura la previsibilidad en base a la taxonomía.

La validez de criterio (también llamada validez predictiva) se demuestra cuando el elemento o la escala tienen una relación empírica con un criterio o "patrón oro" (DeVellis, 1991). La capacidad de predicción de una variable se destaca sobre otra (Anastasi, 1988). Si la validez de criterios está presente, la respuesta a una variable secundaria que se cree medir el atributo deseado es predecible. La evaluación de la validez de criterio de una taxonomía es el análisis de la taxonomía con un segundo concepto (p. ej. edad). Si se sabe que un adulto mayor tendrá más diagnósticos bajo un taxón específico (por ejemplo, del dominio Existencial), entonces debe haber una relación más fuerte entre la edad más avanzada y la incidencia de los diagnósticos bajo dicho taxón. La existencia de dicha relación proporciona evidencia de la validez de criterio.

La validez de constructo prueba las relaciones hipotéticas basadas en relaciones teóricas.

La validez de constructo incluye la evaluación de la teoría y los supuestos detrás de la opción o la escala y su relación con otras variables (Kerlinger, pág. 420). La validez de constructo es impulsada teóricamente, mientras la validez de criterio no lo es. Para la taxonomía III, la validez de constructo podría medirse por medio de la comprobación de relaciones hipotéticas en base a relaciones teóricas. Esto requeriría la identificación de hipótesis basadas en la teoría y la comprobación de esas hipótesis. Para evaluar la validez de constructo, los investigadores podrían investigar el "dentro" en comparación con el "entre" la relación de las características definitorias. Por ejemplo, ¿las múltiples características definitorias de *deterioro del confort* están más relacionadas entre sí que con las características definitorias del *dolor agudo* o del *dolor crónico*, o el *aislamiento social*, especialmente a la luz de la teoría del confort de Kolcaba?

La disciplina de enfermería debe estar plenamente representada en la historia clínica electrónica.

Gunn von Krogh discutió una arquitectura de la información utilizada en la informática de la salud, conocida como el diseño de la ontología. Si ustedes recuerdan, ella indicó que el diseño de la ontología consiste en el *proceso de la ontología*, que organiza el flujo de trabajo, y el *contenido de la ontología*, que organiza un cuerpo de conocimientos profesionales. Para que seamos capaces de recuperar la información almacenada en la HCE, los dos tipos de ontologías deben relacionarse. Las estructuras jerárquicas de dominios, clases y diagnósticos comparten propiedades esenciales –es decir, las estructuras jerárquicas tienen homogeneidad ontológica.

La Taxonomía III propuesta se ajusta a las estructuras de HME?

Necesito dejar claro que yo no soy informática -sino que como administradora de la salud, quiero información que pueda ser recuperada de la historia clínica electrónica de un paciente para demostrar una atención segura y de calidad o su falta. Si se desarrollan adecuadamente, las bases de datos pueden proporcionar información para demostrar cuales criterios de evaluación son más predecibles para los pacientes con riesgo de fenómenos en particular que en realidad los experimentan. Por ejemplo,



¿cuáles son los factores más predictivos de una mujer en postparto de un *riesgo de sangrado* a experimentar una verdadera hemorragia posparto? Si la Taxonomía III está construida de una manera que proporcione una homogeneidad ontológica, que facilita un medio para empezar a recoger algunos de estos datos -y, finalmente, una manera de garantizar una mejor atención al paciente

La investigación internacional podría realizarse en estas tres áreas de importancia.

Por último, como una taxonomía internacional de la práctica de enfermería, es importante validar la taxonomía en las áreas de práctica clínica, educación, e informática a nivel mundial. Estudiantes, educadores, enfermeros clínicos y enfermeros de informáticos -todos pueden jugar un papel importante en la validación de esta taxonomía propuesta desde una perspectiva internacional.

Una vez validada, una taxonomía revisada o nueva estaría lista para su revisión formal por parte de la NANDA Internacional.

Una Taxonomía III revisada o nueva debe presentarse a los miembros de la NANDA-I.

Cualquier taxonomía propuesta debe ser difundida a través de múltiples métodos – boletines electrónicos, sitio web, correo electrónico, artículos y presentaciones educativas son algunos de los métodos que utilizaremos para correr la voz a los enfermeros en todo el mundo. La discusión se iniciará a través de nuestra página web, y tal vez incluso a través de oportunidades de videoconferencia o vídeos. Debemos usar la tecnología para impulsar la difusión. Por último, la propuesta debe ir a votación por los miembros de la NANDA-I. Esto destaca la importancia de los miembros dentro de la organización, ya que sólo aquellos que son miembros de la NANDA-I tienen voz en la determinación de su estructura taxonómica.

Nuestro objetivo final es tener una taxonomía que represente el conocimiento de enfermería.

Creo que vamos en camino de ofrecer una mejor taxonomía. Esto no quiere decir que la Taxonomía I o la Taxonomía II estaban equivocadas, inadecuadas o eran de mala calidad. En verdad, esto refleja el continuado desarrollo de conocimiento en el desarrollo taxonómico, y el compromiso de la NANDA-I en impactar la atención segura al paciente e influir positivamente en la práctica clínica de enfermería. Estimulo a que todos se junten en esta emocionante aventura -en última instancia, la NANDA-I no trata solamente de diagnósticos de enfermería. Más bien, la NANDA-I representa la atención segura al paciente, y la capacidad de describir, definir y establecer criterios de evaluación con precisión para los juicios que los enfermeros profesionales hacen sobre los pacientes que cuidan. Para ello, un grupo de trabajo de taxonomía con miembros de la Clasificación de Resultados de Enfermería se ha establecido para continuar con el trabajo que se ha iniciado por la Dra. Gunn von Krogh, nuestra actual presidenta de taxonomía. Es posible que el resultado luzca muy distinto a su propuesta inicial, o de hecho, que pueda ser muy similar.

¿Hacia dónde vamos desde aquí?

Los miembros del grupo de trabajo de la taxonomía de la NANDA Internacional estarán trabajando muy diligentemente durante los próximos meses para empezar a llegar hasta los enfermeros en distintos entornos, idiomas y áreas de práctica para obtener retroalimentación y respuesta a posibles revisiones a la taxonomía. Por eso, quiero aprovechar esta oportunidad, para animarlos a que busquen oportunidades de participar en este esfuerzo haciéndose miembros de la NANDA Internacional, para que tengan voz en las decisiones que se harán. Y aliento a todos a que sigan luchando para darle nombre al conocimiento de la enfermería, con exactitud y coherentemente.

Muchas gracias por tenerme hoy con ustedes, como parte de esta maravillosa conferencia.

Comunicaciones

LOS PLANES DE CUIDADOS DENTRO DEL PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD DE UN CENTRO DE SALUD.

AUTORES

Ángel Martín-García, Isabel Herrero-Medina, María Pilar Rabadán-Carrasco, Javier García-Elorza, Guadalupe López-López, María Goretti Pacheco-Rentero

PALABRAS CLAVE

Calidad de la Atención de Salud; Enfermería de Atención Primaria; Atención de Enfermería

INTRODUCCIÓN

Los Planes de Cuidados son una herramienta que favorece el abordaje conjunto de los problemas de salud, unificando conceptos y metodología, para así mejorar la calidad de los cuidados prestados. Este proyecto pretende mejorar la calidad científico-técnica de los cuidados que se prestan en un centro de salud urbano, así como la efectividad, a través de la mejora de los resultados de los indicadores de planes de cuidados en el Contrato Programa del Centro (CPC)

MATERIAL Y MÉTODOS

Votación entre los miembros del equipo directivo y la comisión de calidad para identificar áreas de mejora. Posteriormente se realizó una comparación por pares y se priorizaron como oportunidad de mejora los planes de cuidados de enfermería. Se realizó un análisis de causas (Diagrama causa-efecto), una clasificación de causas y una planificación de las acciones de mejora. La evolución de los indicadores será mediante la información disponible en e-SOAP

RESULTADOS

Como causas estructurales se identificaron: fallos del sistema informático, desinterés por dirección de enfermería y no dar prioridad al tema. Como causas con repercusión conocida sobre el problema analizado y frecuencia desconocida-conocida se identificó: falta de formación, personal nuevo procedente de especializada, ausencia del paciente a citas, abandono de planes sin notificación. Tras el análisis de causas se decide abordar con acciones de mejora las causas con repercusión y frecuencia conocida sobre el área de mejora priorizada: desconocimiento de los planes de cuidados, falta de cumplimentación de datos y ausencia de difusión sobre objetivos y resultados del CPC. Se plantean dos acciones: sesiones formativas para enfermeras/os y sesiones trimestrales informativas de los resultados.

CONCLUSIONES

La aplicación del ciclo de mejora permite identificar las causas con repercusión y frecuencia conocida sobre el área de mejora priorizada y abordar con acciones de mejora las mismas.

EL DIAGNÓSTICO NANDA-I DUELO EN CASOS DE PÉRDIDA PERINATAL: ANÁLISIS POR EXPERTOS

AUTORES

Olga Paloma-Castro, Juan Carlos Paramio-Cuevas, José Manuel Romero-Sánchez, Sonia Pastor-Montero, Isabel L. Lepiani-Díaz.

PALABRAS CLAVE

Diagnóstico Enfermero, Duelo Perinatal, Validación.

INTRODUCCIÓN

El objetivo general de este trabajo fue la validación de contenido del diagnóstico enfermero NANDA-I “Duelo” para su utilización en casos de pérdida perinatal.

MATERIAL Y MÉTODOS

Utilizando el marco metodológico propuesto por Fehring se utilizó un cuestionario semiestructurado para evaluar la adecuación de las características definitorias del diagnóstico “Duelo” en casos de pérdida perinatal, además de otras manifestaciones propuestas basadas en la bibliografía.

RESULTADOS

Se obtuvo una muestra final de 208 expertos. El índice de validez del contenido del diagnóstico en su totalidad fue de 0,867. De las 18 características definitorias del diagnóstico “Duelo”, 12 fueron validadas por los expertos. De ellas 7 alcanzaron valores del CVI para ser consideradas mayores y 5 menores. Otras 5 características no fueron consideradas indicativas del diagnóstico cuando se aplica a situaciones de duelo perinatal. De las manifestaciones propuestas en base a la literatura solo resultó característica mayor una de ellas.

CONCLUSIONES

Las características definitorias del diagnóstico enfermero “Duelo” se adecuan en contenido a los casos de pérdida perinatal según los expertos, por lo que su utilización sería pertinente en planes de cuidados individualizados y estandarizados. Se propone continuar el estudio clínico de las nuevas manifestaciones propuestas, ya que son muy próximas al 0,8 y cabe pensar que la valoración de estas no se está llevando a cabo. En base a los resultados se propone el análisis factorial como técnica a tener en cuenta a la hora de la validación diagnóstica.

BIBLIOGRAFÍA

- Claramunt, M.A., Álvarez, M., Jové, R., Santos, E. (2009). La cuna vacía. Madrid: La esfera de los libros.
- Fehring, R (1994). The Fehring model. En: Carroll-Johnson Paquette: Classification of Nursing Diagnosis: Proceedings of the tenth conference. Philadelphia: JB Lippincott Company: 55-57.

BIBLIOGRAFÍA

- Guillemin, F. (1995). Cross-cultural adaptation and validation of health status measures. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, 24(2), 61-63.
- Lunney, M. y Krenz, M.A. (1992). An instrument to measure attitudes toward nursing diagnosis. En: Carroll-Johnson, R.M. y Paquette, M., Eds. *Classification of Nursing Diagnoses. Proceedings of the Tenth Conference of North American Nursing Diagnosis Association* (pp. 389-90). San Diego: Lippincott.

ESTRATEGIA DE INTEGRACIÓN DE LOS LENGUAJES ESTANDARIZADOS EN EL GRADO DE ENFERMERÍA.

AUTORES

Lamoglia Puig, Montserrat; Roca Llobet, Judith; Vila Gimeno, Carme; Bayot Escardivol, Rosa; Rifà Ros, Rosa; Canet Vélez, Olga

PALABRAS CLAVE

Caso clínico, lenguajes NANDA NIC NOC, simulación clínica, estrategia pedagógica.

INTRODUCCIÓN

El Seminario Profesionalizador 1 es una asignatura propia del actual plan de estudios del Grado en Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud Blanquerna de Barcelona (España), que forma parte del módulo del Practicum. Esta asignatura permite integrar y desarrollar conocimientos, habilidades y actitudes específicas de la fase formativa de segundo curso resolviendo casos clínicos con lenguajes enfermeros.

Contribuye a la adquisición las siguientes competencias específicas de enfermería:

Individualizar los cuidados considerando la edad, el género, las diferencias culturales, el grupo étnico, las creencias y los valores.

Realizar el proceso de enfermería para proporcionar y garantizar el bienestar, la calidad y la seguridad de las personas atendidas.

Seleccionar las intervenciones encaminadas a tratar o prevenir los problemas derivados de las desviaciones de salud y realizar las técnicas y los procedimientos de los cuidados de enfermería.

También contribuye al logro de cuatro competencias transversales o genéricas:

Capacidad de crítica y autocrítica

Capacidad para la resolución de problemas

Capacidad para la toma de decisiones

Capacidad para el trabajo en equipo

MATERIAL Y MÉTODO

Esta asignatura propia del segundo semestre del segundo curso del grado en Enfermería se realiza en grupos reducidos en dos espacios diferenciados: las aulas denominadas de seminario (pequeños espacios con una mesa central con capacidad para diez estudiantes) y las aulas de simulaciones clínicas. En las que se simula un entorno hospitalario (habitación de un hospital con un maniquí) para que el estudiante en grupos también reducidos pueda adquirir las competencias profesionalizadoras.

Los estudiantes realizan el diagnóstico y diseño de los planes de cuidados de tres casos clínicos. Durante un período de seis semanas se trabajan estos casos mediante diversas estrategias pedagógicas con la finalidad de progresar en el aprendizaje de las diferentes fases del Proceso de Atención de Enfermería (PAE). Se utiliza el modelo AREA (Análisis de Resultados del Estado Actual) y los lenguajes enfermeros NANDA NIC NOC.

Dichas estrategias pedagógicas son:



El método del caso en dos fases.

La simulación con maniquí.

El método del caso se realiza en el espacio/aula “de seminario”. Consiste en la presentación al grupo de estudiantes de un problema prototípico, es decir, una situación profesional auténtica a la que probablemente el futuro egresado tendrá que enfrentarse una vez finalizado sus estudios. En esta situación se describe, de forma detallada el escenario clínico de un paciente hipotético (a partir de experiencias asistenciales reales). Los diferentes casos que se trabajan, ofrecen datos y elementos para reflexionar, investigar y/o debatir. Exigen además efectuar una toma de decisiones consciente e intencional para la planificación de los cuidados a programar. Los estudiantes, en una actividad en grupo, deben realizar un análisis para seleccionar los puntos críticos, las alternativas y las propuestas de solución: las hipótesis diagnósticas (diagnósticos enfermeros y problemas de colaboración) así como los NOC (resultados) y los NIC (intervenciones de enfermería) más convenientes.

La segunda fase del método del caso tiene lugar en los espacios de las aulas de simulaciones clínicas y utilizamos la estrategia pedagógica de la resolución de un incidente. Se diseña un incidente dentro del caso trabajado en seminario, de tal forma que se espera que el estudiante lo perciba como real y nos permita analizar así su comportamiento frente al mismo. El estudiante, de forma individual, debe analizar, seleccionar, decidir y priorizar las intervenciones de enfermería (NIC) más adecuadas justificando en cada caso su respuesta. Es una manera de evidenciar si es capaz de resolver situaciones profesionales prototípicas, y si ha adquirido las competencias profesionalizadoras planteadas en las clases simulación clínica. Realizamos una evaluación formativa con el objetivo de comprobar si el estudiante puede resolver, de acuerdo a su nivel competencial como tal, problemas similares a los que deben enfrentarse las enfermeras en su práctica asistencial. Su finalidad básica es identificar como el estudiante aprende y cómo va estructurando el conocimiento, además de constatar como prioriza las diferentes intervenciones de enfermería (NIC).

La última estrategia utilizada, la simulación con maniquí, permite que el estudiante, una vez ha seleccionado las intervenciones de enfermería (NIC) más adecuadas, ponga en práctica de forma individual, sus habilidades y sus actitudes con el maniquí. Es una recreación de situaciones ficticias, intentando que en ellas se gestionen condiciones y variables reales. Se sitúa al estudiante frente a un episodio en el que aparecen factores relevantes que serán objeto de su posterior aprendizaje. La simulación con maniquí también tiene lugar en las aulas de simulación clínica, pues están acondicionadas para este tipo de aprendizaje.

RESULTADOS

Los estudiantes fueron capaces de analizar en profundidad los tres casos clínicos planteados, elaborando una respuesta idónea a las situaciones propuestas, movilizando para ello diferentes recursos teóricos y prácticos adquiridos en su formación.

En los resultados académicos se han obtenido la siguientes calificaciones:

De la primera fase del método del caso: un 1% de no presentado, 2% suspenso, un 13% de aprobado, 70% notable y el 14% excelente.



De las actividades efectuadas en las aulas de simulaciones clínicas (segunda fase del método del caso y simulación con maniquí): un 1% suspenso, un 27% de aprobado, 62% notable y el 10% excelente.

Los resultados muestran que los estudiantes integran los conceptos teóricos ya que posteriormente son capaces de aplicarlos en las sesiones de simulación.

Los profesores que han participado en la experiencia también destacan la gran motivación de los estudiantes, uno de los ítems fundamentales en el proceso de enseñanza-aprendizaje.

CONCLUSIONES

La interrelación de los dos espacios formativos el seminario (teórico) y las simulaciones clínicas (práctica), proporciona al estudiante una forma de aprender más integrada.

Se consiguió el logro competencial de una forma coordinada y combinada de los diferentes dominios del saber (saber, saber hacer, y saber estar) con una alta motivación.

La combinación de las estrategias pedagógicas permiten el desarrollo de todas las fases del Proceso de Atención de Enfermería y acercan al estudiante a la realidad asistencial, potenciando la capacidad para la resolución de problemas, la toma de decisiones y el trabajo en equipo.

La evaluación formativa que plantea esta asignatura permite incorporar la reflexión del proceso de aprendizaje a medida que éste se lleva cabo.

BIBLIOGRAFÍA

- Barberá E, Badia A. Educar con aulas virtuales: Orientaciones para la innovación en el proceso de enseñanza y aprendizaje. Madrid: Antonio Machado Libros; 2004.
- Bulechek GM, Butcher HK, Mc Closkey JC. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5ª ed. Madrid: Elsevier; 2009.
- Castelló M, Monereo C. Modelo de planificación y desarrollo de módulos curriculares en la universidad. Seminari d'Investigació Interuniversitari sobre Estratègies d'Ensenyament i Aprenentatge. 2007.
- Castelló M, editor. Escribir y comunicarse en contextos científicos y académicos: conocimientos y estrategias. Barcelona: Graó; 2007.
- Castelló M, editor. La evaluación auténtica en enseñanza secundaria y universitaria: investigación e innovación. Barcelona: Edebé; 2009.
- Coll C, Monereo C, editores. Psicología de la educación virtual. Madrid: Morata; 2008.
- Moorhead S, Johnson M, Maas ML et al. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Madrid: Elsevier; 2009:
- Monereo C, Duran D. Entramats: mètodes d'aprenentatge cooperatiu i col·laboratiu. Barcelona: Edebé; 2001.
- Monereo C, Pozo JI. La Universidad ante la nueva cultura educativa: enseñar y aprender para la autonomía. Madrid: Síntesis; 2003.
- Rifà R, Olivé C, Lamoglia M. Lenguaje NIC para el aprendizaje teórico-práctico en enfermería. Barcelona: Elsevier; 2012.
- Zabalza MA. Competencias docentes del profesorado universitario. Madrid: Narcea; 2006.

entorno representa una capacidad imprescindible para los enfermeros, por la alta polivalencia y variabilidad de los lugares específicos donde desarrollar su práctica profesional, y constituye un elemento prioritario en nuestra formación. La multiculturalidad ha provocado en la sanidad cambios relacionados con el mundo profesional y laboral en enfermería. Esto hizo plantearnos la necesidad de introducir en un nuestro perfil formativo [5] una serie de competencias asociadas a la comprensión y adaptación al entorno y que, en su conjunto, desarrollan la competencia cultural. Dicha competencia se implementa de forma transversal a lo largo del currículum formativo trabajándose en, prácticamente todas las asignaturas. Por otra parte, las competencias generales de los graduados de la UAB incorporadas a la titulación contemplan también este concepto de competencia cultural en sus competencias generales bajo el enunciado: “respetar la diversidad y la pluralidad de ideas, personas y situaciones” que impregna toda la formación curricular. En asignaturas más concretas se trabajan las competencias específicas dadas también por la Universidad como: “demostrar que comprende el comportamiento interactivo de las personas en función del género, grupo o comunidad dentro de su contexto social y multicultural” o “demostrar que comprende sin prejuicios a las personas, considerando los aspectos físicos, psicológicos y sociales, como individuos autónomos e independientes, asegurando el respeto a sus opiniones, creencias y valores, garantizando el derecho a la intimidad, a través de la confidencialidad y el secreto profesional”.

La asignatura de primer curso de grado, Cultura, Sociedad y Salud desarrolla profundamente estos conceptos incidiendo muy directamente sobre las actitudes. Es la asignatura que tomamos como referencia para iniciar el desarrollo de la competencia cultural. Pero también se trabaja en otras asignaturas como es la Historia de los Cuidados y Pensamiento Enfermero, Ciencias Psicosociales, y Principios de Nutrición.

En segundo curso, tal y como se expondrá posteriormente, se trabaja principalmente en el Módulo Integrado de Cuidados de Enfermería en el Adulto, asignatura donde se incide fundamentalmente en las taxonomías NANDA, NIC y NOC (NNN) como herramientas útiles para la adquisición de dicha competencia y de cuyo análisis ha surgido la necesidad de realizar este trabajo. Las asignaturas Enfermería y Salud Comunitaria, Ética y Marco Legal en Enfermería o Comunicación Terapéutica, también desarrollan este ámbito competencial a partir de casos prácticos, y Educación para la Salud, lo trabaja con metodología fundamentada en el aprendizaje basado en problemas (ABP).

En el tercer curso la competencia cultural se trabaja transversalmente aplicada a cada uno de los contextos específicos de diversas asignaturas como son Cuidados de Enfermería en el Proceso de Envejecimiento, en Salud Mental, en los Cuidados de Enfermería en la Mujer, la Infancia y Adolescencia e incluso en la asignatura de Enfermería y Cuidados Paliativos.

Por otra parte, cabe destacar que todos los Prácticums desde primer curso hasta cuarto contemplan de forma específica el desarrollo de esta competencia ya que, sin duda, es el ámbito más adecuado donde poner en práctica conocimientos, actitudes y habilidades para una competencia cultural eficaz.

METODOLOGÍA

La taxonomía NANDA es concebida desde el ámbito docente como un instrumento capaz de facilitar el aprendizaje del razonamiento clínico en estudiantes de enfermería a través del uso de los diagnósticos de enfermería [6], los cuales se consolidan en la práctica con un uso cada vez más extendido en el entorno asistencial facilitando la actividad enfermera diaria.

Es extensa la bibliografía que apoya las ventajas del uso de los diagnósticos de enfermería, tanto para contribuir al desarrollo científico de la profesión, como para dar sentido y visibilidad al rol autónomo [7-11]. Sin embargo cabe profundizar más acerca del significado que adquieren los cuidados desarrollados a partir del uso de dicha taxonomía, para ajustarse a determinadas situaciones, ya sea por una falta de concreción, o bien debido a posibles interpretaciones en contextos socio-culturales diferentes.

Para este estudio, se toma como punto de partida el diseño de la titulación de grado de enfermería, desde primero hasta cuarto curso, incidiendo en el conjunto de competencias que configuran el plan de estudios con el fin de determinar el nivel de implicación en términos de competencia cultural; a partir de aquí se recurre a la taxonomía NANDA como estrategia de aprendizaje utilizada para incidir en el discurso de sensibilidad cultural desde una perspectiva más operativa.

Dicha metodología se desarrolla en la asignatura Módulo Integrado de Cuidados de Enfermería en el Adulto, que está formada por diferentes unidades temáticas, incluyendo un apartado dedicado a la fisiopatología más prevalente en nuestro contexto asistencial, y que incorpora además los conocimientos básicos sobre farmacología clínica aplicada a dicho contexto. La metodología utilizada para la detección de problemas y desarrollo de los planes de cuidados que se derivan de sus decisiones se fundamenta en el método enfermero a través de las taxonomías NNN, a fin de aproximar al estudiante un lenguaje enfermero común y unos cuidados de enfermería consensuados.

El objetivo principal de este estudio ha sido revisar los componentes implicados en cada una de las 201 etiquetas diagnósticas incluidas en la taxonomía 2009-2011 para determinar si los diagnósticos de enfermería incluidos incorporan aspectos que tengan relación con lo cultural, con el objetivo de poder incidir en ellos en el momento de su aplicación pedagógica; incluir diagnósticos de enfermería que incorporen aspectos culturales puede ser válido para reflexionar acerca del interés de lo cultural en las situaciones cotidianas.

De dicha revisión, surgen unos resultados dónde se detecta que los diagnósticos de enfermería que pertenecen a un ámbito más fisiológico no poseen apenas componentes culturales, y que tampoco afectaría a los cuidados ofrecidos debido a la naturaleza del problema. Por otro lado, de la totalidad de los diagnósticos revisados, 16 de ellos presentan factores culturales en su definición, en sus características definitorias o en sus factores relacionados; no obstante, se percibe que existen al menos 17 etiquetas diagnósticas que deberían presentar algún factor cultural, y sin embargo no aparece.

En la tabla 1 quedan reflejadas aquellas etiquetas diagnósticas que, debido a su naturaleza, dominio, o ámbito de interés sí incorporan factores culturalmente

sensibles, principalmente en los factores relacionados de dichas etiquetas o, en menor proporción, en sus características definitorias. Algunas de estas etiquetas son susceptibles de ser relacionadas con aspectos culturales, y tal y como muestra la actual taxonomía incorporan características culturales determinadas que dotan de un significado cultural a los problemas de enfermería.

Tabla 1.

CÓDIGO	ETIQUETA DIAGNÓSTICA	FACTOR CULTURAL PRESENTE
00099	Mantenimiento ineficaz de la salud	F.R. Sufrimiento espiritual
00012	Estreñimiento subjetivo	F.R. Creencias culturales de la salud
00051	Deterioro de la comunicación verbal	F.R. Diferencias culturales
00121	Trastorno de la identidad personal	F.R. Discontinuidad cultural
00052	Deterioro de la interacción social	F.R. Disonancia sociocultural
00114	Síndrome de estrés del traslado	F.R. Barreras lingüísticas
00149	Riesgo de síndrome de estrés del traslado	F.R. Cambio ambiental
00177	Estrés por sobrecarga	F.R. Amenazas/demandas sociales
00083	Conflicto de decisiones	F.R. Valores morales
00079	Incumplimiento	F.R. Influencias culturales
00175	Sufrimiento moral	F.R. Influencias culturales
00169	Deterioro de la religiosidad	F.R. Barreras culturales
00066	Sufrimiento espiritual	F.R. Deprivación sociocultural
00067	Riesgo de sufrimiento espiritual	F.R. Conflicto cultural
00053	Aislamiento social	F.R. Conducta socialmente no aceptada; C.D. Valores aceptables por el grupo culturalmente dominante

Se han detectado algunas etiquetas diagnósticas que, por su definición o ámbito de aplicación no poseen aspectos culturales, cuando serían susceptibles de que éstos fuesen incorporados con el objetivo de ajustar a la realidad los problemas de enfermería y hacerlos más aplicables a determinados contextos culturales.

La tabla 2, presenta etiquetas diagnósticas como la de “Gestión ineficaz de la propia salud” entre otras detalladas en la citada tabla que debería incorporar elementos con significado cultural en sus factores relacionados. Por otro lado, se detecta que la etiqueta diagnóstica “procesos familiares disfuncionales” debería ampliar su definición incorporando el concepto cultural como una esfera más a tener en cuenta en la valoración de la persona.

Tabla 2.

CÓDIGO	ETIQUETA DIAGNÓSTICA	FACTOR CULTURAL QUE DEBERÍA INCORPORARSE
00078	Gestión ineficaz de la propia salud	F.R: Conflictos culturales
00001	Desequilibrio nutricional: ingesta	F.R: Barreras culturales

	superior a las necesidades	
00097	Déficit de actividades recreativas	F.R: Conflictos culturales
00050	Perturbación del campo de energía	F.R: Barreras culturales
00126	Conocimientos deficientes	F.R: Diferencias culturales
00061	Cansancio del rol cuidador	FR: Conflictos culturales
00062	Riesgo de cansancio del rol cuidador	FR: Conflictos culturales
00056	Deterioro parenteral	FR: Conflictos culturales entre padres
00057	Riesgo de deterioro parenteral	FR: Conflictos culturales entre los padres
00063	Procesos familiares disfuncionales	Definición: las funciones psicosociales, culturales, espirituales y fisiológicas...
00064	Conflicto de rol parenteral	FR: Diferencias culturales
00055	Desempeño ineficaz del rol	FR: ambivalencia cultural/ religiosa.
00114	Síndrome de estrés del traslado	FR: barreras culturales
00149	Riesgo de síndrome de estrés del traslado	FR: Cambio cultural
00177	Estrés por sobrecarga	FR: amenazas/demandas culturales
00083	Conflicto de decisiones	FR: valores culturales
00138	Riesgo de violencia dirigida hacia a otros	FR: Xenofobia

CONCLUSIONES

La Escuela Universitaria de Enfermería Gimbernat enfatiza en su formación la adquisición de competencia cultural tan necesaria, por otra parte, para desarrollar cuidados enfermeros en contextos diversos. Como reflejo de nuestro perfil formativo esta competencia queda integrada de forma transversal en las distintas materias diseñadas en el plan de estudios de la titulación de grado, culminando con la incorporación de un itinerario específico sobre Innovación y Gestión de la Diversidad en Enfermería en el cuarto curso de la titulación y que se complementa con la utilización de instrumentos fundamentados en la metodología enfermera y las taxonomías NNN.

La revisión llevada a cabo abre un amplio abanico de posibilidades dirigido a diseñar diferentes estrategias didácticas dentro de la titulación de grado, entre ellas el poder trabajar con diagnósticos enfermeros con el objetivo de sensibilizar al estudiante en el contexto de lo cultural como inherente a la filosofía de los cuidados universales, y adaptar los cuidados genéricos en base a una determinada cultura para, de este modo, conseguir enfermeros culturalmente sensibles.

El análisis de las etiquetas diagnósticas NANDA desde una perspectiva cultural disminuye las ambigüedades y favorece una mayor concreción en el manejo de planes de cuidados [12]. La falta de sensibilidad cultural provoca desconfianza, estrés y mala comunicación con el paciente y/o comunidad que queremos atender afectando



directamente al bienestar tanto de la enfermera debido a la situación de estrés cómo al paciente que se siente incomprendido.

Por otro lado, la detección de algunos déficits en los diagnósticos de enfermería puede contribuir a seguir trabajando en una mayor concreción, a fin de ajustar el máximo posible la metodología enfermera a la realidad que nos envuelve. Y en este sentido se hace posible incorporar el estudio y profundización sobre etiquetas diagnósticas en la asignatura Trabajo Final de Grado, en la asignatura de Enfermería Internacional y en el itinerario sobre la de gestión de la diversidad en enfermería, correspondientes al itinerario de Innovación y Gestión de la Diversidad en Enfermería de cuarto curso.

BIBLIOGRAFÍA

- [1] Tejada J. Acerca de las competencias profesionales. Disponible en: <http://dewey.uab.es/pmarques/dioe/competencias.pdf>
- [2] Comellas MJ. La información competencial del profesorado: formación continuada y nuevos retos organizativos. *Educación*. 2000; 27:87-101.
- [3] Lehninger M. “Cuidar a los que son de culturas diferentes requiere el conocimiento y las aptitudes de la enfermería transcultural”. *Cuidado*. 1999; 6: 22-26.
- [4] Vázquez ML. El cuidado desde la perspectiva transcultural: una necesidad en un mundo cambiante. *Invest Educ Enferm*. 2002; 19: 48-54.
- [5] Aradilla A, Antonin M, Fernández P, Flor P. Competències en Infermeria. Perfil Formatiu basat en competències. Bellaterra: Universitat Autònoma de Barcelona. 2008.
- [6] Farren AT. An educational strategy for teaching standardized nursing languages. *Int J Nurs Terminol Classif*. 2010; 21(1):3-13.
- [7] Smith KJ, Craft-Rosenberg M. Using NANDA, NIC and NOC in an undergraduate nursing practicum. *Nurse Educ*. 2010; 35(4):162-166.
- [8] Frauenfelder F, Müller-Staub M, Needham I, van Achterberg T. Nursing phenomena in inpatient psychiatry. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2011; 18(3): 221-235.
- [9] Law L, Akroyd K, Burke L. Improving nurse documentation and record keeping in stoma care. *Br J Nurs*. 2010; 19(21): 1328-1332.
- [10] Häyrynen K, Lammintakanen J, Saranto K. Evaluation of electronic nursing documentation—nursing process model and standardized terminologies as keys to visible and transparent nursing. *Int J Med Inform*. 2010; 79(8):554-564.
- [11] Frisch N, Frish L. Applications of language processing techniques to capture the use of nursing clinical terms from narrative statements: report of a pilot study. *Stud Health Technol Inform*. 2011; 164: 323-327.
- [12] Tomás –Sábado J, Fernández-Narváez P, Fernández-Donaire L, Aradilla-Herrero A. Revisión de la etiqueta diagnóstica ansiedad ante la muerte. *Enferm Clin*. 2007; 17 (3): 152-156.

ADAPTACIÓN DEL INFORME DE CONTINUIDAD AL ALTA DE ENFERMERÍA EN EL HOSPITAL CENTRAL CRUZ ROJA.

AUTORES

Eva López-Narro, Pilar Querencias-García, Cristina Marín-Perales, Jesús Morón-Montiel, Emilia Vela-Quintanar, Ana Bellido-Millán

PALABRAS CLAVE

Informe de enfermería al alta, Diagnósticos de enfermería NANDA, NIC, NOC

INTRODUCCIÓN

El Real Decreto 1093/2010 aprobó el conjunto mínimo de datos del informe clínico del SNS, y surge la necesidad de adaptar el informe de enfermería al alta utilizado en el hospital, para incluir los diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones en un plazo de 18 meses.

MATERIAL Y MÉTODOS

Análisis previo:

Revisión del registro de enfermería al alta validado por la comisión de calidad.

Análisis del RD para establecer nuevos parámetros.

Cursos de formación a enfermeras sobre taxonomía enfermera.

Creación de grupo de trabajo con personal de hospitalización para la elección de DdE-NOC- NIC prevalentes en las unidades de hospitalización

Adaptación del programa informático "Informas" a los criterios de la ley.

Diseño y elaboración de la aplicación:

El grupo de trabajo diseñó la relación de campos/categorías del nuevo SIE.

El Servicio de Informática desarrolló un programa integrado en el sistema informático del centro (HP-HIS), con sistemas de seguridad, integridad y confidencialidad de datos.

Implantación: Prevista para Mayo previa formación del personal.

Análisis final: El SIE permite volcar datos en un formato Excel para su explotación/importación a otras aplicaciones de análisis estadístico

RESULTADOS

Creación y puesta en marcha del informe de continuidad de cuidados de enfermería al alta en un soporte informático que incluye una base de datos.

CONCLUSIONES

El uso de un lenguaje estandarizado garantiza la correcta comunicación de los profesionales y la continuidad de cuidados en los diferentes niveles asistenciales

BIBLIOGRAFÍA

Diagnósticos Enfermeros de la NANDA. Definiciones y Clasificación 1997-1998. HARCOURT BRACE.

Interrelaciones NANDA-NIC-NOC. Marian Johnson/Gloria Balechek, Jeanne McCloskey, Meridean Maas, Sue Moorhead, Elizabeth Swanson.
www.enfermeria-actual.com

COMUNICACIONES

BIBLIOGRAFÍA

1. Castillo Sánchez, MD y León Espinosa de los Monteros, MT. (2003). Educación sanitaria en alimentación y nutrición. Alcalá la Real, Jaén: Formación Alcalá SL.
2. Santamaría García, J.M; Jiménez Rodríguez, M.L; González Sotos, L.A; Arribas Cachá, A et. al. (2010). Notas sobre el cuidado: ¿por qué es y cómo es? Madrid: Departamento Metodología Innovación del cuidado.
3. Sellán Soto, M.C. (2009). La profesión va por dentro. Elementos para una historia de la Enfermería Española Contemporánea. Madrid: Fuden.
4. García Martín-Caro, C y Martínez Martín, M.L. (2001). Historia de la Enfermería. Evolución histórica del cuidado enfermero. Madrid: Harcourt.
5. Eserverri Chaverri, C. (1984). Historia de la Enfermería Española e Hispanoamericana. Barcelona: Salvat.
6. Martín Salinas, C. (2008). El cuidado nutricional como componente del cuidado integral de los pacientes. [versión electrónica]. Metas de enfermería. 11(6): 60-65.
7. Nightingale, F. (1990). Notas sobre Enfermería. Qué es y qué no es. Barcelona: Salvat.
8. Raile Alligood, M y Marriner Tomey, A. (2011). Modelos y Teorías en Enfermería. Barcelona: Elsevier.
9. Orem, D. (1993). Conceptos de Enfermería en la práctica. Barcelona: Masson-Salvat.
10. NANDA International (2010). Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificación 2009-2011. Barcelona: Elsevier.
11. Rodríguez-Martín, A; Novalbos-Ruiz, J.P; Jiménez-Rodríguez, A; Baglietto Ramos, M y Romero Sánchez, J.M. (2010). Implicaciones de la desnutrición en Atención Primaria. [versión electrónica] Nutrición Hospitalaria. 25: 67-69.

ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE PREVALENCIA DE LOS DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS EN PACIENTES ICTUS.

AUTORES

M^a Purificación Morado-Quiñoá, Angeles Fernández-Rodríguez, Juan Carlos Alvarez-Vázquez, M^a Olga Roca Bergantiños, M^a Isabel Rodríguez- Rodríguez, Enrique Gonzalez-Rodríguez

PALABRAS CLAVE

Diagnóstico enfermero

Prevalencia

Ictus

INTRODUCCIÓN

El compartir una base de datos con el mismo lenguaje y metodología en un Servicio de Salud, facilita la realización de estudios que permitan realizar mejoras en la calidad de cuidados y en la formación de los profesionales. Utilizar el lenguaje enfermero en todas las fases del proceso va repercutir en la mejora de la calidad de prestación de cuidados.

OBJETIVO

Conocer la prevalencia de diagnósticos enfermeros en el proceso CIE-9,43490-43491

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional de prevalencia de los diagnósticos enfermeros en los hospitales: Hospital Clínico de Santiago de Compostela (CHUS) y Complejo Hospitalario Xeral-Calde de Lugo.

Base de Datos empleada: GACELA versión 17.

En noviembre de 2011 se realiza la revisión de los planes de cuidados de los pacientes con codificación diagnóstica CIE-9, 434.90-43491 (ICTUS) que estuvieron ingresados entre enero y febrero de 2010, en las unidades de hospitalización.

Análisis de resultados: se emplearon las aplicaciones informáticas Microsoft Excel 2007 y el software estadístico SPSS v. 15.0.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En el 100% de los planes de cuidados había al menos un diagnóstico de enfermería y un factor de relación (FR). Se observó una media de 4 diagnósticos por paciente y 3 factores de relación.

En los 68 pacientes valorados en el CHUS se utilizaron un total de 43 diagnósticos y 37 factores de relación y en los 61 del Xeral-Calde se utilizaron 46 diagnósticos y 53 factores de relación.

En ambas áreas de salud se observó un 50% de pacientes diagnosticados con afectación de la movilidad física.

De los 5 diagnósticos más frecuentes en ambas áreas de salud, coinciden 4 de ellos.

En el CHUS los 5 diagnósticos más prevalentes fueron: afectación de la movilidad

física, riesgo de estreñimiento, trastorno de la comunicación verbal, déficit de auto cuidado: baño-higiene, déficit de auto cuidado: vestido-arreglo personal.

Los 5 FR más prevalentes fueron: lesiones neurológicas, enfermedad, deterioro cognoscitivo-perceptual, dificultad de movimientos e inmovilidad. Observándose en un 60% de los pacientes el FR lesiones neurológicas.

En el Xeral-Calde los 5 diagnósticos más prevalentes fueron: afectación de la movilidad física, trastorno de la comunicación verbal, déficit de auto cuidado: baño-higiene, déficit de auto cuidado: vestido-arreglo personal, riesgo de afectación de la integridad de la piel.

Los 5 FR más prevalentes fueron: dificultad de movimientos, enfermedad, inmovilidad, deterioro cognoscitivo-perceptual y lesiones neurológicas. No observándose diferencias significativas entre ellos.

CONCLUSIONES

La informatización del registro enfermero de una manera tutorizada lleva a la estandarización del cuidado pero también a una estandarización del diagnóstico enfermero.

Las enfermeras clínicas en la práctica real planifican sus cuidados utilizando el lenguaje enfermero.

BIBLIOGRAFÍA

- Carpenito LJ. (2003). Manual de diagnósticos de enfermería. 9ª edición. Madrid: Mc Graw Hill.
- Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 9) 9ª Revisión Modificación Clínica. 2012. Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad. Madrid.
- NANDA Internacional (2010). Diagnósticos enfermeros: Definiciones y Clasificación. 2009-2011. Madrid: Elsevier.
- Villarejo Aguilar L. Diagnóstico de enfermería, resultados e intervenciones identificadas en pacientes ancianos pluripatológicos tras el alta hospitalaria. Gerokomos, 22, 4, 2011, 152-161



MATERIAL Y MÉTODOS

Los datos de esta comunicación han sido tomados de un estudio multicéntrico, con diseño descriptivo transversal, denominado Proyecto CUISAM, que fue desarrollado entre junio de 2010 y julio de 2011 en 5 clínicas psiquiátricas pertenecientes a las Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús. El objetivo principal del estudio fue describir los diagnósticos de enfermería NANDA, los resultados NOC y las intervenciones NIC más frecuentes en una muestra de pacientes psiquiátricos ingresados en recursos de larga y media estancia.

Se incluyeron un total de 690 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión: ser mayor de edad, poseer un diagnóstico psiquiátrico, tener un plan de cuidados de enfermería con las etiquetas NNN, estar ingresado en un recurso de media, larga estancia o de hospitalización parcial y que firmara el consentimiento informado.

Los datos fueron recogidos de manera retrospectiva de las historias clínicas. Se incluyeron datos sociodemográficos y asistenciales, las variables principales fueron: el diagnóstico psiquiátrico según la clasificación CIE-10 y las etiquetas NNN. Esta información fue codificada mediante Excel y STATA V12.1 software (StataCorp LP), mediante análisis de tipo descriptivo.

En este trabajo se incluye una descripción de la submuestra correspondiente a los pacientes con diagnóstico de trastornos de la personalidad y del comportamiento (F60-69 según CIE-10).

RESULTADOS

El número total de pacientes diagnosticados con trastorno de la personalidad y del comportamiento fue 21. De ellos, 13 estaban diagnosticados con trastornos específicos de la personalidad incluyendo trastorno de inestabilidad emocional (5), trastorno esquizoide (1), trastorno paranoide (2), trastorno de la personalidad sin especificación (4) y trastorno disocial (1). Seis tenían el diagnóstico de trastorno mixto de la personalidad y dos de trastorno de la personalidad y del comportamiento del adulto sin especificación. Nueve de ellos eran hombres y doce mujeres. La edad media fue de 62 años (± 22 ; rango 25-92). La mayoría de ellos (18, 85.7%) se encontraban ingresados en recursos de larga estancia.

En conjunto, en los planes de cuidados de estos pacientes se recogieron 92 diagnósticos de enfermería, 121 resultados NOC y 399 intervenciones NIC. Entre los que se podía observar una amplia variabilidad ya que se describían 32 etiquetas NANDA diferentes, 58 NOC diferentes y 116 NIC diferentes. La media de número de diagnósticos de enfermería por paciente fue 4 (± 2 ; rango 1-9), el número medio de resultados NOC fue 5 (± 3 , rango 2-11) y el número medio de resultados NIC fue 19 (± 13 , rango 2-40). Los cinco diagnósticos NANDA más prevalentes fueron Déficit de autocuidado: baño (n=11), Déficit de actividades recreativas (n=7), Deterioro de la interacción social (n=6), Déficit de autocuidado: vestido (n=6) y Gestión ineficaz de la propia salud (n=5). Los resultados NOC más frecuentes fueron: Participación en actividades de ocio (n=8), Motivación (n=6), Autocuidados: higiene (n=5), Integridad tisular: piel y membranas mucosas (n=5) y Autocuidados: actividades de la vida diaria (AVD) (n=4). Las intervenciones NIC más frecuentes fueron: Fomento del ejercicio



(n=15), Aumentar el afrontamiento (n=12), Terapia de actividad (n=11), Potenciación de la socialización (n=11) y Disminución de la ansiedad (n=11).

En las tablas que a continuación se presentan, se describen las interrelaciones NNN para los diagnósticos de enfermería más prevalentes.

Tabla 1. Déficit de autocuidado: baño (108) n= 11 (52,4%)

NOC Autocuidados: higiene (305) n=5		NOC Motivación (1209) n=3		NOC Conocimiento: conservación de la energía (1804) n=1	
NIC	FREC	NIC	FREC	NIC	FREC
1670 Cuidados del cabello	3	4420 Acuerdo con el paciente	.	1670 Cuidados del cabello	2
1680 Cuidados de las uñas	3	4410 Establecimiento de objetivos comunes	.	1660 Cuidados de los pies	1
1660 Cuidados de los pies	3	5606 Enseñanza: individual	.	1720 Fomentar la salud bucal	1
1710 Mantenimiento de la salud bucal	3			1801 Ayuda con los autocuidados: baño/higiene	1
1801 Ayuda con los autocuidados: baño/higiene	2				
1610 Baño	2				
1640 Cuidados de los oídos	2				
5606 Enseñanza: individual	2				
1750 Cuidados perineales	1				
6480 Manejo ambiental	1				
6654 Vigilancia: seguridad	1				
NOC Autocuidados: baño (301) n= 2		NOC Nivel de autocuidado (313) n=1		NOC Autocuidados: actividades de la vida diaria (AVD) (300) n=1	
NIC	FREC	NIC	FREC	NIC	FREC
1801 Ayuda con los autocuidados: baño/higiene	2	1801 Ayuda con los autocuidados: baño/higiene	1	1801 Ayuda con los autocuidados: baño/higiene	1
1610 Baño	1	5606 Enseñanza: individual	1		
6490 Prevención de	1	4410	1		

medicación		de la asertividad		demencia	
5618 Enseñanza: procedimiento/tratamiento	1	4920 Escucha activa	1	4360 Modificación de la conducta	1
5606 Enseñanza: individual	1	4480 Facilitar la autorresponsabilidad	1	5230 Aumentar el afrontamiento	1
5616 Enseñanza: medicamentos prescritos	1	5230 Aumentar el afrontamiento	1		
4920 Escucha activa	1	4360 Modificación de la conducta	1		
1280 Ayuda para disminuir el peso	1				
NOC Conducta terapéutica: enfermedad o lesión (1609) n=1		NOC Conducta de cumplimiento (1601) n=1		NOC Respuesta a la medicación (2301) n=1	
NIC	FREC	NIC	FREC	NIC	FREC
4480 Facilitar la autorresponsabilidad	1	4420 Acuerdo con el paciente	1	2300 Administración de medicación	1
		4360 Modificación de la conducta	1	2380 Manejo de la medicación	1
				5510 Educación sanitaria	1

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En los resultados aquí mostrados reflejan una gran variabilidad en las etiquetas NNN utilizadas en los planes de cuidados de los pacientes con trastornos de la personalidad y del comportamiento. Esta variabilidad es coherente con las diferencias entre los participantes, tanto en relación al diagnóstico específico de la personalidad que presentan, como en lo referente a la edad y grado de dependencia relacionado con ésta. Reflejando así, la individualización de los planes de cuidados según las necesidades de cada paciente.

Sin embargo, analizando con detalle las interrelaciones NNN presentadas, se pueden observar etiquetas NOC y NIC semejantes y estrechamente relacionadas. Así, se pueden ver los aspectos comunes relacionados con la atención de enfermería prestada a estos pacientes. Los diagnósticos de enfermería más frecuentes presentados aquí representan el campo de actuación de enfermería en el ámbito de salud mental, centrándose principalmente, aunque no exclusivamente, en las necesidades psicosociales de los pacientes psiquiátricos y en el fomento y ayuda al autocuidado que normalmente suele verse afectado a consecuencia de la enfermedad mental.

Los datos aquí presentados corresponden a una muestra pequeña de pacientes y esto se debe tener en cuenta a la hora de interpretarlos. Futuros trabajos en esta línea podrían completar estos resultados. La identificación de las etiquetas NNN relevantes



para pacientes con una determinada patología puede contribuir a la mejora de la calidad de la atención de enfermería, ya que permite describir, analizar y predecir los problemas más comunes y los cuidados de enfermería requeridos.

REFERENCIAS

- Escalada Hernández, P., Muñoz Hermoso, P., Marro Larrañaga, I. (in press) La atención de enfermería a pacientes psiquiátricos definida por la taxonomía NANDA-NIC-NOC: una revisión de la literatura. *Revista ROL de Enfermería*, (aceptado el 28 de marzo de 2012).
- Kautz, D.D. & Van Horn, E.R. (2008) An exemplar of the use of NNN language in developing evidence-based practice guidelines. *International Journal of Nursing Terminologies & Classifications*, 19(1), 14-19.
- Keenan, G. & Aquilino, M. L. (1998). Standardized nomenclatures: keys to continuity of care, nursing accountability and nursing effectiveness. *Outcomes Management for Nursing Practice*, 2, 81-86.
- Lundberg, C., Warren, J., Brokel, J., Bulechek, G., Butcher, H., McCloskey Dochterman, J., Johnson, M., Maas, M., Martin, K., Moorhead, S., Spisla, C., Swanson, E. & Giarrizzo-Wilson, S. (2008) Selecting a Standardized Terminology for the Electronic Health Record that Reveals the Impact of Nursing on Patient Care. *Online Journal of Nursing Informatics (OJNI)*, Vol. 12.
- Lunney, M. (2006) Helping nurses use NANDA, NOC, and NIC: novice to expert. *Journal of Nursing Administration*, 36(3), 118-25.
- Muller-Staub, M., Lavin, M.A., Needham, I. & van Achterberg, T. (2006) Nursing diagnoses, interventions and outcomes - application and impact on nursing practice: systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 56(5), 514-31.
- Rutherford, M. (2008) Standardized Nursing Language: What Does It Mean for Nursing Practice? *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, 13(1).
- Thoroddsen, A., Ehnfors, M., Nurs Ed, D. & Ehrenberg, A. Nursing Specialty Knowledge as Expressed by Standardized Nursing Languages. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 21(2), 69-79.



CASO PRÁCTICO: PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON PRÓTESIS DE CADERA

AUTORES

María Paz García-López², María Pilar Veledo-Barrios³

PALABRAS CLAVE

Proceso de Atención de Enfermería. Patrones Funcionales. Metodología Enfermera. Diagnósticos enfermeros. Resultados enfermeros. Intervenciones enfermeras. Prótesis de cadera

RESUMEN

Aviso a domicilio para realizar cura y administrar heparina a una paciente que ha sido dada de alta hospitalaria después de una intervención quirúrgica, por fractura subcapital de fémur derecho, tras la que se le coloca prótesis en cadera derecha.

La paciente es conocida de nuestra consulta, tiene 72 años y vive con su esposo de 75 años. Sabemos que tanto ella como él, gozan de buena salud. En su historia podemos ver que está en lista de espera para intervención de catarata en ojo derecho, (disminución importante de visión en ese ojo). Ningún otro antecedente de interés. Normopeso.

Al llegar al domicilio vemos que se encuentra en la cama y describe dolor en cadera derecha, que se agrava cuando intenta levantarse, y caminar con los bastones como le han recomendado.

Refiere que está nerviosa y que tiene miedo porque cree que no va poder caminar sin los bastones ni hacer todo lo que hacía antes. Nos pregunta que puede hacer, se siente mal y no es partidaria de tomar medicación.

MATERIAL Y MÉTODOS

ACTUACIÓN CONVENCIONAL ENFERMERÍA

Aplicación de heparina

Cura de la herida

Información sobre medicación prescrita para el dolor

PATRONES ALTERADOS

PATRON 6. Cognitivo –Perceptual

PATRON 2. Nutricional-Metabólico

DIAGNOSTICOS ENFERMEROS

00132 Dolor agudo

00126 Conocimientos deficientes

00046 Deterioro de la integridad cutánea

ACTUACIÓN APLICANDO EL PROCESO ENFERMERO

VALORACION (Por Patrones Funcionales de Gordon)

1-Percepción Manejo de la Salud

² Centro de Salud de San Andrés del Rabanedo. León

³ Centro de Salud Trobajo-Valverde. León

Buena salud. No sabe caminar con los bastones.

Catarata en ojo derecho (pendiente de intervención).

Medicación: - heparina s/c c/ 24h.

- Ibuprofeno 600 c/ 8h. (que no ha tomado, cada 8 horas, no quiere tomar medicación)

- Omeprazol 20 c/ 24h.

Alfombras en pasillo y dormitorio.

No sistema de seguridad en el baño (no alfombras anti- deslizantes, ni asas en la bañera), no colocación de suplemento en el WC.

No antecedentes de caídas.

Iluminación buena

2.-Nutricional – Metabólico

Alimentación: cumple los requisitos mínimos para todos los nutrientes y líquidos adecuados.

Herida quirúrgica en buen estado. No signos de infección. 20 grapas de sutura.

Normopeso.

Piel hidratada, no edemas.

Higiene adecuada

3.- Eliminación

No incontinencia urinaria.

Deposición diaria.

4.- Actividad – Ejercicio

Alimentación: completo autocuidado.

Baño/Higiene: necesita ayuda-supervisión.

Vestido/Acicalamiento: necesita ayuda- supervisión.

Uso de WC: necesita ayuda-supervisión.

Utiliza bastones de ortopedia recomendados por cirujano.

Índice de Barthel, puntuación total 65 (>60, dependiente leve).

5.- Sueño - Descanso

Concilia bien el sueño, pero le despierta el dolor a media noche, porque no siempre toma la medicación para el dolor.

Se nota algo cansada por la mañana.

6.- Cognitivo – Perceptivo

Visión disminuida del ojo derecho (catarata)

Dolor que trata con Ibuprofeno c/12-24 h. aunque se lo han prescrito cada 8 horas.

No sabe poner la Heparina, porque nadie le ha enseñado.

7.-Autopercepción – Autoconcepto

Esta nerviosa y tiene miedo, porque cree que no va a poder caminar nunca sin los bastones.

8.- Rol – Relaciones

El marido es su cuidador principal.No tienen hijos

Recibe a veces visitas de alguna amiga

9.- Sexualidad – Reproducción

No valoramos en estos momentos.

10.- Adaptación – Tolerancia al estrés

La mayor parte del tiempo está asustada e inquieta.
Tiene miedo de que su vida no vuelva a ser como antes.
11.- Valores – Creencias
Es religiosa y acudía todos los domingos a misa.
Cree que no va a poder hacer las cosas como antes.

PATRONES ALTERADOS

- Patrón 1. Percepción- Manejo de la Salud
- Patrón 2. Nutricional- Metabólico
- Patrón 4. Actividad- Ejercicio
- Patrón 6. Cognitivo- Perceptual
- Patrón 7. Autopercepción- Autoconcepto
- Patrón 8. Rol-Relaciones.

DIAGNOSTICOS

Patrón 1. Percepción - Manejo de la Salud

1 – 00155 RIESGO DE CAIDAS – r/c

- Edad superior a 65 años.
- Prótesis de cadera.
- Dificultades visuales
- Uso de bastones.
- Falta de material antideslizante y sujeciones en bañera.
- Alfombras en la casa.

2 -0004 RIESGO DE INFECCION DE HERIDA QUIRURGICA -r/c

- Procedimiento invasivo.

Patrón 2. Nutricional, metabólico

3 – 00046 DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA r/c

- Factores mecánicos m/p - herida quirúrgica

Patrón 4.- Actividad – ejercicio

4-00108 DEFICIT DE AUTOCUIDADOS: BAÑO / HIGIENE- r/c

Deterioro musculo – esquelético

Dolor

m/p

- Incapacidad para entrar y salir del baño.
- Incapacidad para lavar total o parcialmente el cuerpo.

5- 00110 DEFICIT DE AUTOCUIDADOS: USO DEL WC - r/c

Deterioro musculo-esquelético

Dolor

m/p

Incapacidad para levantarse / sentarse en el WC

6- 00109 DEFICIT DE AUTOCUIDADO: VESTIDO / ACICALAMIENTO - r/c

- Deterioro musculo-esquelético
- Dolor

m/p

- Incapacidad para ponerse / quitarse la ropa en la parte inferior del cuerpo.

Patrón 6. Cognitivo – Perceptual

7- 00132 DOLOR AGUDO EN CADERA DERECHA- r/c

RESULTADOS: - 1808 Conocimiento: aplicación de heparina.

- 1811 Conocimiento: actividad prescrita

Indicadores:

-180810 Descripción, técnica correcta. Puntuación diana: 1, aumentar a 5.

-181101 Descripción de la actividad prescrita. Puntuación diana: 2, aumentar a 5

INTERVENCION: 5602 Enseñanza: proceso de la enfermedad.

Actividades

- Enseñar el fundamento de las recomendaciones sobre ejercicio y tratamientos prescritos. (Hoja de recomendaciones hospitalarias).

- Enseñar al marido (cuidador principal) la técnica correcta para la aplicación de la heparina.

00004 RIESGO DE INFECCIÓN DE HERIDA QUIRÚRGICA

RESULTADO: - 1102 Curación de la herida por primera intención.

Indicadores:

- 110202 Secreción purulenta: Puntuación diana: 5. mantener en 5.

- 110208 Eritema cutáneo circundante: Puntuación diana: 5. mantener a 5.

-110209 Edema perilesional: Puntuación diana: 5. mantener a 5.

INTERVENCION: 3440 Cuidados del sitio de incisión.

Actividades

-Limpieza de herida quirúrgica de dentro hacia fuera con solución antiséptica y colocar apósito.

-Observar y enseñar al paciente y cuidador signos y síntomas de infección.

-Cambio de apósito con intervalo apropiado.

00155 RIESGO DE CAIDAS

RESULTADO: 1909 Conducta de prevención de caídas.

Indicadores:

-100901 Uso correcto de los bastones puntuación diana: 2. aumentar a 4.

-190910 Uso de zapatos con cordones bien ajustados. Puntuación diana: 1, aumentar a 5

-190907 Eliminación/fijación de alfombras. Puntuación diana: 1, aumentar a 5

-190914 Uso de alfombras de goma en baño. Puntuación diana: 1, aumentar a 5.

-190911 Adaptación de la altura adecuada del WC. Puntuación diana: 1, aumentar a 5.

INTERVENCION: 6490 Prevención de caídas.

Actividades

-Enseñarle a caminar con pasos cortos utilizando los bastones, realizando numerosas paradas.

-Evitar al caminar la rotación externa de la extremidad afectada.

-Utilización de calzado plano y cerrado.

-Enseñar al marido como colocarla en el baño, WC, silla, cama... (supervisión, ayuda en los autocuidados)

-Utilizar sillones o sillas altas, a poder ser con apoya-brazos para ayudar a incorporarse.

- Sugerir adaptaciones en el baño: colocación de suplemento en taza de WC, asas de sujeción en bañera...

- Suelo antideslizante, evitar objetos fuera de lugar. Buena iluminación.

- Retirar alfombras.

EJECUCION

Tiempo para llevar a cabo todas las actividades recomendadas y evaluar: 1 semana

EVALUACION

Medir otra vez los indicadores seleccionados en los resultados

Comprobar si hemos conseguido la puntuación esperada

Mantener o modificar el plan de cuidados

BIBLIOGRAFÍA

1. Gordon M. Manual de Diagnósticos de Enfermería. Mcgraw-Hill / Interamericana De España. 2007
2. Gordon M. Diagnóstico Enfermero. Proceso y aplicación. 3ª Edición. Mosby/Doyma Libros. Madrid 1996
3. Gordon, M. Manual de diagnósticos enfermeros. Mosby/Doyma. Madrid 2003
4. Directrices para la valoración de enfermería por patrones funcionales de Marjory Gordon. Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de Salud. <http://www.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs>
5. McCloskey J, Bulechek G. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 4ª ed, Madrid: Elsevier:2005
6. Johnson M, Maas M, Moorhead S. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC), 3ª ed, Madrid: Elsevier Mosby : 2005
7. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2009-2010. NANDA International. Elsevier

BIBLIOGRAFÍA

- Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ley 16/2003 de 28 de mayo. Boletín Oficial del Estado, nº 128; (29-5-2003).
- Agencia de calidad del Sistema Nacional de Salud, Instituto de Información Sanitaria. El Sistema de Historia Clínica Digital del SNS [Publicación en Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010 [acceso 16-10-2011] Disponible en: http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/HCDSNS_Castellano.pdf
- INE. Instituto Nacional de Estadística.[Internet], Madrid; 2012, [acceso en 22/01/2012]
- Arribas AA coordinador. Valoración Enfermera Estandarizada, Clasificación de los Criterios de Valoración de Enfermería. Madrid: Observatorio de Metodología Enfermera, FUDEN; 2009.

REPRESENTACIÓN DEL CONOCIMIENTO DE LOS LENGUAJES DEL CUIDADO A TRAVÉS DE UNA RED ASOCIATIVA.

AUTORES

Elena Núñez-Acosta, Alexandra González-Aguña, M^a Lourdes Jiménez-Rodríguez, Antonio Arribas-Cachá, José María Santamaría-García, Jorge Luis Gómez-González.

PALABRAS CLAVE

Red asociativa, Lenguaje enfermero, Taxonomías, NANDA, CENES.

INTRODUCCIÓN

Durante los últimos años, enmarcadas en el modelo profesional del cuidado, se han desarrollado distintas taxonomías para crear un lenguaje enfermero normalizado. Lenguaje de obligada utilización en la práctica profesional enfermera, por el Real Decreto 1093/2010 de 3 de septiembre.

El presente trabajo aún estas taxonomías mediante una red asociativa que establece las relaciones metodológicas existentes entre todos sus elementos. Relaciones posibles gracias a la vinculación de los metadatos que caracterizan dichos elementos.

OBJETIVO

Describir una red asociativa basada en la vinculación de los metadatos que caracterizan los elementos taxonómicos del cuidado.

MATERIAL Y MÉTODOS

- Tipo de estudio: analítico
- Metodología: analítica deductiva
- Sujeto:
 - Proyecto CENES
 - Taxonomía NANDA NIC – NOC
- Temporalidad: enero – marzo 2012

RESULTADOS

En el Proceso de Atención de Enfermería se han identificado siete elementos taxonómicos descritos para sus diferentes fases. Cuatro elementos pertenecientes al Proyecto CENES (Variables del cuidado, valor determinante, factor etiológico y proceso vital) y tres de NANDA (Diagnósticos de Enfermería, Criterios de Resultado e Intervenciones). Todos ellos con una serie de metadatos que los caracterizan de forma semejante (código, descripción, definición, datos sobre clasificación) y que permiten su interrelación.

Se describe una red asociativa que representa el conocimiento de los lenguajes del cuidado. Red que, una vez implementada en la herramienta ACCESS[®], permite obtener una base de datos con nueve tablas principales y doce intermedias de relación.

CONCLUSIONES

La representación del conocimiento de los lenguajes del cuidado mediante una red

asociativa permite visualizar la interrelación de sus distintos elementos y el desarrollo de propuestas como bases de datos. Cuestiones que favorecen el desarrollo de herramientas informáticas como Guías Diagnósticas del Cuidado o herramientas de Triangulación Taxonómica virtual, actualmente investigadas como Trabajo Final de Máster en la Universidad de Alcalá de Henares.

BIBLIOGRAFÍA

- Arribas, A., Aréjula, J.L., Borrego, R., Domingo, M., Morente, M. y Robledo, J. (2006). Valoración Enfermera Estandarizada. Clasificación de los criterios de valoración de enfermería. Madrid: FUDEN.
- Arribas, A., Amezcua, A., Santamaría, J.M., Robledo, J., Blasco, T. y Gómez, J.L. (2011). Diagnósticos Estandarizados de Enfermería. Clasificación de los valores determinantes. Madrid: FUDEN.
- Arribas, A., López, M.D., Amezcua, A., Santamaría, J.M., Blasco, T. y Gómez J.L. (2011). Diagnósticos Estandarizados de Enfermería. Clasificación de los factores etiológicos. Madrid: FUDEN.
- Bulechek, G.M., Butcher, H.K. y McCloskey, J. (2009). Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Barcelona: Elsevier España.
- Morread, S., Johnson, M., Maas, M.L. y Swanson E. (2009). Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Barcelona: Elsevier España.
- NANDA Internacional. (2010). Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación, 2009-2011. Barcelona: Elsevier España.

FACTORES DE RIESGO DE CONDUCTAS SUICIDAS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN SALUD MENTAL

AUTORES

Yolanda Mejías-Martín. Aurora Quero-Rufián. M^a Paz García-Caro. Candela Rodríguez-Mejías Berta Gorlat-Sánchez. Manuela Expósito-Ruiz

PALABRAS CLAVE

Suicidio. Factores de riesgo. Hospitalización. Salud Mental.

INTRODUCCIÓN

El suicidio de pacientes en las unidades de hospitalización es un efecto adverso que puede prevenirse si las enfermeras a partir de la valoración identifican los diagnósticos “riesgo de suicidio” o “riesgo de violencia autodirigida”

Objetivos: identificar datos epidemiológicos de la conducta suicida en los pacientes ingresados en la Unidad de Hospitalización de Salud Mental del Hospital Virgen de las Nieves

Con estos datos validar qué diagnóstico es el más adecuado

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo de datos epidemiológicos de las conductas suicidas en los pacientes ingresados en la Unidad de Hospitalización de Salud Mental del Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada durante los años 2006-2011. La muestra fue de 2.469 pacientes clasificados por patología depresiva, sin patología depresiva, trastornos de personalidad y esquizofrenia. El análisis estadístico se ha realizado con el programa SPSS15.0. Se analizó la variable patología depresiva respecto de las variables independientes edad, sexo y consumo de tóxicos (alcohol u otras sustancias)

RESULTADOS

Se revisaron 507 pacientes con patología depresiva. La edad media fue $47,36 \pm 14,73$. El 60,9 % eran mujeres. El 90,1% no consumían tóxicos.

Encontrándose diferencias estadísticamente significativas al comparar los resultados obtenidos para los pacientes con patología depresiva y el resto de grupos

Las variables edad y consumo de tóxicos coinciden como factores de riesgo de los dos diagnósticos enfermeros. El sexo solo es estimado como factor de riesgo en el riesgo de suicidio

CONCLUSIONES

Ser varón y consumir sustancias tóxicas están presentes en menor proporción en el grupo de patologías depresivas, se requiere investigar otros datos psicosociales relacionados con el suicidio. Y valorar las ideas de suicidio en pacientes que ingresan con otros trastornos mentales



No podemos diferenciar si en esta muestra es más frecuente el riesgo de suicidio o el riesgo de violencia autodirigida, ambos diagnósticos tienen en común factores de riesgo

BIBLIOGRAFÍA

- Sarah Scobie, Edadna Minghella, Colin Dale, et al. Con la seguridad en mente: Servicios de salud mental y seguridad del paciente. Segundo Informe del Observatorio de la Seguridad del Paciente/julio 2006. National Patient Safety Agency NHS.
- Diagnósticos enfermeros: Definiciones y Clasificación 2007-2008. NANDA INTERNATIONAL. 2008 Elsevier España S.A.
- Mejías Y., García M.P., Schmidt J., Quero A., Gorlat B. Estudio preliminar de las características del intento de suicidio en la provincia de Granada. An. Sist. Sanit. Navar. 2011; 34 (3): 431-41.
- Hawton K, van Heeringen K. Suicide. Lancet 2009; 373: 1372-1381.
- GabilondoA, AlonsoJ, Pinto-Meza A, Vilagut G, Fernández A, Serrano-BlancoAet al. Prevalencia y factores de riesgo de las ideas, planes e intentos de suicidio en la población general española. Resultados del estudio ESEMeD. Med Clin (Barc) 2007; 129: 494-500.
- Mejías Martín, Yolanda; Quero Rufián, Aurora; Guarnido Guindo, Elisa; Sánchez Ramírez, M^a Dolores; Vallejo Muros, Concepción; Acosta, Pilar. La gestión de los cuidados enfermeros: el informe de continuidad al alta de los Pacientes ingresados en la unidad de agudos de salud mental de Granada. XXII Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental. Elementos Terapéuticos de los Cuidados de Enfermería de Salud Mental.Madrid. AESM: Asociación de Enfermería de Salud Mental. 2005. Pág. 347-358.
- Quero Rufián, Aurora; Mejías Martín, Yolanda; Romero García, Araceli; Ramírez Sánchez, M^a Dolores; Guarnido Guindo, Elisa; Aguilera Ruiz, María. Intervenciones y resultados relacionados con diez diagnósticos enfermeros validados en la unidad de psiquiatría y salud mental de Granada. XX Congreso Nacional de Enfermería en Salud Mental: espacios de encuentro en los cuidados enfermeros en salud mental | [s.l.] | Asociación de Enfermería en Salud Mental. 2003 Pág. 83-95.
- Yolanda Mejías Martín, Aurora Quero Rufián, Elisa Guarnido Guindo, Concepción Vallejo Muros, Concepción Roldán Martín, María Aguilera Ruiz. Avanzando en la comunicación de los cuidados de las enfermeras de la Unidad de Agudos de Salud Mental de Granada. VI Simposium Internacional de Diagnósticos de Enfermería. Resultados, gestión y liderazgo. Granada. 2006. Pág.317-323

de aplicaciones del hospital

CONCLUSIONES

Continuamente la información del paciente esta accesible para todos los profesionales que interactúan en el cuidado del paciente, ayudando en la toma de decisiones “causa-efecto”. Se produce registro de mayor calidad homogeniza los cuidados y evita la perdida de información.

BIBLIOGRAFÍA

- Nanda Internacional; Diagnósticos Enfermeros Definiciones y Clasificación, 2009-2011; Elsevier 2010
- Moorhead, Sue; Johnson, Marion; Maas, Meridean L.; Swanson, Elizabeth; Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC); Elsevier 4ª ed.2009
- Bulechek, G.M.; Butcher, H.K.; Mccloskey Dochterman, J.; Clasificación De Intervenciones De Enfermería (NIC); Elsevier 5ª ed. 2009
- Proceso De Cuidados: Valoración Enfermera. Grupo “Valoración”. Dirección General de Calidad e Innovación en los Servicios Sanitarios. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Principado de Asturias. Disponible en <http://www.asturias.es/portal/site/astursalud>
- Interrelaciones Nanda-Nic De Los Diagnósticos Prevalentes En Atención Especializada. Grupo “Desarrollo de interrelaciones NNN”. Dirección General de Calidad e Innovación en los Servicios Sanitarios. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Principado de Asturias. Disponible en. <http://www.asturias.es/portal/site/astursalud>
- Historia Clínica Electrónica: Formularios De Enfermería. Grupo “Normalización de la documentación de enfermería”. Dirección General de Calidad e Innovación en los Servicios Sanitarios. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Principado de Asturias. Disponible en <http://www.asturias.es/portal/site/astursalud>

BIBLIOGRAFÍA

1. Carpenito-Moyet, LJ. Teaching nursing diagnosis to increase utilization after graduation. *Int Journ Nurs Therm Classif* 2010;21:124-133

- fiabilidad, validez y sensibilidad a los cambios. Med Clin 2006;127(12):441-447.
5. Roberts, G.; Kentet, B.; Prys, D.; Lewis, R. Describing chronic pain: towards bilingual practice. International Journal of Nursing Studies 40 (2003) 889–902.



VALIDACIÓN DE CONTENIDO DEL RESULTADO “DOLOR: EFECTOS NOCIVOS” DE LA CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA

AUTORES

José Carlos Bellido-Vallejo, Ana Blanco-Blanca, Francisco Baena-Latorre, María Teresa Rodríguez-García, Rosa Ratia-Anguita, Pedro Luis Pancorbo-Hidalgo.

PALABRAS CLAVE

Validación de cuestionarios, Clasificación de Resultados de Enfermería, Traducción, Retrotraducción, Traducción inversa, Dolor, Efectos nocivos, Efectos perjudiciales, Efectos perturbadores.

INTRODUCCIÓN

El dolor es un problema de salud complejo, para su definición se emplean un amplio conjunto de términos, aunque los más comúnmente usados son los de dolor agudo y crónico, bajo cada uno de los cuales existe un grupo de conceptos y definiciones de diversos tipos de dolor que resultan más específicos o particulares.

Según La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP), el dolor crónico aquel que persiste más allá del tiempo normal de curación y/o cuando el dolor persiste durante 3-6 meses o más (1,2), por lo tanto persiste más allá del tiempo de cicatrización de la lesión, sin una causa claramente identificable, es plurifactorial y produce un círculo vicioso de mantenimiento (permanente, recurrente y/o repetitivo) que puede llevar a la depresión (3). El dolor crónico se ha identificado como un problema sanitario importante, se estima que más de la mitad de las personas que viven en la comunidad experimentan dolor crónico (4).

La Clasificación de Resultados de Enfermería dispone de resultados que miden la situación dolorosa de las personas (5,6) y algunos de ellos están orientados al dolor crónico. La aplicación de estos instrumentos requieren de un proceso de validación para verificar que son fiables y válidos en entornos distintos a donde se desarrollaron y dentro del proceso de validación una fase de investigación es averiguar la validación de contenido que puede medirse mediante el Índice de Validez de Contenido (IVC) (7).

El objetivo de esta comunicación es analizar la validez de contenido del resultado “Dolor: efectos nocivos”, previamente traducido y adaptado al contexto español, de la Clasificación de Resultados de Enfermería.

MATERIAL Y MÉTODOS

Creación de un panel de expertos formado por profesionales con experiencia clínica/docente/investigadora relacionada con el dolor en el ámbito español.

Encuesta informatizada a través de la plataforma SurveyMonkey® durante los meses de enero y febrero de 2012.

La versión del cuestionario “Dolor: efectos nocivos”, obtenida tras un proceso de doble traducción y adaptación cultural, se somete mediante rondas de consenso (Técnica Delphi), al panel de expertos para determinar la validez de contenido. Primera ronda, consulta sobre lo adecuado que se consideran cada uno de los ítems (indicadores)

respecto del concepto que define el resultado “Dolor: efectos nocivos”, sobre dimensiones que pudieran no estar contempladas en la versión sometida a valoración y finalmente sobre en qué situaciones de temporalidad del dolor se considera aplicable éste resultado. Segunda ronda, valoración de las nuevas dimensiones sugeridas por los expertos en la primera ronda de consenso.

Análisis estadístico. Descriptivo para perfil de expertos: Frecuencia y porcentajes para variables cualitativas y medidas de dispersión central para variables cuantitativas. Índice de Validez de Contenido (IVC) para indicadores y resultado.

RESULTADOS

La mayoría de los expertos son diplomados en enfermería, con perfil asistencial, de la provincia de Jaén, con una experiencia media en el tema dolor de 13,17 años (IC95% 9,24 – 17,10).

El cálculo del IVC para el resultado “Dolor: efectos nocivos” tras la primera ronda de consenso es de 0,86.

El cálculo del IVC para los indicadores, muestra que 16 de obtienen puntuaciones superiores a 0,80 y 6 puntuaciones que oscilan entre 0,67 y 0,72.

El cálculo del IVC para las seis nuevas dimensiones sugeridas por los expertos en la primera ronda, muestra que cuatro de los seis nuevos indicadores sometidos a valoración, obtienen un IVC superior al 0,80.

El 46% de los expertos opinan que éste resultado tiene más aplicación en situaciones donde el dolor de larga duración, superior a los seis meses.



Concepto sometido a valoración: "Dolor: efectos nocivos", definido como "Severidad observada o informada sobre los efectos perturbadores del dolor crónico en el funcionamiento diario"

INDICADORES OFICIALES	IVC
Alteración de las relaciones interpersonales	0,94
Deterioro de la ejecución del rol	1,00
Deterioro de la concentración	0,94
Alteración del estado de ánimo	1,00
Impaciencia	0,88
Interrupción del sueño	1,00
Alteración de la rutina	0,83
Deterioro de la movilidad física	1,00
Deterioro del autocuidado	0,89
Pérdida de apetito	0,83
Deterioro de la eliminación urinaria	0,72
Deterioro de la eliminación intestinal	0,72
Absentismo laboral	0,94
Absentismo escolar	0,94
Dificultad para mantener el puesto de trabajo	0,83
Realiza actividades recreativas	0,67
Actividades de ocio	0,72
Productividad laboral	0,67
Productividad escolar	0,72
Disfrute de la vida	0,89
Sensación / sentimiento de control	0,94
Sensación /sentimiento de esperanza	0,88
INDICADORES NUEVOS	IVC
Reacción psicológica/emocional desproporcionada	0,95
Desconfianza en la capacidad para gestionar el dolor	0,90
Respuesta aumentada a estímulos físicos (hipersensibilidad)	0,90
Alteración del patrón del sueño	0,90
Apoyo familiar	0,71
Baja autoestima	0,67



CONCLUSIONES

La obtención de un IVC para el resultado “Dolor: efectos nocivos” de 0,86, indica que, de manera global, los indicadores que lo conforman son altamente representativos del constructo que mide este resultado.

Los 16 indicadores con puntuaciones del IVC superiores a 0,80 se entiende son altamente representativos para el resultado, por lo que deben ser seleccionados para formar parte de la versión que luego será sometida a la prueba de campo. Los seis indicadores con puntuaciones inferiores a 0,80, deben ser examinados con detenimiento para valorar si se incluyen en la versión definitiva o no, ya que las dimensiones que representan pudieran no ser adecuadas en nuestro medio de cuidados.

La aparición de cuatro nuevos indicadores con un IVC igual o superior a 0,90 orienta a que estas dimensiones deben ser estudiadas para su inclusión en el resultado ya que pudieran ser aspectos representativos del resultado que no han estado contempladas en la versión oficial.

La consideración de los expertos sobre la aplicación de éste resultado en situaciones de dolor de media o larga duración, coincide con la situación definida para el dolor crónico y orienta que su medición debe realizarse en situaciones hospitalarias de larga estancia y entornos asistenciales donde el seguimiento del paciente es prolongado en el tiempo.

BIBLIOGRAFÍA

International Association for the Study of Pain. IASP. 2011; Available at: <http://www.iasp-pain.org//AM/Template.cfm?Section=Home>. Accessed Abril/14, 2011.

Van Wilgen CP, Keizer D. The Sensitization Model to Explain How Chronic Pain Exists Without Tissue Damage. *Pain Management Nursing* 2010 22 July;In Press (Available online):1-6.

Pérez-Cajaraville J, López Álvarez S. Bases anatómicas y bioquímicas del dolor. In: López Álvarez S, García Iglesias B, editors. *Manual dolor agudo postoperatorio*. 1ª ed. Madrid: Abboot; 2009. p. 7-24.

Cornally N, McCarthy G. Chronic Pain: The Help-Seeking Behavior, Attitudes, and Beliefs of Older Adults Living in the Community. *Pain Management Nursing* 2011; Available online 26 February 2011:1-12.

Moordead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)*. 4ª ed. Barcelona: Elsevier; 2008.

Moordead S, Johnson M, Maas M. *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)*. 3rd ed. Madrid: Elsevier; 2004.

Polit. DF, Beck CT. The content validity index: Are you sure you know What's being reported? critique and recommendations . *Research in Nursing & Health*. 2006;29(5):489-497.



IDENTIFICACIÓN DE DIAGNÓSTICOS E INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA, EN LA CONSULTA DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

AUTORES

M^a del Mar Cuesta-Rodríguez, Isabel Rancaño-Rodríguez

PALABRAS CLAVE

Salud sexual, Lenguaje estandarizado, Promoción de la salud.

INTRODUCCIÓN

La labor de enfermería en una unidad de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) se caracteriza: por una actividad orientada a la promoción y prevención de la salud, junto con las actividades de colaboración.

Objetivo: Utilizar taxonomías NANDA-NIC, en la unidad de ITS.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo

1^º Herramientas de análisis:

- Historia Clínica Electrónica: Selene (versión 5.3)
- Taxonomía NANDA (2009-2011)
- Taxonomía NIC, (5^º edición/2008)

2^º Profesionales implicados

- Enfermera, Unidad de ITS
- Enfermera, Unidad de Calidad.

3^º Método de trabajo

Protocolo estándar de recogida de datos:

Sociodemográficos /Anamnesis /Hábitos sexuales.

RESULTADOS

1 Diagnósticos enfermeros (NANDA): 11, en los dominios:

- Promoción de la salud :1
- Percepción/Cognición: 1
- Autopercepción: 3
- Sexualidad: 1
- Afrontamiento/Tolerancia al estrés: 3
- Principios vitales: 1
- Seguridad: 1

2 Intervenciones Enfermeras (NIC): 12

A- Campo conductual (9)

- ✓ Educación de los pacientes: 3
- ✓ Potenciación de la comunicación: 1
- ✓ Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles: 3
- ✓ Terapia conductual: 2

- B- Campo comunidad (2)
 - ✓ Control de riesgo de la comunidad: 2
- C- Campo seguridad (1)
 - ✓ Control de riesgo: 1

CONCLUSIONES

- A- La utilización del PAE en la consulta de enfermería en ITS, proporciona orden y estandariza el cuidado y la atención.
- B- Un lenguaje estandarizado y normalizado, favorece el intercambio de conocimientos e información, entre los profesionales que trabajamos en el campo de la promoción y prevención de la salud
- C- Los diagnósticos prevalentes a tratar, giran entorno a la esfera afectiva y emocional de la persona, junto con la seguridad y la educación para la promoción de la salud.
- D- Las intervenciones irán encaminadas a modificar hábitos de conducta/salud, ayudar a la persona a adaptarse a los cambios, reforzar conductas deseables y controlar los riesgos para el paciente/comunidad.

Lenguaje Enfermero y Comunicación con el Paciente Diabético en Atención Primaria

Autores

M^a Consolación Pena Meilán, Purificación Morado Quiñoá, Consuelo Pardo Roibás, Pilar González González.

Palabras clave

Diabetes, Conocimientos, Salud, Enseñanza

Resumen

María es una paciente de 66 años con Diabetes tipo II desde hace 15 años, tratada con antidiabéticos orales y desde enero de este año con insulina. Es viuda, está jubilada y vive con su hija, su yerno y su nieto. Manifiesta dificultades para hacer la dieta y pocos conocimientos sobre la enfermedad y su tratamiento.

Diagnósticos.- Gestión ineficaz de la propia salud y conocimientos deficientes.

Resultados.-Conocimiento control de la diabetes y conocimiento dieta.

Intervenciones.-Enseñanza dieta prescrita, manejo de la hiperglucemia, manejo de la hipoglucemia, administración de medicación subcutánea.

Evaluación.-Utilizamos la escala del 1 al 5 de los indicadores: descripción de estrategias para cumplir la dieta, descripción de la hiperglucemia y de los síntomas relacionados, descripción de la hipoglucemia y de los síntomas relacionados, descripción de los valores límites de glucemia, descripción del régimen de insulina prescrito, descripción de la técnica adecuada para preparar y administrar la insulina, descripción de las comidas permitidas por la dieta, descripción de las comidas que deben evitarse y selección de comidas recomendadas por la dieta

Valoración

María es una paciente de 66 años con Diabetes tipo II desde hace 15 años, tratada con antidiabéticos orales. En enero de este año el médico le pauta tratamiento con insulina.

Acude a la Consulta de Enfermería acompañada por su hija derivada por el médico para recibir instrucciones sobre la administración de insulina.

La paciente es viuda, está jubilada (trabajaba en la agricultura) y vive en su casa con su hija, su yerno y su nieto de 3 años. Manifiesta dificultades para hacer la dieta (está poco motivada) y pocos conocimientos sobre la enfermedad y su tratamiento.

Diagnósticos

Gestión ineficaz de la propia salud (para María)

C.D.- En su vida diaria hace elecciones ineficaces para alcanzar objetivos de salud.

F.R.- Déficit de conocimientos

Régimen

Conocimientos deficientes (para María y para su hija)

C.D.- Seguimiento inexacto de las instrucciones

F.R.- Mala interpretación de la información

- Descripción de las comidas que deben evitarse
- Selección de comidas recomendadas por la dieta

BIBLIOGRAFÍA

T. Heather Herdman, PhD, RN (editores). NANDA Internacional DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS:

DEFINICIONES Y CLASIFICACIÓN 2009-2011. Elsevier.

McCloskey Dochterman J., Bulech Gloria M (editoras). Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Elsevier

Moorhead S., Jonson M., Maas M. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Elsevier-Mosby

¿VALORAN LAS ENFERMERAS LA ADHERENCIA FARMACOLÓGICA DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS? ¿LO HACEN CON LENGUAJE ENFERMERO?

AUTORES

Fernanda Del Castillo-Arévalo, Adamina Losada-García, Margarita Salido-González, Mercedes García-García, Teresa Fernández-Prieto, M^a Luz Blanco-Gutiérrez.

PALABRAS CLAVE

Adherencia farmacológica, taxonomías enfermeras, diabetes

INTRODUCCIÓN

Mejorar la adherencia terapéutica, estimada en un 50% en patologías crónicas, aumenta la seguridad del paciente y la efectividad del sistema sanitario; las enfermeras tienen en ello una función importante^{1, 2, 3, 4}.

La utilización de las taxonomías NANDA-NIC-NOC contribuye a normalizar y unificar el lenguaje enfermero⁵. La NIC⁶ 5616 “Enseñanza medicamentos prescritos”, recoge las actividades realizadas por las enfermeras en este campo.

OBJETIVOS

Conocer el número de pacientes diabéticos que durante el año 2011, acudieron a la consulta de su enfermera; si éstas les valoraron la adherencia farmacológica y dieron consejo sobre medicación, alimentación y ejercicio físico.

Saber si se expresa mediante lenguaje enfermero.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal.

Población a estudio: diabéticos que acuden a consulta de enfermería durante el año 2011.

Datos extraídos de OMI-AP y revisión de historias clínicas.

Variables expresadas como frecuencias absolutas y porcentajes.

RESULTADOS

Pacientes diabéticos 719.

Acudieron a consulta de enfermería 465 (64,6%).

Se excluyen 8 por éxitus o no cumplir criterios.

De la muestra final, 457, tienen recogido consejo sobre alimentación 369 (80,7%) y sobre ejercicio 307 (67%).

Tienen tratamiento farmacológico 390 (85,3%), recogida la adherencia farmacológica 294 (75%), consejo “uso adecuado de medicación” 209 (53,5%). Constan comentarios relacionados en 42, incrementándose a 336 los que tienen valorada la adherencia (85,4%)

La NIC 5616 “Enseñanza medicamentos prescritos”, figura en 27 pacientes y 16 tienen planes de cuidados en ese periodo.



CONCLUSIONES

La valoración de la adherencia farmacológica es una actividad integrada por las enfermeras en el seguimiento de los pacientes diabéticos.

El consejo sobre alimentación se realiza de forma habitual.

Se debe incrementar el consejo sobre ejercicio físico.

La utilización de lenguaje enfermero a través de las taxonomías NANDA-NIC-NOC, no está incorporada en la práctica enfermera. Lo facilitaría mejoras en la herramienta informática y que formara parte de los objetivos de la administración.

BIBLIOGRAFÍA

1- Sabate E. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción (Documento OMS traducido). Ginebra: Organización Mundial de la Salud 2004. Consulta: 28 de marzo 2012. Disponible en <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/adherencia-largo-plazo.pdf>

2- Adherencia al tratamiento farmacológico en patologías crónicas. Infac, Vol 19, nº 1, 2011.

[http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-](http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-pkcevi04/eu/contenidos/informacion/cevime_infac/eu_miez/adjuntos/infac_v19_n1.pdf)

[pkcevi04/eu/contenidos/informacion/cevime_infac/eu_miez/adjuntos/infac_v19_n1.pdf](http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-pkcevi04/eu/contenidos/informacion/cevime_infac/eu_miez/adjuntos/infac_v19_n1.pdf). Consulta: 25 de marzo 2012

3- Adherencia terapéutica: estrategias prácticas de mejora. Notas Farmacoterapéuticas. Áreas 1, 2, 3, 5 y 7 de Atención Primaria. Servicio Madrileño de Salud. 2006;13 (8). Disponible en

<http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobtable=MungoBlobs&blobcol=urldata&blobkey=id&blobwhere=1181245436984&ssbinary=true&blobheader=application/pdf>. Consultado 25 de marzo 2012

4- Haynes RB, Ackloo E, Sahota N, McDonald HP, Yao. Interventions for enhancing medication adherence. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 2. Art.No.:CD000011. DOI:10.1002/14651858.CD000011.pub3. Consulta: 28 de marzo 2012

5- NANDA International. (2010). Diagnósticos enfermeros: Definiciones y Clasificación. 2009-2011. Madrid: Elsevier

6- Bulechek, Gloria M.; Butcher, Howard K.; McCloskey Dochterman, Joanne. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Elsevier, 5a ed. Barcelona, 2009

- Búsqueda de consultas sobre las taxonomías en soporte web/app y en idioma español
- Análisis del coste de los recursos informáticos y de lanzamiento de la herramienta
- Análisis del coste de los derechos de autor y el uso de los contenidos en idioma español.

RESULTADOS

Las encuestas demostraron que un 53,7% de los encuestados prefería el soporte electrónico para consultar las taxonomías.

De este 53,7% en edades superiores a 55 años el porcentaje del 60,8% prefería la aplicación a través de Web, mientras que en edades inferiores había un incremento de las preferencias de consulta a través de la telefonía móvil, representado en un 89,5%.

El resultado de la búsqueda de aplicaciones similares fue que no existía en idioma español ninguna con las mismas prestaciones y características que la nuestra que se pudiera adquirir en el mercado.

Hemos realizado dos tipos de acceso a la información:

1. A través de la página Web
2. A través de los Smartphones (creación de una APP).

Se han firmado los contratos con las editoriales que gestionan los derechos de autor.

Fuerte inversión en recursos humanos y materiales promocionales

DESCRIPCIÓN DE LA HERRAMIENTA DOCENTE Y DE CONSULTA

Dada esta demanda, hemos diseñado un programa de consulta a través de nuestra página Web que presenta los Diagnósticos de la taxonomía II de NANDA-I actualizados según la última conferencia traducida al idioma español. Este programa permite la búsqueda de los Diagnósticos de Enfermería por dominios, por necesidades fundamentales, propuestas por V. Henderson y por patrones funcionales propuestos por M.Gordon, etc.

También permite buscar un Diagnóstico de Enfermería a partir de una característica definitoria o factor relacionado, recogido en la valoración, proporcionando las hipótesis diagnósticas es decir, aquellos diagnósticos que la contienen para su posterior validación. Una vez validado el Diagnóstico, te proporciona el dominio y clase donde se encuentra, la necesidad y el patrón, según el sistema de valoración que se desee utilizar, así como otros comentarios sobre su nombre anterior...etc.

Este programa también permite la búsqueda de las taxonomías NOC y NIC. Esta parte del programa permite identificar el Diagnóstico de Enfermería y los Resultados (NOC) sugeridos para el mismo, permite también acceder a su definición y a los indicadores propuestos para su análisis. Igualmente, permite visualizar las Intervenciones (NIC) sugeridas para la resolución del problema y ligadas al resultado (NOC), con las actividades.

En resumen se pueden visualizar las relaciones:

- NANDA-NOC
- NANDA-NIC
- NOC-NIC

- NOC-NANDA
- NIC-NOC
- NIC-NANDA

El programa es totalmente de uso docente, para el aprendizaje y consulta de las Taxonomías.

Actualmente se está trabajando en la actualización de la última edición de interrelaciones NNN.

COMO RESULTADO DEL PROYECTO DE INNOVACION SE PRESENTARÁ UNA DEMO DE LA APLICACIÓN

CONCLUSIONES⁶

Se valora como positivo los recursos de las TIC en el aprendizaje de las Taxonomías.

Es presumible un aumento de las consultas y estudio de las taxonomías, al ser más fácil su acceso.

Es presumible un aumento de los estudios de investigación al poder consultar los datos de forma rápida, cómoda y sencilla.

El soporte informático a través de la Web, contempla las actualizaciones a medida que se vayan produciendo.

BIBLIOGRAFÍA

NANDA. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2009-2011. Madrid: Elsevier, 2009.

McCloskey JC i Bulechek GM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Madrid: Elsevier, 5ª edición, 2009.

Johson, M. (etal). Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Madrid: Elsevier, 4ª edición, 2009.

Pérez Robles, F. Evaluación de las trayectorias clínicas. Labor Hospitalaria nº 275. Fe de erratas en el número 276, en cuanto a la autoría.

Johnson, M.,Mooread, S., Bulechek, G., Butcher, H., Maas, M., Swanson, E. Vínculos de NOC y NIC a NANDA-I y diagnósticos médicos. Madrid: Elsevier, 3ª edición, 2012.

ANEXOS

⁶ En este Simposium se presenta el proyecto finalizado; cuando esté un tiempo en funcionamiento se podrán sacar más conclusiones de uso.

IDENTIFICACIÓN DE LOS PROBLEMAS DE COLABORACIÓN FRENTE A LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

AUTORES

Paloma Salvadores-Fuentes, Marta Losa-Iglesias, Blanca Torres-Manrique, Raquel Saravia Lavín Inmaculada Corral- Liria, Cristina Alonso- Blanco.

PALABRAS CLAVE

Etiquetas Diagnósticas NANDA, Problemas de Colaboración, Problemas Interdependientes

INTRODUCCIÓN

En relación a la determinación de los diagnósticos de Enfermería y sus tipos ha habido continuos debates sobre el uso del término “diagnóstico” y las connotaciones que implicaba. Según Gordon, cuando hablamos de diagnósticos de enfermería, nos estamos refiriendo a los problemas de salud, reales o potenciales, que las enfermeras, en virtud de su formación y especificidad están capacitadas y autorizadas a tratar. Pero la enfermería también tiene que identificar problemas de colaboración. Podríamos llamarlos diagnósticos de vigilancia

Objetivo: analizar la tendencia al seleccionar a los problemas de colaboración como diagnósticos de vigilancia frente a los diagnósticos de Enfermería

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio transversal descriptivo a través de un cuestionario con dos casos clínicos, identificando Diagnósticos de Enfermería o Problemas de Colaboración. Se hizo estadística descriptiva con comparación de medias.

RESULTADOS

Se identifican más fácilmente los problemas de colaboración que los diagnósticos de enfermería. Los profesionales del ámbito hospitalario y especialmente en unidades de cuidados especiales tienden a identificar más fácilmente los problemas como Problemas de Colaboración y no como Diagnósticos de Enfermería que los del ámbito comunitario

CONCLUSIONES

Los profesionales de enfermería han sufrido un largo proceso de interiorización del patrón biomédico. Pero eso no significa que no debemos considerar a los problemas de colaboración. Sin lugar a dudas, la identidad es un proceso complejo y tiene repercusión en la identificación de los problemas. Identificar los cuidados de enfermería es hacer razonable su naturaleza y la de los elementos que participan en su elaboración: los conocimientos y los instrumentos que utilizan, así como las creencias. Los problemas de colaboración deberían considerarse como Diagnósticos de Enfermería de Vigilancia



Tenerife entre marzo de 2009 y mayo de 2010. El estudio se realizó tras aprobación del Comité Ético del Hospital UNS Candelaria y solicitando el consentimiento informado a cada participante. Quedaron excluidos, como posibles participantes, personas con trastornos de comunicación o personalidad, amnésicos, psicóticos, bipolares, disociativos, retraso mental, delirium, demencia y esquizofrenia.

Un grupo de 45 enfermeras, voluntarias a participar en el estudio, administró un cuestionario válido y fiable para el diagnóstico enfermero psicosocial, CdePS (Brito Brito et al, 2012) que propone hasta 28 etiquetas en esta área, volcando los resultados en el *Cuaderno de registro de datos* de cada paciente donde, además, se registraron las siguientes variables sociodemográficas y clínicas: sexo, edad, estado civil, situación laboral, ingresos económicos del grupo familiar, nivel de estudios, condición de cuidador y pérdida, creencias, convivencia, relaciones sociales, índice de comorbilidad, problemas psicológicos diagnosticados previamente, discapacidad física, número de visitas/año y condición de hiperfrecuentador.

Las características de la muestra se describieron con frecuencias relativas para las categorías de las variables nominales, mediana (P₅-P₉₅) para las ordinales y de escala no-normales y media (DT) para las de escala normales. Las prevalencias de problemas psicosociales identificados se ofrecen como porcentajes con intervalos de confianza al 95%. Las diferencias entre asignación o no de etiquetas CdePS se estimaron empleando las pruebas chi² de Pearson, U de Mann-Whitney o t de Student, dependiendo de sus características. Todas las pruebas son bilaterales a un nivel de significación estadística p≤0,05 y los cálculos se realizaron con SPSS 20.0.

RESULTADOS

El perfil del paciente fue el de una mujer (68%), de 50(16) años, que vive con pareja y otros familiares (62%), con relaciones sociales (84%), que trabaja (47%), con ingresos económicos en el hogar inferiores a 1.000 euros/mes (33%), estudios secundarios (37%), católica no practicante (60%) y con una media de 4(0-42) visitas/año al centro de salud.

Los diagnósticos psicosociales, asignados por CdePS, más frecuentes fueron: Déficit de actividades recreativas 52(45-59)%, Riesgo de cansancio del rol de cuidador 46(39-53)%, Temor 44(37-51)%, Riesgo de impotencia 44(37-51)% y Riesgo de soledad 42(35-49)%. Los menos frecuentes fueron Baja autoestima situacional 2(1-3)%, Sufrimiento espiritual 5(2-8)%, Trastorno de la imagen corporal 6(3-9)%, Riesgo de baja autoestima situacional 7(3-11)% y Desesperanza 7(3-11)%.

Las diferencias entre la asignación de cada etiqueta psicosocial CdePS según las características sociodemográficas y clínicas analizadas se muestran en la Tabla. Como se puede observar, las características asociadas a mayor número de problemas fueron:

- La ausencia de relaciones sociales: familiares, de amistad o vecinales (18).
- Diagnóstico previo de problema psicológico: ansiedad, depresión (18). De este modo, podría pensarse en los diagnósticos enfermeros como enunciado de los síntomas asociados.
- Convivencia: solo, sin la pareja, con otros familiares (13).
- Frecuentación al centro de salud (13).
- Ingresos económicos insuficientes (11).

- Situación laboral: parado o dedicación a labores domésticas (11).
- Ser mujer (10).



Tabla. Asignación de diagnósticos psicosociales CdePS según características del paciente

Características del paciente	Etiquetas diagnósticas psicosociales CdePS														
	Manejo inefectivo régimen terapéutico	Incumplimiento del tratamiento	Sufrimiento espiritual	Sufrimiento moral	Mantenimiento ineficaz salud	Afrontamiento ineficaz	Aislamiento social	Deterioro de interacción social	Estrés por sobrecarga	Ansiedad	Temor	Aflicción crónica	Desesperanza	Impotencia	
	Sí/No	Sí/No	Sí/No	Sí/No	Sí/No	Sí/No	Sí/No	Sí/No	Sí/No	Sí/No	Sí/No	Sí/No	Sí/No	Sí/No	
Mujer (%)		77/59							78/62	85/63		92/63		94/63	
Edad (años)		54/47	41/51		46/52		60/49					59/48			
Estado civil (%) soltero casado/conviviente viudo						39/61 26/7						11/22 35/62 39/5			
Situación laboral (%) no trabaja labores domésticas		65/44 20/7						76/48		75/48 25/10		75/47 27/10		70/48	
Ingresos hogar euros/mes (%) menores a 1000 mayores de 3000		52/20			38/10				25/8	58/26		62/25	75/27	54/26	
Sin estudios (%)		22/8					38/9					35/9	36/12		
Cuidador (%)				88/55	78/52				71/53						
Doliente (%)	75/48									66/47	65/43	69/48	80/48		
Católico practicante (%)				6/26										49/21	
Vive solo (%)							31/10					27/10			
Vive sin pareja (%)						61/32						62/32		57/32	
Vive con familiares (%)				88/58					71/54						
Sin relaciones familiares (%)	10/2												17/1		
Sin relaciones de amistad (%)	25/8	16/5			18/6	21/7	31/8	27/5				23/5		22/5	
Sin relaciones vecinales (%)				56/31											
Morbilidad (puntos)	3/1	2/1	1/0				4/1					/3/1			
Con problema psicológico (%)	41/19						38/17	50/19	44/16		71/13	40/11	62/14	52/14	
Discapacidad física (%)															
Visitas centro salud (nº/año)	6/4	6/2								9/3	6/3	8/3	9/4	9/3	
Hiperfrecuentadores (%)		37/23								50/25	42/23	46/25		50/24	

COMUNICACIONES



Tabla (cont). Asignación de diagnósticos psicosociales CdePS según características del paciente

Características del paciente	Etiquetas diagnósticas psicosociales CdePS													
	Riesgo de impotencia	Baja autoestima situacional	Riesgo de baja autoestima situacional	Baja autoestima crónica	Soledad	Riesgo de soledad	Síndrome estrés-ansiedad	Cansancio rol cuidador	Riesgo cansancio cuidador	Déficit actividades recreativas	Duelo	Duelo complicado	Riesgo duelo complicado	Trastorno imagen corporal
	Sí/No	Sí/No	Sí/No	Sí/No	Sí/No	Sí/No	Sí/No	Sí/No	Sí/No	Sí/No	Sí/No	Sí/No	Sí/No	Sí/No
Mujer (%)	77/55			89/65			80/61					81/59	100/71	
Edad (años)				58/49	58/48	55/47					55/47	65/53		
Estado civil (%) soltero casado/conviviente viudo					38/64 31/5	48/65					25/2	58/18		
Situación laboral (%) no trabaja labores domésticas					79/45			32/6	31/7	43/69	68/43		93/45	
Ingresos hogar euros/mes (%) menores a 1000 mayores de 3000				69/27		44/22		50/20			57/17			
Sin estudios (%)					34/8	20/8					28/5			
Cuidador (%)													33/74	
Doliente (%)	65/37				66/46	60/44								
Católico practicante (%)			53/23					54/20				64/22		
Vive solo (%)				29/11	31/9	21/7					22/8	46/15		
Vive sin pareja (%)					56/30	45/29	46/31				48/30	82/40		
Vive con familiares (%)							70/54		88/65					99/57
Sin relaciones familiares (%)	9/1					7/1								
Sin relaciones de amistad (%)				29/8	25/5		17/5	21/2			18/5			
Sin relaciones vecinales (%)		99/35												
Morbilidad (puntos)					3/1	2/1						3/1		
Con problema psicológico (%)	30/9	100/20	58/18	44/18	47/14	29/16	44/12	43/18			34/15	95/21		
Discapacidad física (%)	16/5		27/9	33/7		18/4					19/8			
Visitas centro salud (nº/año)	8/3						6/4				6/2		10/5	
Hiperfrecuentadores (%)	41/19		50/26				40/23				44/21	75/35	64/31	

CONCLUSIONES

Los diagnósticos enfermeros psicosociales, enunciados con la ayuda de un instrumento válido y fiable como CdePS, se asocian positivamente a la presencia de desigualdades sociales.

Determinar las variables asociadas a dichos problemas mejora el soporte clínico de los diagnósticos enfermeros y podría conformar un perfil de riesgo para su identificación prematura y abordaje. Hemos comprobado como, sobre todo, la falta de soporte social y familiar es un factor clave para la aparición de problemas psicosociales, además de la presencia de problemas psicológicos previos, carecer de trabajo, los ingresos económicos insuficientes y ser mujer, coincidiendo con los resultados de otras investigaciones (De la Revilla et al, 2007).

Además, hay que considerar que los cambios sociales y económicos negativos, como la situación actual a nivel mundial, pueden propiciar mayor estrés psicosocial, temor, desilusión, pesimismo y comportamientos no saludables (Petrov, 2007) con lo que el diagnóstico enfermero psicosocial toma, en estos momentos, especial importancia en el nivel de atención primaria de salud.

BIBLIOGRAFÍA

- Artazcoz L, Moya C, Vanaclocha H, Pont P. Adult health. *Gac Sanit.* 2004 May;18 Suppl 1:56-68.
- Benach J, Muntaner C. Aprender a mirar la salud. ¿Cómo la desigualdad social daña nuestra salud? Maracay (Venezuela): Instituto de Altos Estudios en Salud Pública “Dr. Arnoldo Gabaldon”, 2005.
- Brito Brito PR, Rodríguez Álvarez C, Sierra López A, Rodríguez Gómez JA, Aguirre Jaime A. Diseño y validación de un cuestionario para el diagnóstico enfermero psicosocial en Atención Primaria. *Enferm Clin.* En prensa 2012.
- Bushnell J. Frequency of consultations and general practitioner recognition of psychological symptoms. *Br J Gen Pract.* 2004 Nov;54(508):838-843.
- De la Revilla L, de los Ríos Alvarez AM, de Dios Luna del Castillo J. Factors underlying psycho-social problems. *Aten Primaria.* 2007 Jun;39(6):305-311.
- Lunney M, Karlik BA, Kiss M, Murphy P. Accuracy of nurses' diagnoses of psychosocial responses. *Nurs Diagn.* 1997 Dic;8(4):157-166.
- Muntaner C, Borrell C, Solà J, Marí-Dell'Olmo M, Chung H, Rodríguez-Sanz M, Benach J, Rocha KB, Ng E. Class relations and all-cause mortality: a test of Wright's social class scheme using the Barcelona 2000 Health Interview Survey. *Int J Health Serv.* 2011;41(3):431-58.
- Paans W, Nieweg RM, van der Schans CP, Sermeus W. What factors influence the prevalence and accuracy of nursing diagnoses documentation in clinical practice? A systematic literature review. *J Clin Nurs.* 2011 Sep;20(17-18):2386-2403.
- Petrov IC. The elderly in a period of transition: health, personality, and social aspects of adaptation. *Ann. N. Y. Acad. Sci.* 2007 Oct;1114:300-309.
- Williams ID, O'Doherty LJ, Mitchell GK, Williams KE. Identifying unmet needs in older patients--nurse-GP collaboration in general practice. *Aust Fam Physician.* 2007 Sep;36(9):772-776.



Tabla. Características demográficas, sociales y clínicas del paciente relacionadas con las etiquetas diagnósticas enfermeras psicosociales

Por	Etiquetas diagnósticas psicosociales CdePS													
	Razón de prevalencia IC95%													
	Manejo inefectivo régimen terapéutico	Incumplimie nto del tratamiento	Sufrimiento espiritual	Sufrimiento moral	Mantenimie nto ineficaz salud	Afrontamie nto ineficaz	Aislamiento social	Deterioro de interacción social	Estrés por sobrecarga	Ansiedad	Temor	Aflicción crónica	Desesperan za	Impotencia
ser mujer		2.3 1.1-5.3							3 2-9	3.2 1.1-9.9			7 2-24	
cada año más de edad		1.1 1.1-1.6	0.89 0.85- 0.94					1.3 1.1-1.6	0.97 0.96- 0.98	0.95 0.94- 0.97	0.97 0.95- 0.99			
ser soltero							2.7 1.1-6.8	0.30 0.12- 0.77	3.8 1.4-10.6					
no trabajar ocuparse en labores hogar										9 2-38 10 3-38		11 2-56	10.2 1.1- 58.6 34 2-59	
no tener estudios		11.4 1.1-58.9												
ser cuidador				14.0 1.7-47.4	5.4 1.1-28.9				25 2-63		35 2-49	13 2-47		
vivir una pérdida												5.2 1.1-24.7		
ser ateo/agnóstico				18.9 1.9-76.3										
vivir solo	3.4 1.1-11.3										7.8 1.1-55.3		4.8 1.1- 22.7	
vivir con familiares				3.9 1.1-14.0										
no mantener relaciones de amistad				9.8 5.8-16.4			6.7 2.0-22.4	14 3-60					3.9 1.2- 13.6	
tener problemas psicológicos						2.5 1.1-6.2	4.7 1.7-13.0	2.6 1.1-6.1	4 2-10		8 3-22	11 3-42	8 3-21	
tener discapacidad física				13.8 1.3-44.6	5.4 1.4-21.3			3.7 1.1-13.5	6 2-19		24 2-40	8.6 1.3-59.6	4.8 1.4- 16.4	

COMUNICACIONES



Tabla (cont). Características demográficas, sociales y clínicas del paciente relacionadas con las etiquetas diagnósticas enfermeras psicosociales

Por	Etiquetas diagnósticas psicosociales CdePS													
	Razón de prevalencia (IC95%)													
	Riesgo de impotencia	Baja autoestima situacional	Riesgo de baja autoestima situacional	Baja autoestima crónica	Soledad	Riesgo de soledad	Síndrome estrés-ansiedad	Cansancio rol cuidador	Riesgo cansancio cuidador	Déficit actividades recreativas	Duelo	Duelo complicado	Riesgo duelo complicado	Trastorno imagen corporal
ser mujer	5 2-13			10.1 1.2-75.3			2.6 1.1-6.5		2.4 1.1-5.1	2.5 1.1-5.4	3.5 1.2-9.9			
cada año más de edad	0.97 0.94-0.99	1.05 1.01-1.10		1.08 1.02-1.20			0.95 0.93-0.97					1.08 1.01-1.17		0.94 0.89-0.99
ser soltero				22 4-76		8.3 2.1-30.0		15 2-65	15 2-36					
no trabajar									0.15 0.03-0.68	7 2-23				
ocuparse en labores hogar										4.8 1.5-15.2				
no tener estudios										29 2-42		32 3-66		
ser cuidador		8 2-34		13 2-77						5 2-13				
vivir una pérdida	2.8 1.2-6.1							2.1 1.1-4.5						
ser ateo/agnóstico										19 2-64				
vivir solo				7.1 1.7-29.5	3.5 1.1-13.2						25 2-41	6 2-17		
vivir con familiares										7 2-21				
no mantener relaciones de amistad					5 2-18	4.5 1.4-15.0		6.9 1.7-27.5	3.7 1.1-12.0				4.7 1.3-19.8	
tener problemas psicológicos	9 3-25	7 2-21	10 3-27	5.1 1.4-18.8	7 3-21		6 2-14	3.0 1.2-7.5				37 4-69	4.3 1.6-11.4	
tener discapacidad física	8 2-29	7.6 1.5-39.6		47 6-66			5.3 1.4-20.0							

COMUNICACIONES



SQE 7: 61 planes acogida completos; SQE 8: Listado de identificación de necesidades (percibidas/estratégicas); Planificación de necesidades formativas; Cursos: 22 cursos; SQE 12: Capacitación profesional (titulación 100 %); Evaluación competencias (plan acogida), 58 evaluaciones: media 3,9 (1-5)

ÁGC Geriatría:

Planificación anual de la formación: Identificación necesidades formativas (percibidas/estratégicas); Formación: 22 cursos; Memoria anual

Certificación ISO: 1 no conformidad menor, 2 observaciones

CONCLUSIONES

A – La formación constituye un elemento clave dentro del HMN y ocupa un lugar estratégico en el Mapa de Procesos.

B – Se ha estructurado dentro de los Modelos de Calidad de nuestro hospital, siguiendo la legislación aplicable

C – Los indicadores denotan un alto nivel de compromiso de la organización con la formación.



FORMACIÓN DE ESPECIALISTAS EN ENFERMERÍA GERIÁTRICA: UN RETO EN ENFERMERÍA

AUTORES

Isabel Rancaño-Rodríguez, Nuria Ortega-Solís, Loreto Álvarez-Cuervo-Suárez, Fé Rodríguez-Yanes, M^a Fé Domingo-Lavandera, Begoña Cimadevilla-Baragaño

PALABRAS CLAVE

Formación, Geriátrica, Especialista

INTRODUCCIÓN

La necesidad de formación especializada de DUE está reconocida por: Comunidades Científicas y Responsables de Asistencia y Gestión.

OBJETIVO

Implantar formación de especialistas de Enfermería Geriátrica en Asturias.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se estructura en base a un Mapa de Procesos de Formación:

1º Nivel Estratégico: Marco Legislativo

Ley 44/2003, 2/Noviembre, LOPS

RD 183/2008, 8/Febrero, Especialidades: Ciencias de la Salud

ORDEN SCO/58/2008, 22/Febrero

RD 450/2005, 22/Abril, Especialidades: Enfermería

ORDEN SAS/3225/2009, 13/Noviembre, Especialidad Enfermería Geriátrica

Requisitos para acreditación de la Unidad Docente Multiprofesional de Geriátrica

2º Nivel Operativo:

Documentación complementaria para el expediente de acreditación

Solicitud de acreditación

Solicitud acreditación de tutores

Nombramiento de tutores responsables de la formación de especialistas

3º Nivel de apoyo:

Unidad Docente de Geriátrica

Subcomisión Docencia de Enfermería

Cronograma: Junio/Septiembre 2010

RESULTADOS

1º Acreditación Unidad Docente Multiprofesional de Geriátrica: 2 Residentes Enfermería Geriátrica

2º Adaptación de la normativa oficial de acreditación y del programa formativo, a los recursos de la CCAA

3º Plan de Acogida: Elaboración "Libro de Acogida EIR"

4º Elaboración del "Libro del Residente"

5º Implantación de los registros de evaluación



6º Adaptación del itinerario formativo del EIR a las necesidades de la CCAA

CONCLUSIONES

El envejecimiento de la población Asturiana hace necesario para su atención, la formación sanitaria con un perfil especialista de Enfermería.

La complejidad de los cuidados enfermeros en el anciano, requiere un nivel de competencia no adquirido en la formación básica.

El programa formativo EIR de Geriátría, tiene como objetivo claro: atención al anciano y a su familia/cuidador.

Está dotado de contenidos claros, orientados a adquirir conocimientos, aptitudes y habilidades para el desarrollo de la atención sanitaria al mayor

La Enfermera Especialista en Geriátría está capacitada para enseñar, supervisar, gestionar, investigar y liderar los cuidados destinados a éste colectivo.



CONCLUSIONES

El personal de salud mental trabaja en su mayoría con diagnósticos enfermeros, realizando seguimiento y evaluación al alta.

El uso de planes de cuidados es en su mayoría por motivación personal, mejora en la calidad de los cuidados y desarrollo profesional.

La mayoría del personal enfermero ha recibido formación en taxonomía.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Rigol A., Ugalde M. Enfermería de salud mental y psiquiátrica 2ª ed. Barcelona: Elsevier Masson, 2007.
- (2) Tejedor Mª., Mª, Etxabe Mª. Guía práctica de informes de enfermería en Salud Mental. 1ª ed.: Glosa S.L; 2008.
- (3) Heather T, Heath C, Lunney M, Scroggins L, Vassallo B. NANDA Internacional Diagnosticos de enfermería: definiciones y clasificación 2009-2011.9. Barcelona: Elsevier; 2010.



grado y matriculados en la asignatura de Proceso de Enfermería y Necesidades Básicas. Un grupo que hemos llamado control porque ha resuelto dos caso clínicos a través de la bibliografía pertinente (n:12) y otro grupo llamado experimental (n:12), que ha resuelto los dos mismos casos clínicos utilizando la herramienta creada. A ambos grupos se les presentaron los casos clínicos hasta los datos de valoración según el modelo de Virginia Henderson, el primer grupo ha llegado hasta las actividades correspondientes utilizando la bibliografía de la NANDA-NIC NOC-INTERRELACIONES y el grupo experimental ha llegado hasta las actividades utilizando la herramienta creada. Se han diseñado dos encuestas que se han utilizado para la evaluación de la herramienta por parte de los alumnos (anexo1). Los docentes encargados de estar con los alumnos han emitido una evaluación sobre el proyecto.

RESULTADOS

Se han realizado dos tipos de encuestas, que se han pasado a los alumnos tras finalizar las pruebas. Una encuesta sólo se ha entregado a los alumnos de los tres grupos control y otra se ha entregado a todos los participantes en el proyecto. El 100% del alumnado contesta positivamente ante la relación NANDA-NOC- NIC, así como que consideran elemental esta taxonomía en un futuro profesional y valoran positivamente el uso del lenguaje enfermero como herramienta imprescindible para la profesión. Ambos grupos de las tres Facultades llegan al mismo resultado independientemente de si han utilizado la herramienta creada o la bibliografía.

El 100% de los alumnos del grupo experimental coinciden en que el programa facilita el aprendizaje del lenguaje enfermero. De l encuesta específica para este grupo todos identifican que ha sido útil el programa con una puntuación de hasta 4 y 5 sobre cinco, que ha sido útil para reflexionar, con una puntuación de 5 sobre 5, Creen que el programa sirve para crear destreza, y están de acuerdo con del diseño gráfico del programa.

Los profesores estiman que la herramienta informática es eficaz, pero no eficiente, pues al alumno le falta conocimiento en la expresión del lenguaje enfermero.

CONCLUSIONES

La realización de este proyecto docente ha sido un éxito puesto que el objetivo planteado ha sido conseguido por parte de los alumnos que lo han utilizado, ha existido interacción y ha estado conectado con el currículo del alumno mediante estrategias adecuadas. Esta opinión se sustenta en que tanto el grupo control como el que maneja el programa informático llegan a las mismas conclusiones en la resolución de los casos prácticos como era de esperar. Igualmente emplean el mismo tiempo en resolver dichos casos en nuestra opinión, esto es debido a que al ser alumnos de primero y llevar muy poco tiempo trabajando con el proceso de atención de enfermería, lo que más tiempo les lleva es tomar la decisión sobre qué diagnóstico de enfermería, NOC o NIC es el que corresponde con el caso presentado, y por lo tanto esto no depende de si usan los manuales o el programa. Pero el manejo del recurso informático será más rápido cuanto más conocimiento en la materia posean (P. Romer, 1995), cuando los alumnos conozcan el pensamiento enfermero y la toma de decisiones se agilice estamos convencidos que la herramienta informática será un éxito y se podrá usar en cualquier asignatura del Grado de Enfermería.



BIBLIOGRAFÍA

1. Gloria M. Bulechek, PhD, RN, FAAN: "Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)" 2009, Quinta Edición, Ed. Elsevier.
2. Johnson, Marion ; Moorhead, Sue ; Bulechek, Gloria M.; McCloskey Dochterman, Joanne; Maas, Meridean L.; Swanson, Elizabeth; : "Interrelaciones NANDA, NOC y NIC Diagósticos enfermeros, resultados e intervenciones" Ed. Elsevier. 2007.
3. Moorhead, Sue; Johnson, Marion; Maas, Meridean L.; Swanson, Elizabeth: "Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)" Ed. Elsevier- Mosby, 2009.
4. T. Heather Herdman, Phd. Rn: "Nanda Internacional Diagnósticos Enfermeros Definiciones y clasificación 2009-2011". Ed. Elsevier.



PROCESO DE ATENCIÓN ENFERMERA EN LA BAJA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO: A PROPÓSITO DE UN CASO

AUTORES

M^a Almudena Pousada-Gonzalez²¹, Liliana Cimadevilla-Quirós²¹, Lara Menéndez-González²¹, Raquel Junquera-Fernández²¹, Alejandro Toledo-Soriano²²

PALABRAS CLAVE

Adherencia, tratamiento, intervención enfermera

RESUMEN

La falta de adherencia al tratamiento es un problema común en pacientes con trastornos mentales. Estos son realmente proclives a presentar problemas de incumplimiento terapéutico,¹ con consecuencias negativas para la salud y la calidad de vida. 2 Disminuyendo así la efectividad de los fármacos, control de síntomas y tiene repercusiones en las tres esferas, biológica, psicológica y social. 3

Este problema es considerado en la actualidad uno de los principales factores de mal pronóstico de la enfermedad⁴, asociándose con tasas más elevadas de recaídas⁵.

Por ello ha de constituir un objetivo importante para los profesionales de la salud, pues se estima que alrededor de un 40-50% de los pacientes no cumple las recomendaciones prescritas. 1

Esta falta de adherencia puede ocasionar el fracaso del tratamiento, aumento de morbilidad y mortalidad y de los costes de la asistencia sanitaria.

Este problema por tanto, debe abordarse por el equipo de salud mental, con intervenciones hechas a la medida de los pacientes. 5

En la actualidad se reconoce que para realizar un correcto abordaje del problema, la satisfacción y la confianza en el profesional que le atiende es clave⁶. En este sentido la enfermera tiene un papel determinante 7. El equipo enfermero, es en todo momento el personal más cercano al paciente y mediante el trabajo con metodología enfermera y actividades de manera sistemática, puede mejorar así la calidad de los cuidados para el paciente con escasa adherencia al tratamiento. A continuación, se expone un caso de una paciente con pobre adherencia al tratamiento e incumplimiento de este, en el que la actividad enfermera supone tanto un desarrollo profesional, como la búsqueda del bienestar y calidad de los cuidados para el paciente.

VALORACIÓN DEL CASO CLÍNICO

E.R.S, paciente de 42 años diagnosticada de trastorno límite de la personalidad desde el año 2005. Vive sola y trabaja como cuidadora de ancianos. Ha realizado estudios primarios, pero no obtuvo el graduado escolar. Tiene un hijo de 10 años, que está al cuidado de su suegra.

²¹ Enfermera Interna Residente. Area IV del Principado de Asturias

²² Enfermero de hospitalización del Hospital Universitario Central de Asturias



- (00078) Gestión ineficaz de la propia salud r/c complejidad del régimen terapéutico
 (00146) Ansiedad r/c el estado de salud m/P expresión de preocupaciones
 (00125) Impotencia r/c tratamiento de la enfermedad m/P dependencia de otros que puede ocasionar irritabilidad.
 (00120) Baja autoestima situacional r/c fracaso del régimen terapéutico m/P expresiones de inutilidad.
 (00193) Descuido personal r/c trastorno de la personalidad m/P higiene personal inadecuada.
 (00003) Riesgo de desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades r/c ingesta excesiva en relación a las necesidades metabólicas m/P comer en respuesta a claves distintas del hambre (ansiedad).
 (00060) Interrupción de los procesos familiares r/c cambio en el estado de la salud de un miembro de la familia m/P cambios en la satisfacción con la familia.
 (00052) Deterioro de la interacción social r/c ausencia de personas significativas m/P interacción disfuncional con los demás.
 Déficit de actividades recreativas r/c entorno desprovisto de actividades recreativas m/P expresiones de ausencia total de ocio.

Diagnóstico enfermería	de	NOC	Indicadores	Puntuación					NIC	
				1	2	3	4	5		
(00079) Incumplimiento del tratamiento r/c complejidad del plan de cuidados de salud	m/P Conducta indicativa de incumplimiento	(1623) Conducta de cumplimiento: medicación prescrita	162301 Tiene una lista de todas las medicaciones, con dosis y frecuencia.	•					*	Manejo de la medicación 2380 - Comprobar la capacidad del paciente para automedicarse, si procede - Revisar periódicamente con el paciente la dosis y tipos de medicamentos tomados - Determinar el conocimiento del paciente sobre la medicación - Controlar el cumplimiento del régimen de la medicación - Determinar los factores que puedan impedir al paciente tomar la medicación correctamente - Desarrollar estrategias para facilitar que el paciente cumpla el régimen prescrito - Proporcionar al paciente información escrita y visual para potenciar la autoadministración de fármacos
			162304 Toma toda la medicación a intervalos prescritos	•					*	
			162305 Toma la dosis correcta		•				*	
		(1813) Conocimiento: régimen terapéutico	181301 Justificación del régimen terapéutico	•			*			
			181306 Medicación prescrita	•					*	
			181316 Beneficios del tratamiento de la enfermedad	•			*			



EVALUACIÓN

Actualmente la paciente maneja adecuadamente su tratamiento mediante un sistema de distribución diaria de la medicación en 4 tomas, desayuno, comida, merienda y cena. Acude a seguimiento con enfermería de manera mensual, para revisar las dificultades y seguimos trabajando con ella el resto de alteraciones.

BIBLIOGRAFÍA

- Fornés J. Enfermería de salud mental y psiquiátrica planes de cuidados. 1ª ed. Madrid: editorial médica panamericana;2005.
- Goff DC, Hill M, Freudenreich O. Strategies for improving treatment adherence in schizophrenia and schizoaffective disorder. J Clin Psychiatry. 2010;71Suppl 2:20-6.
- Anderson KH, Ford S, Robson D, Cassis J, Rodrigues C, Gray R. An exploratory, randomized controlled trial of adherence therapy for people with schizophrenia. Int J Ment Health Nurs. 2010 Oct;19(5):340-9.
- Hardeman SM, Harding RK, Narasimhan M. Simplifying adherence in schizophrenia. Psychiatr Serv. 2010 Apr;61(4):405-8.
- Velligan DI, Weiden PJ, Sajatovic M, Scott J, Carpenter D, Ross R, Docherty JP; Expert Consensus Panel on Adherence Problems in Serious and Persistent Mental Illness. The expert consensus guideline series: adherence problems in patients with serious and persistent mental illness. J Clin Psychiatry. 2009;70 Suppl 4:1-46; quiz 47-8.
- Boardman GH, McCann TV, Clark E. Accessing health care professionals about antipsychotic medication related concerns. Issues Ment Health Nurs. 2008 Jul;29(7):739-54.
- Boardman GH, McCann TV, Clark E. Accessing health care professionals about antipsychotic medication related concerns. Issues Ment Health Nurs. 2008 Jul;29(7):739-54.



INFORMATIZACIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA: TRABAJO EN GRUPOS EN LA ELABORACIÓN DE CONTENIDOS

AUTORES

Aitziber Gutiérrez-García de Cortazar; Aitziber Ubis-González; Roberto Abad- García; Inmaculada Sánchez- Martín; M^a Luz Peña-González; Rosa M^a González-Llinares

PALABRAS CLAVE

Metodología Enfermera, Taxonomías NANDA-NOC-NIC, Aplicación informática, Grupos de Trabajo

INTRODUCCIÓN

Osakidetza ha adquirido un nuevo sistema de información para los puestos de enfermería de todos los ámbitos asistenciales de la Organización. Para desarrollar los contenidos de la aplicación se han puesto en funcionamiento en febrero de 2012 diferentes Grupos de Trabajo.

El objetivo de este estudio es evaluar la actividad y aportaciones realizadas por los diferentes grupos de trabajo en la elaboración del contenido metodológico de la nueva aplicación informática NAIA.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo. El Equipo Técnico Consultor del Proyecto, dependiente de la Asesoría de Enfermería de Osakidetza y representativo de los tres ámbitos asistenciales, propone los contenidos; formularios de registro, planes de cuidados asociados, etc...utilizando las taxonomías NANDA, NOC, NIC .Cada Organización de Servicios aporta un grupo de trabajo para completar y revisar los contenidos propuestos.

La comunicación e intercambio de documentos se ha realizado principalmente on-line a través de correo electrónico y la creación de un grupo en la Plataforma Colaborativa PROsakidetza. Puntualmente se han llevado a cabo reuniones presenciales para la toma de decisiones.

Paralelamente a la elaboración de este estudio se han desarrollado talleres formativos en metodología enfermera y manejo de las taxonomías.

RESULTADOS

En el proyecto hay un total de 205 profesionales implicados: 40 enfermeras de A. Primaria, 55 de Salud mental y 110 de A. Especializada, repartidas en 43 grupos de trabajo.

Hasta la fecha la mayor parte de las aportaciones han sido referentes a los ítems de los formularios de valoración y los planes de cuidados asociados a 120 diagnósticos NANDA y 40 complicaciones potenciales.



CONCLUSIONES

El Trabajo en grupos hace que los planes de cuidados se adecuen más a la práctica asistencial logrando que la aplicación cubra las necesidades de todos los profesionales.

BIBLIOGRAFÍA

Butcher H.K., McCloskey J., Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 5ª Edición.

Barcelona: Elsevier Mosby; 2009.

North American Nursing Diagnoses Association NANDA Internacional, Diagnósticos enfermeros:

definiciones y clasificación 2009-2011. Barcelona: Elsevier; 2010.

Moorhead S., Johnson M., Maas M.L., Swanson E., Clasificación de los resultados de enfermería

(NOC). Barcelona: Elsevier Mosby; 2009.



ACERCANDO EL PROCESO ENFERMERO AL TRABAJO CON POBLACIÓN INFANTIL

AUTORES

Rita M^a Mendoza – Sánchez; Milagrosa Medina – Pérez; Juana de la Cruz González – González; Ana Isabel Barreno – Estévez; Lourdes Gómez – Perera; Eugenia Letizia Hernández – García.

PALABRAS CLAVE

Proceso Enfermero, Atención Primaria, población infantil, resultados.

INTRODUCCIÓN

La utilización del proceso enfermero (PE) en general y de los lenguajes estandarizados en Enfermería (LEE) en particular, permite clarificar la aportación específica que realiza la enfermera a la población y diferenciar la actuación enfermera de la de otros profesionales.

Hoy por hoy, las enfermeras de la Gerencia de Atención Primaria del Área de Salud de Gran Canaria (GAP-GC), cuentan con una amplia gama de recursos para trasladar la evidencia a sus cuidados, de manera que puedan resolver las necesidades de salud de los individuos, familias o comunidades a las que atienden (un grupo de Metodología de Enfermería de la GAP-GC para formación y consultoría, intranet corporativa, internet, revistas, libros, portales de acceso desde la historia clínica, etc.). Ahora bien, aún haciendo uso de los mismos, el registro correcto en las historias de los usuarios utilizando lenguaje enfermero sigue siendo vivido como una dificultad añadida.

Esta dificultad, común a todas las enfermeras del Área de Salud, se agrava de manera especial en las enfermeras que trabajan con población infantil. Estas enfermeras expresan, en los distintos foros y espacios formativos, incertidumbres y mayores dificultades en el manejo de los lenguajes llegando a solicitar una formación más específica y acorde a su día a día.

Dentro de la Planificación Estratégica de la GAP-GC uno de los objetivos estratégicos es garantizar la calidad científico-técnica dotando a los profesionales de aquellas herramientas diagnósticas y terapéuticas necesarias para aumentar la resolutivez en su actividad asistencial diaria, buscando el desarrollo profesional mediante el apoyo directo con estructuras que lo permitan.

Asimismo, el desarrollo de la actividad asistencial de los profesionales de Enfermería de la GAP-GC, es valorado en las estrategias de incentiación. Para lograr el objetivo “mejorar la cobertura y calidad de la cartera de servicios”, se les pide la realización de planes de cuidados a sus poblaciones de referencia, existiendo un indicador de valoración del trabajo Metodológico de Enfermería en la población infantil (0-23 meses, 2-5 años y 6-14 años), en este sentido, el requisito para percibir la cuantía económica ligada a la consecución de este indicador, consiste en registrar los planes de cuidados en la Historia de Salud utilizando los Patrones Funcionales de Marjory Gordon y las taxonomías NANDA, NIC, NOC. La plantilla con la que cuenta la Gerencia para acercar los cuidados a la población infantil es de 115 enfermeras.



A continuación se comienza la dinámica: “hacia los resultados enfermeros en población infantil”, el objetivo de la misma es analizar de forma práctica cómo ser precisos a la hora de seleccionar los resultados e intervenciones más apropiadas al diagnóstico que presenten los infantes.

El siguiente paso es aplicar esta teoría al estudio de casos prácticos que las enfermeras han hecho llegar al grupo de docentes, donde se pretende por parte de los discentes que se proponga un plan de cuidados completo, en el que la selección de resultados, indicadores e intervenciones siga la metodología de trabajo expuesta en la dinámica anterior. Para ello se les facilita a cada grupo (NANDA, NOC, NIC y NNN).

El resto de las horas se centran en dar respuesta a las dudas planteadas por los asistentes. La recopilación de las dudas se lleva a cabo por las docentes en los meses previos a la actividad, de forma que:

- Se ha informado a las personas que actualmente trabajan con población infantil sobre la existencia del taller y el objetivo del mismo.
- Las personas que deciden acudir envían vía correo electrónico a las docentes sus propias dudas, o las que se suscitan en sus compañeros, así como los casos prácticos que deseen proponer. De entre los casos enviados, se seleccionaron 3 representativos de la actividad en consulta (uno por grupo de edad). El resto de casos se transformaron en preguntas concretas para trabajar en el apartado de dudas.
- Las docentes dividen las dudas en dos subgrupos:
 - Subgrupo 1: Dudas relacionadas con los lenguajes estandarizados enfermeros: Para llevar a cabo este apartado el grupo de docentes creó una dinámica a la que se llamó “Pensamos en Lenguajes Enfermeros Estandarizados”. Para la misma se dividió a los discentes en 4 grupos, y como material principal se utilizó un dado y cartas, elaborados para tal fin. Cada una de las cartas llevaban CD, FR o FRi, Diagnósticos de Enfermería, NOC, NIC y Patrones Funcionales. Cada una de las caras del dado coincidía con un tipo de carta.
 - Subgrupo 2: resto de dudas planteadas (evidencia, dificultades en la organización de la consulta, de la agenda, etc.). Estas dudas son expuestas mediante diapositivas y se valora si es una dificultad puntual o generalizada entre los discentes dándose una respuesta en función de los recursos actuales (evidencia en cuidados, programa de Salud Infantil, tapiz plan de cuidados en historia de salud electrónica, etc). Aquellas dificultades que más se repiten y que destaquen por cualquier circunstancia, serán incluidas en un documento que se entregará a la Dirección de Enfermería, junto con los resultados de la evaluación de la actividad.

La publicidad de la actividad a desarrollar se realiza mediante información formal de la Dirección de Enfermería a las Direcciones y Subdirecciones de Zona Básica de Salud, solicitando la participación de los profesionales vinculados a la población infantil. Asimismo, el Área Técnica, departamento donde se alberga la formación continuada a los profesionales, hace difusión de la actividad formativa, acreditada por la Comisión Canaria de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias.



- Se contacte personalmente con los asistentes y se pregunte si después de la formación están utilizando en su consulta el PE, tienen nuevas dudas, otras necesidades formativas, etc.
- Se analicen los cambios en los registros en la historia de salud de los niños.
- A destacar la oportunidad de aprendizaje que ha supuesto para las docentes del grupo de Metodología de la GAP- GC, tanto la preparación de los contenidos de los talleres como la impartición de los mismos.

AGRADECIMIENTOS

A Lourdes Suárez por su generosidad, a la GAP-GC por facilitar el trabajo y a nuestras familias por dejarnos hacer y darnos la oportunidad de seguir creciendo.

BIBLIOGRAFÍA

Akley B .J.; Ladwig G.B. Manual de diagnósticos de enfermería. Guía para la planificación de los cuidados. Séptima edición. Madrid: Elsevier. 2007.

Estrategia de mejora de la calidad de los cuidados. Protocolos de Cuidados de Enfermería Basados en la Evidencia. Gobierno de Aragón. Departamento de salud y consmo. Edita: Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. Disponible en <http://bvcshulp.files.wordpress.com/2010/12/protocolos.pdf> Consultado: 01/03/2012.

Gordon, M. Manual de diagnósticos enfermeros. 10ªed. Madrid: Elsevier. 2003.

Granados Matute, Ana Eva; Peinado Barraso, Mª del Carmen; Contreras Fariñas, Raquel; Torralba Abella, Juan; Moreno Verdugo, Ana; Luque Ortega, Yolanda. Diagnósticos enfermeros más prevalentes en la gestión de casos en pediatría. Evidentia. 2010 abr-jun; 7(30). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n30/ev7229.php> . Consultado: 01/03/2012.

JBI. La efectividad en la intervención en el cólico del lactante. Best Practice 12 (6) 2008. Disponible en: http://www.evidenciaencuidados.es/evidenciaencuidados/evidencia/bpis/pdf/jb/2008_12_6_colico_lactante.pdf Consultado: 05/03/2012.

Johnson, M.; Bulechek, G; McCloskey, J. Diagnósticos Enfermeros, Resultados e Intervenciones. Interrelaciones, NANDA, NOC, NIC. 1ª ed. Madrid: Mosby. 2002.

Jonson, M.; Maas, M.; Morread, S. Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE). 2ª ed. Madrid: Mosby. 2002.

McCloskey, J.; Bulechek, G.NIC. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE). 3ª ed. Madrid: Mosby. 2002.

NANDA. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2009 – 2010. NANDA Internacional. 1ª ed. Madrid: Elsevier. 2010.

Programa de Salud Infantil. Servicio Canario de la Salud. Dirección General de Programas Asistenciales. Gobierno de Canarias. Consejería de Sanidad. Disponible en: <http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/aplicacion.jsp?idCarpeta=e590b776-e23a-11dd-8313-c9005baed236> . Consultado: 01/03/2012.



ansiedad por el fracaso, ansiedad de viajar, etc. Por ello estos autores recomiendan suprimir la etiología de la denominación diagnóstica.

A pesar de ello, el uso de dicha etiqueta sigue siendo palpable en la actualidad, por ello, se aconseja usar esta etiqueta cuando la persona, sin hallarse ante un peligro inminente para su vida, elabora cognitivamente y afectivamente la idea de su propia muerte. Aunque la definición del diagnóstico admite la posibilidad de formularlo cuando hay una amenaza real a la propia existencia, podríamos considerar que en tal situación se trataría de un proceso de duelo y como tal debería identificarse y tratarse. Por el contrario, se desaconseja utilizarla cuando la persona se encuentre en cualquiera de las fases del proceso de duelo (real o anticipado), ya que este sentimiento forma parte de las características del mismo y no puede considerarse un diagnóstico aislado.

Por ello será necesario el análisis íntegro del diagnóstico enfermero “Ansiedad ante la muerte” evidenciando así en qué situaciones nos lo podremos encontrar, reflejando la pertinencia del mismo.

DESARROLLO

Cada paciente es una persona autónoma y valiosa que interactúa de un modo especial con el ambiente, y que debe valorarse como una unidad. Debido a que los diagnósticos de enfermería derivan de estas valoraciones y a que el paciente está interactuando continuamente con el ambiente, el profesional de enfermería debe aplicar el proceso en un ciclo de valoración continuo, diagnosticando, planificando, interviniendo y evaluando. No puede concebirse un diagnóstico de enfermería fuera del contexto del proceso de enfermería.

Nuestro proceso de enfermería constará de:

Valoración:

La valoración, primer paso del proceso de enfermería, es la recogida deliberada y sistemática de datos, para determinar los estados de salud y funcionalidad.

Para la valoración de la ansiedad ante la muerte, deberemos de tener presentes las características definitorias del mismo, siendo estas las conductas o manifestaciones objetivas y subjetivas que indican la presencia de una etiqueta diagnóstica (10). En nuestro caso deberemos de valorar la presencia de las características definitorias del diagnóstico enfermero “Ansiedad ante la muerte”, sirviéndonos así mismo en la valoración las características definitorias del diagnóstico enfermero “Ansiedad”. Para cada uno de ellos serán:

Durante el proceso de valoración se deberán de tener presentes las correlaciones de la ansiedad ante la muerte y las imágenes o concepciones de la muerte que tienen las personas a lo largo de su etapa evolutiva.

Las correlaciones de la ansiedad ante la muerte serán: edad, sexo, religión, personalidad, salud física, ocupación, muerte de personas allegadas y la conducta (6).

Diagnóstico:

Los profesionales de enfermería emiten juicios acerca de los diversos datos obtenidos de la valoración, encaminados estos a ayudar al paciente para lograr mantener el estado de salud que este desea.



En nuestro caso, si nos encontramos ante un paciente que presente las características definitorias ya expuestas estaremos en disposición de diagnosticar al paciente con “Ansiedad ante la muerte”.

Los componentes aprobados por la NANDA Internacional para nuestro diagnóstico enfermero serán:

Etiqueta: Ansiedad ante la muerte (00147) (1998,2006, NDE 2.1); Teniendo en cuenta que; 1998 fue el año de inclusión de dicho diagnóstico; 2006, el año de modificación del mismo; así como que el NDE 2.1 se refiere al nivel de evidencia de dicho diagnóstico (7).

El diagnóstico ansiedad ante la muerte pertenecerá según la Taxonomía II de la NANDA Internacional;

o Al Dominio 9: Afrontamiento / tolerancia al estrés: Forma de hacer frente a los acontecimientos/procesos vitales. (7)

o A la Clase 2: Respuestas de afrontamiento: Procesos para manejar el estrés ambiental. (7)

o Al concepto diagnóstico: Ansiedad. (7)

Definición: La NANDA Internacional la define como la “Sensación vaga e intranquilizante de malestar o temor provocada por la percepción de una amenaza real o imaginada a la propia existencia”. (7)

Factores relacionados (7): Los factores que parecen mostrar algún tipo de patrón de relación con dicho diagnóstico enfermero serán los siguientes: Anticipación de consecuencias adversas derivadas de la anestesia general.; Anticipación del impacto de la propia muerte sobre los demás; Anticipación de dolor; Anticipación de sufrimiento; Confrontación con la realidad de una enfermedad terminal; Discusiones sobre el tema de la muerte*; Experimentar el proceso de agonía.; Experiencia cercana a la muerte; Rechazo de la propia mortalidad; Observaciones relacionadas con la muerte*; Percepción de proximidad de la muerte; Incertidumbre sobre el encuentro con un ser superior; Incertidumbre sobre la existencia de un poder superior; Incertidumbre sobre la vida después de la muerte; Incertidumbre sobre el pronóstico.

*Diferentes autores consideran que los factores relacionados “Discusiones sobre el tema de la muerte” y “Observaciones relacionadas con la muerte” deberían de considerarse como características definitorias y no como factores relacionados.

Será de utilidad el agrupar los diferentes factores relacionados, por ello tendremos:

Factores relacionados de tipo anticipatorio: Serán aquellos que generen en el paciente ansiedad debido a que este perciba que ocurrirá algo aún sin tener ello base sólida. Estos serán: anticipación de consecuencias adversas derivadas de la anestesia general, anticipación del impacto de la propia muerte sobre los demás, anticipación de dolor y anticipación de sufrimiento.

Factores relacionados por incertidumbre: Serán aquellos que generen en el paciente ansiedad por duda e inseguridad. Estos serán: incertidumbre sobre el encuentro con un ser superior, incertidumbre sobre la existencia de un poder superior, incertidumbre sobre la vida después de la muerte e incertidumbre sobre el pronóstico.

Factores relacionados marcados por la edad: Los niños entre seis y ocho años solo asocian la muerte a personas enfermas y mayores, nunca a ellos. De este modo cuando un paciente con esta edad descubra la universalidad de la muerte podrá



presentar ansiedad ante la muerte relacionado con el rechazo de la propia mortalidad. El factor relacionado, por consiguiente será: rechazo de la propia mortalidad.

Factores relacionados por la negación de una enfermedad terminal: Se dará en aquellos pacientes que se encuentran en situación de una enfermedad terminal y no asuman la realidad de la misma. El factor relacionado será: confrontación con la realidad de una enfermedad terminal.

Factores relacionados por la proximidad de muerte: Serán los que surgen gracias a la percepción subjetiva u objetiva de una muerte inminente, por parte del paciente. Estos serán: percepción de proximidad de la muerte y experimentar el proceso de agonía.

Factores relacionados por experiencia cercana de muerte: Será cuando un paciente que ha tenido una experiencia cercana a la muerte presente ansiedad ante esta. El factor relacionado será: experiencia cercana a la muerte.

CONCLUSIONES

Los profesionales de enfermería cuentan con las capacidades cognitivas y habilidades prácticas para el correcto diagnóstico de “Ansiedad ante la muerte” y la resolución del mismo mediante la aplicación de las diferentes intervenciones ya vistas.

Será de gran utilidad el conocimiento de dicho diagnóstico para evitar su uso incorrecto respecto al diagnóstico enfermero “Duelo”. Así mismo será importante su conocimiento para evitar que aparezcan situaciones en el paciente que desarticulen su vida.

Gracias al uso de dicho diagnóstico conseguiremos la detección precoz de esta ansiedad así como su disminución gracias a la aplicación de las intervenciones propuestas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sierra JC, Ortega V, Zubeidat I. Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. Revista mal-estar e subjetividade /Fortaleza.2003, Marzo. 3(1): 10-59.
2. Chauveau B. Ansiedad en la vida cotidiana. Barcelona: Temis; 1992.
3. Freud S. Reflections on war and death. Nueva York: Moffat Yard; 1918.
4. Berker E. the Denial of Death. Nueva York: Free Press; 1973.
5. Klein M. A contribution to the theory of guilt and anxiety. Revista Internacional de psicoanálisis.1948, Abril. 23: 114-123.
6. Lonetto R, Templer DI. Ansiedad ante la muerte. Barcelona: Temis; 1992.
7. Heather Herdman T. editor. Nanda International. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación. 8ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2010.
8. Carpenito LJ. Manual de diagnóstico de enfermería. 9ª ed. Madrid: McGraw-Hill; 2002.
9. Luis MT directora. Los diagnósticos enfermeros: revisión crítica y guía práctica. 8ªed. Barcelona: Masson; 2008.
10. Gordon M. Manual de diagnósticos de enfermería. 11ª ed. Madrid: McGraw-Hill; 1995.



MODELO AREA: VÍA DE ANCLAJE ASITENCIAL-DOCENTE PARA ABORDAR LA COMPLEJIDAD CLÍNICA.

AUTORES

Ángel Martín-García, Cristina Oter-Quintana, Consuelo García-Monllor, María García-Yagüe

PALABRAS CLAVE

Atención primaria de salud, Procesos de enfermería, Diagnóstico de enfermería

RESUMEN

La aproximación asistencial-docente planteada por Rifa (2011) para resolver un caso clínico, nos orientará para reflexionar sobre el abordaje teórico de un caso complejo en Atención Primaria, mediante el modelo AREA. Pretendemos resolver cuestiones generadas en el ámbito clínico respecto a la utilización del proceso enfermero que por razones estructurales dificultan y limitan el trabajo reflexivo y crítico del profesional asistencial en el contexto de la Atención Primaria de Salud.

VALORACIÓN

Hombre 53 años, con Diabetes Mellitus, Retinopatía diabética, Pie de Charcot, impotencia sexual e HTA. Valoración por patrones funcionales. Alterados: percepción manejo de la salud, nutricional metabólico, eliminación, autopercepción autoconcepto, sexualidad-reproducción, adaptación tolerancia al estrés, rol relaciones y valores/creencias.

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS

Tras la situación del paciente en su contexto y la elaboración de la Red de Razonamiento Clínico (RRC), se sitúa como problema principal: Impotencia sexual y se identifica como Diagnóstico Principal: Baja autoestima situacional r/c cambios del rol social m/p informa que la situación actual desafía su valía personal.

RESULTADOS

Ajuste psicosocial: cambio de vida. Autoestima. Ejecución del rol. Superación de problemas

INTERVENCIONES

Aumentar los sistemas de apoyo. Potenciación de la autoestima. Potenciación de la socialización. Potenciación de roles. Asesoramiento sexual.

EVALUACIÓN

El modelo AREA sistematiza el pensamiento crítico, creativo y complejo, elimina errores de "intuición", facilita la toma de decisiones ante situaciones complejas. De igual manera permite a los profesionales asistenciales, con el asesoramiento de los docentes, ahondar en el trabajo reflexivo y creativo que por diferentes obstáculos de la actividad asistencial actual lo dificultan.

BIBLIOGRAFÍA

JOHNSON M, MASS M, MOORHEAD S. CLASIFICACION DE RESULTADOS DE ENFERMERIA (CRE). 2ª ED. MADRID: HARCOURT; Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey



CONCLUSIONES

Conocer las percepciones de los profesionales enfermeros en el uso de los sistemas de información nos permitirá identificar acciones de mejora para su utilización en la práctica clínica diaria.

BIBLIOGRAFÍA

- Estrada N, Dunn C. Standardized Nursing Diagnoses in an Electronic Health Record: Nursing Survey results. *Int J Nurs Knowl*. 2012; 1-10.
- Fogelberg M, Wadensten B. Nurses' experiences of and opinions about using standardised care plans in electronic health records: a questionnaire study. *J Clin Nurs*. 2008; 21:37-45.
- Haverson E, Beetcher E, Scherb C, Olsen G, Frost M , Orth K. Minnesota Nurses' Perceptions of Nursing Diagnoses. *Int J Nurs Terminol Classif*. 2011; 22(3):123-32.
- Juvé ME. Terminología enfermera de interfase: Fundamentos filosóficos y teóricos para su desarrollo y validación (I). *Rev Rol Enferm*. 2012; 35(4):20-5.
- Lee T. Nurses' perception of their documentation experiences in a computerized nursing care planing system. *J Clin Nurs*. 2006; 15:1376-82.
- Paganin A, Moraes MA, Pokorski S, Rabelo ER. Factors that inhibit the use of Nursing Language. *Int J Nurs Terminol Classif*. 2008; 19(4):150-7.

entorno familiar con el 50% de los casos de la enfermedad. Se ha observado un aumento de la prevalencia de la enfermedad en los últimos años. Se ha observado un aumento de la prevalencia de la enfermedad en los últimos años. Se ha observado un aumento de la prevalencia de la enfermedad en los últimos años.



RDGTIO030971: Registrar planificación de enfermería

FRBR660869913013 MERCEDES FRAILE BRAVO A.S.Mérida
 29.08.1966 Edad 44A Sexo mujer S.S. 100040612870
 Médico de familia DR.A. MUÑOZ RODRIGUEZ, JOSE CIAS 1301220108F ENFERMERIA / SANTA AMALIA

Patrón:
 Patrones I II III IV V VI VII VIII IX X XI

Id P. Diagnóstico de Enfermería
 P05 Insomnio: R/C: Ansiedad, Depresión. M/F: El paciente informa de dificultad para conciliar el sueño, El paciente informa de ins...

Propuesta de Enfermería
 -> GUIA SALUD MENTAL
 INSOMNIO
 -> Diagnósticos
 Insomnio
 -> Criterios y Resultados (NOC)
 Descanso
 Sueño
 Equilibrio emocional
 Bienestar personal
 -> Intervenciones (NIC)
 Manejo del dolor
 Mejorar el sueño
 Aumentar el afrontamiento

FA1 (1) (200) DBFOR INS

RDGTIO030971: Registrar planificación de enfermería

RDGTIO030971: Registrar planificación de enfermería

Plan cuidados de 23.05.2011, 00:00:00 a 23.05.2011, 24:00:00 Antecedentes
 Pcte.: FRAILE BRAVO, MERCEDES
 9002 / 232 /
 RPE: 23.05.2011: - 22.05.2011: - 21.05.2011: -
 Puntos Pctes

Plan cuidados creado a 23.05.2011, 09:47:04 Ref.perf.plan cuid./plan cuid.std.

Diagnóstico	NOC	ZT NIC
<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> INSOMNIO	<input checked="" type="checkbox"/> Descanso <input checked="" type="checkbox"/> Sueño <input checked="" type="checkbox"/> Equilibrio emocional <input checked="" type="checkbox"/> Bienestar personal	<input checked="" type="checkbox"/> Manejo del dolor <input checked="" type="checkbox"/> Mejorar el sueño <input checked="" type="checkbox"/> Aumentar el afrontamiento
<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> DIABETES_OBESIDAD	<input checked="" type="checkbox"/> Toma de decisiones <input checked="" type="checkbox"/> Aceptación: estado de salud <input checked="" type="checkbox"/> Afrontamiento de problemas	<input checked="" type="checkbox"/> Aumentar el afrontamiento

FA1 (1) (200) DBFOR INS

CONCLUSIONES

Se establece una herramienta que sirve de elemento estandarizador del lenguaje enfermero Nanda-NOC-NIC codificando Diagnósticos, Resultados e Intervenciones de los planes estandarizados, facilitando compartir la información interniveles, el registro, el análisis y la medición la actividad enfermera.

COMUNICACIONES



DIFERENCIAS EN LAS CONSECUENCIAS DEL CUIDADO ENTRE PERSONAS CUIDADORAS DEL ÁMBITO RURAL Y URBANO.

AUTORES

Berta Gorlat-Sánchez, Patricia Peinado-Gorlat, Aurora Quero-Rufian, Yolanda Mejías-Martín, Francisco Cruz-Quintana, M^a Paz García-Caro.

PALABRAS CLAVE

Personas cuidadoras, ámbito rural, ámbito urbano, teoría fundamentada.

INTRODUCCIÓN

Los cuidadores informales son indispensables, convirtiéndose su apoyo en un asunto de salud pública¹⁻⁴.

En el contexto de un amplio proyecto de investigación sobre personas cuidadoras en dos hospitales de Granada⁵, se plantea como OBJETIVO identificar diferencias entre cuidadoras/es del ámbito urbano y rural en cuanto a repercusiones físicas/psíquicas derivadas del cuidado, dificultades sociales/sanitarias encontradas y necesidades de estas personas⁶.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio cualitativo con técnicas de: entrevista semiestructurada a cuidadoras/es, observación participante del entorno hospitalario y grupos focales con profesionales sanitarios.

Ámbito de estudio: plantas de hospitalización de dos hospitales Granadinos.

Sujetos estudiados: cuidadoras/es identificados según criterios de inclusión.

Se analizan: variables de segmentación representativas de distintos perfiles de personas cuidadoras, función familiar, apoyo social percibido, nivel de ansiedad y consumo de fármacos.

Se transcriben el discurso de las personas entrevistadas y de los profesionales participantes en los grupos focales. Se analizan estos junto a la observación realizada, pretendiendo generar Teoría Fundamentada⁷.

Se utiliza el programa Atlas-ti para organizar datos.

RESULTADOS

Cumplen criterios de inclusión 223 cuidadoras/es, seleccionando a 45 como representativos de los distintos perfiles.

Se identifican mayores repercusiones psíquicas y físicas en el ámbito rural relacionadas directamente con menores apoyos percibidos y mayores dificultades sociales y sanitarias. Las personas cuidadoras del ámbito rural presentan más frecuentemente: ansiedad, cansancio en el desempeño del rol de cuidador y desesperanza.

Se identifica el sexo como una variable altamente influyente, los hombres solicitan en ambos ámbitos más ayudas sociales y tienen mejor apoyo social percibido que las

mujeres, pero a pesar de ello presentan mayores niveles de ansiedad, impotencia y desesperanza.

CONCLUSIONES

El medio donde viven habitualmente las personas y el sexo condicionan la percepción y la asunción del cuidado.

Vivir en el ámbito rural puede suponer mayores repercusiones y dificultades para las personas cuidadoras.

BIBLIOGRAFÍA

Pinquart, M., & Sorensen, S. (2006). Gender differences in caregiver stressors, social resources, and health: An updated meta-analysis. *Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 61B (1), P33–P45. Evidence Level I: Systematic Review. <http://www.psicologiacientifica.com/bv/imprimir-379-repercusion-de-la-enfermedad-de-alzheimer-en-el-nucleo-familiar.html>- Consultado el 4-2-2012

National Advisory Committee on Health and Disability. La contribución de los cuidadores informales: ¿Cómo preservarla?. *How Should we Care for the Carers, Now and into the Future?* Ministry of Health. 2010. Disponible en: <http://www.nhc.health.govt.nz/moh.nsf/indexcm/nhc-how-should-we-care-for-the-carers> Consultado el 19-3-2012.

Larrañaga Isabel, Martín Unai, Bacigalupe Amaia, Begiristáin José María, Valderrama María José, Arregi Begoña. Impacto del cuidado informal en la salud y la calidad de vida de las personas cuidadoras: análisis de las desigualdades de género. *Gac Sanit [revista en Internet]*. 2008 Out; 22(5): 443-450. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112008000500008&lng=pt.

Bermejo Caja, Carlos y clbs. Factores, necesidades y motivaciones de los cuidadores principales que influyen en el mantenimiento del cuidado de las personas dependientes en el núcleo familiar. *Nure Investigación*, nº 11, Diciembre 04–Enero 05.

Gorlat-Sánchez, B; Martín Berrido, M; Alcántara Díaz, C; Calle García, MJ; Cueto Rejón, E; González Guerrero, L; Quero Rufián, A; Nieto Poyato, RM; Olea Cobo, N; Rivas Campos, A; Salvador Sánchez, I; Sánchez Moreno, E. *Plan Funcional de Personas cuidadoras en el Hospital Virgen de la Nieves de Granada*. ISBN-13: 978-84-693-4074-5 .Nº Registro: 10/64753

Proyecto de investigación: Impacto del Plan Funcional dirigido a personas cuidadoras de Hospitalización. Hospital U. Virgen de las Nieves. Hospital de Baza. Granada. Investigadora Principal: Berta Gorlat-Sánchez, nº de expediente: PI-0406/09 (Consejería de Salud- Servicio Andaluz de Salud)

Vivar Cristina G., Arantzamendi María, López-Dicastillo Olga, Gordo Luis Cristina. La Teoría Fundamentada como Metodología de Investigación Cualitativa en Enfermería. *Index Enferm [revista en Internet]*. 2010 Dic; 19(4): 283-288. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000300011&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962010000300011>. Consultado 27-3-2012



ENSEÑANZA DEL PROCESO ENFERMERO Y DE LA CIENCIA DEL CUIDADO EN EL GRADO DE ENFERMERÍA

AUTORES

Amparo Zaragoza-Salcedo; Inmaculada Serrano-Monzó; Maddi Olano-Lizarraga; M^a Victoria Navarta-Sánchez; María Begoña Errasti-Ibarrondo; Virginia la Rosa-Salas

PALABRAS CLAVE

Proceso enfermero; Patrones Funcionales de Salud de Marjorie Gordon; Ciencia del cuidado; Docencia; Grado de enfermería.

INTRODUCCIÓN

La enseñanza aprendizaje del proceso enfermero y la ciencia del cuidado en el Grado de enfermería no puede limitarse al contenido teórico de alguna asignatura. El plan de estudios debe promover de forma efectiva este aprendizaje. Este trabajo presenta una de las iniciativas que se está realizando en la Facultad de Enfermería de la Universidad de Navarra (UN) para conseguir este objetivo.

Los nuevos estudios de Grado en Enfermería y su orientación

Los años previos a la implantación de los estudios de grado se vivieron en la entonces Escuela de Enfermería de la UN como un tiempo de inflexión. Esto nos brindó una oportunidad para reflexionar acerca de que tipo de profesional estábamos preparando y el modelo de Enfermería que queríamos transmitir.

Una de las aspiraciones presente en la mayoría de profesores del centro era hacer más visible, en el propio currículo, la ciencia del cuidado y que ésta fuera además la protagonista en nuestro plan de estudios.

Hubiera sido nuestro deseo configurar todo el plan de estudios de acuerdo a un marco o modelo propio de la disciplina. Sin embargo, la realidad era que todavía no estábamos conceptualmente preparados para dar este salto. Entendíamos que había que iniciar un proyecto a más largo plazo en esta línea, y por eso, a pesar de que no es el motivo del presente trabajo, si queremos apuntar que se ha configurado una línea de investigación en la Facultad dirigida hacia este objetivo.

Por tanto, aunque se veía inalcanzable en ese momento conseguir toda la reestructuración señalada, se decidió apuntar hacia un objetivo intermedio que en si mismo ya suponía un avance. Se decidió configurar aquellas materias propias de la enfermería, como era la de Atención de enfermería a la persona en las distintas etapas de la vida, de acuerdo a un enfoque que permitiera al docente y al estudiante reconocer y desarrollar el conocimiento disciplinar. Como veremos a continuación, este enfoque es el que ya se impartía en la asignatura de Fundamentos filosóficos y metodológicos de enfermería, pero además debía ser el molde o estructura de las otras asignaturas mencionadas.

En la asignatura de Fundamentos filosóficos y metodológicos de enfermería, el alumno comienza a familiarizarse con la enfermería como disciplina y como profesión y se adentra en el conocimiento de la naturaleza y la esencia de la misma y sus valores

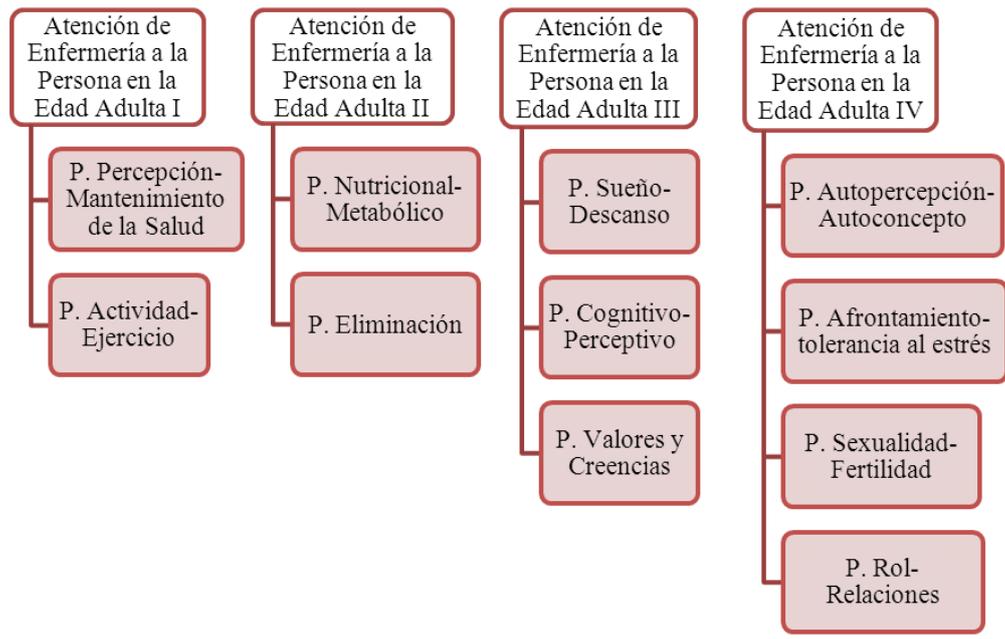


Figura 2. Estructura del Patrón Rol-Relaciones

1. DEFINICIÓN
2. PRINCIPALES CONCEPTOS
<ul style="list-style-type: none"> • Roles y relaciones sociales • Roles y relaciones familiares • Rol de cuidador
3. FACTORES QUE INFLUYEN EN EL DESEMPEÑO DEL ROL Y EN LAS RELACIONES SOCIALES
<ul style="list-style-type: none"> • Situaciones personales y ambientales • Fisiopatológicos • Relacionados con el tratamiento
4. VALORACIÓN DEL PATRÓN
5. PRINCIPALES DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA
<ul style="list-style-type: none"> • Interrupción de los procesos familiares • Cansancio del rol de cuidador
6. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Retos de este nuevo enfoque

En el curso académico 2011-2012 comenzaron a impartirse las asignaturas de Atención de enfermería a la persona en al edad adulta I y II. En el actual curso académico, 2012-2013 se implantaron las restantes asignaturas del Adulto (Atención de enfermería a la persona en al edad adulta III y IV). Son bastantes las dificultades y retos que han ido surgiendo con la implantación de este nuevo enfoque, por eso se decidió crear en la Facultad de Enfermería un Grupo Docente (GD) en el que participan 10 profesores (Tabla 1).

COMUNICACIONES



Por último, mencionar que otro de los retos más fascinantes que se nos presenta es el de utilizar metodologías de enseñanza aprendizaje apropiados para la adquisición de las competencias de las que estamos tratando. Hay una experiencia que está siendo favorable: los estudios de caso con grupos reducidos de alumnos (máximo 20). En estos seminarios, y a través de la resolución de un caso clínico, los estudiantes desarrollan destrezas para la valoración de uno o varios patrones, así como para la identificación de los diagnósticos de enfermería, intervenciones y resultados más adecuados para esa situación. Aunque actualmente estas metodologías son más bien complementarias a las clases magistrales, queda por determinar si no deberían de ser la principal metodología, como lo es el modelo de aprendizaje basado en problemas (ABP).

Hasta aquí hemos expuesto algunos de los retos que se derivan del nuevo enfoque que hemos introducido en algunas de las asignaturas del plan de estudios en relación a una enseñanza aprendizaje más afín a una visión disciplinar. Queda todavía mucho por hacer y entendemos que este es solo un punto de partida.

CONCLUSIONES

Es crucial que los nuevos planes de estudio de Grado contribuyan a formar profesionales preparados para dar respuesta a las necesidades y retos que la sociedad del nuevo milenio necesita. La Enfermería tiene que reconocer cual es su aportación específica y capacitarse para ofertarla. Las facultades de enfermería a través de su reflexión, investigación y docencia están en un lugar privilegiado para brindar este servicio.

REFERENCIAS

- Ackley, B. J. & Ladwing, G. B. (2010). *Nursing Diagnosis Handbook: an Evidence-Based Guide to Planning Care* (9ª ed.). Madrid: Elsevier Mosby.
- Documento interno. Memoria: Grado en Enfermería. Escuela Universitaria de Enfermería. Universidad de Navarra. Pamplona, 25 de mayo de 2009.
- Herdman, T. H. (2010). *NANDA International. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificación. 2009-2011*. Barcelona: Elsevier.
- Johnson, M., Bulechek, G., McCloskey Dochterman, J. & Moorhead, S. (2004). *Diagnósticos Enfermeros, Resultados e Intervenciones. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC*. Madrid: Mosby.
- McCloskey, J. C. & Bulechek, G. M. (2000). *Nursing interventions classification (NIC): Iowa intervention project* (3ª ed.). St. Louis: Elsevier Mosby.
- Meleis, A. I. (2007). *Theoretical nursing: Development & progress*. Philadelphia: Lippincott, Williams, & Wilkins.
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L. & Swanson, E. (2004). *Nursing outcomes classification (NOC): Iowa outcomes project* (3ª ed.). St. Louis: Elsevier Mosby.
- Orden CIN/2134/2008, 3 de julio por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión. BOE de 19 de julio de 2008.
- Servicio de Innovación Educativa. Grupos Docentes. Universidad de Navarra. Recuperado el 17 de mayo de 2012, de http://www.unav.es/servicio/innovacioneducativa/grupos_docentes.



FACILITANDO LA EVALUACIÓN DE INDICADORES NOC

AUTORES

Gema García–Fernández, Elena Rozado-Gutiérrez, Ángela Herrero-Valea, Antonia Arduengo-Priede, M^a Antonia Jiménez–Martos, Joaquín Menchaca-Muñiz

PALABRAS CLAVE

Escalas de valoración. Metodología enfermera.

INTRODUCCIÓN

Con la informatización de nuestro hospital, buscamos facilitar al profesional de enfermería el uso y manejo del PAE, permitiendo dar a los pacientes una atención individualizada y adaptada a sus necesidades.

Estos tres últimos años hemos utilizado 40 planes de cuidados estandarizados, utilizando las taxonomías NANDA-NIC-NOC.

Tras el análisis de estos registros, observamos que los profesionales de enfermería encuentran dificultades para puntuar los indicadores, viendo una tendencia por el uso del 3 como medida generalizada, con lo que no obtenemos una información real de cual es la evolución del problema con la aplicación de los cuidados.

OBJETIVOS

Facilitar al profesional de enfermería la evaluación de los indicadores NOC describiendo los distintos niveles de la escala.

MATERIAL Y MÉTODOS

Analizamos los criterios de resultados y los indicadores establecidos en cada uno, determinando el indicador o indicadores estrella.

Los agrupamos en tres bloques: cuantificables, definibles y “testables”

Se realizó una revisión bibliografía, para definir cada puntuación en la escala de evaluación del indicador.

RESULTADOS

Partimos de 180 indicadores denominados ASTURIAS, y comenzamos a trabajar con 73, de ellos 8 son “testables”, 39 cuantificables y 23 definibles.

Se describen los distintos niveles de la escala para los 73 indicadores, definiendo cada uno de los niveles, en algunos casos mediante el uso de escalas validadas y otros mediante el consenso de prácticas enfermeras basadas en la evidencia y/o la experiencia clínica.

CONCLUSIONES

Los indicadores de resultados nos darán la información adecuada y necesaria para determinar si nuestra intervención enfermera es la más apropiada, para ser eficientes en la mejora de los problemas de salud de nuestros pacientes. Al estar descritos, disminuirá la variabilidad en la evaluación enfermera, los datos de resultado serán más precisos y con ello, la determinación de nuestras intervenciones.

proceso biológico, ya que supone una alteración estructural o funcional; un proceso psicológico, pues conlleva sufrimiento; y un proceso social porque supone un estado de incapacidad y menoscabo de la autonomía que repercute en las relaciones y actividades sociales.

Por ello, cada vez cobra mayor relevancia en el ámbito de la salud, el concepto calidad de vida relacionado con la salud (CVRS), concepto complejo y multidimensional que se refiere a la reacción de la persona ante su estado de salud, como la percibe y el impacto que puede ocasionar la enfermedad en el plano físico, psicológico o social (Gill y Feisntein, 1994 y Guyatt, Fenny y Patrick, 1993).

CALIDAD DE VIDA, ENFERMEDAD Y HOSPITALIZACIÓN

Según López Ibor (2007), enfermar implica afrontar una situación nueva y amenazante. Cuando una persona enferma, experimenta una serie de reacciones emocionales. Los factores que influyen en esas reacciones son diversos, entre ellas la personalidad del paciente, su edad, el tipo de enfermedad, la familia y redes sociales, el hospital y la relación con los profesionales de la salud que le atienden. La hospitalización, también puede desencadenar reacciones distintas en cada individuo, que pueden depender de factores diversos, entre los que cabe destacar: la naturaleza de la enfermedad, personalidad, y su entorno social. No siempre los pacientes interpretan el hospital como medio seguro para solución a sus problemas de salud. En ocasiones, lo ven como un lugar que aumenta su ansiedad, un alejamiento de su entorno habitual y conocido, su hogar, para permanecer en un entorno con un ambiente impersonal, en el que te despojan de tus ropas, tu intimidad, obligado a compartir habitación y adaptarte a una nueva rutina, a horarios de comidas, sueño y visitas; caras nuevas, cada una de ellas con una función concreta que desarrollar.

Cuando la enfermedad obliga a la hospitalización, el paciente es privado de autonomía, se ve sometido a la dependencia de otros y a una serie de circunstancias que pueden agravar su sufrimiento (Gómez Díaz, 2000).

El personal que presta un servicio público aprende a interactuar en la esfera personal a distancias cortas, manteniéndose lo bastante lejos como para no verse involucrados en ella, pero lo bastante cerca como para poder mantener influencia. Ejemplo de ello es el de las enfermeras, en su manejo controlado de la empatía, como un elemento esencial del cuidado de los enfermos. En el personal sanitario, independientemente de ser criticados o elogiados, su competencia técnica se da por sentada, pero la credibilidad va a depender de las explicaciones que sean capaces de ofrecer y el interés y seguridad que puedan transmitir (Cruces y cols., 2003).

En nuestro mundo civilizado, donde la vida está marcada por la tecnología y la cultura científico-técnica, los hospitales representan un escenario en donde la técnica forma parte de la rutina como algo “natural”, como un medio para conseguir un fin. A mayor complejidad de las unidades o servicios sanitarios, más notable es la tecnología (Gómez Díaz, 2000). Este entorno tecnificado, conocido para los que tienen que hacer un uso profesional de él, proporciona seguridad y recursos que facilitan su actuación, pero en el receptor de estos “beneficios”, se dan circunstancias distintas y, en ocasiones, opuestas: desconocimiento, inseguridad, incomunicación y aislamiento.

Para Pezo, Costa y Komura (2004), el sufrimiento ocasionado por las emociones negativas derivadas de la enfermedad, podría ser aliviado si el proceso es conocido por



de la vida, las despierta y las mantiene. Por tanto, los tratamientos no deben sustituir a los cuidados. Según la autora, “la abundancia de tratamientos oculta la carencia de cuidados”, suele ocurrir en “instituciones sanitarias”, en donde los cuidados a menudo son considerados como secundarios o accesorios.

Los enfermeros reciben, en su formación teórica, los conocimientos necesarios para atender de forma integral a los pacientes bajo un enfoque holístico. Pero en la práctica algo falla, pues una vez inmersos en el microcosmo social que es el hospital, nos encontramos que la influencia del entorno es mayor que la transmitida en las aulas, se centran en las técnicas y procedimientos y la dimensión biológica, subestimando el componente psicológico y social de la enfermedad y olvidando que, no todo el “dolor” que experimenta la persona enferma, se elimina o se calma con la administración de un analgésico.

El uso de las Taxonomías Enfermeras, no solo nos ayudan a transmitir conocimientos, procedimientos y actitudes para una buena práctica profesional. También nos ayudan a clarificar que y como actuar, por lo que son instrumentos indispensables en cualquier disciplina enfermera.

Relacionado con el tema que nos ocupa, la NANDA, incluye el diagnóstico Ansiedad (000146), definido como Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para el individuo); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontar la amenaza. De los factores desencadenantes de este diagnóstico, hemos profundizado en el cambio en el entorno y en el estado de salud.

De los indicios o características definitorias que nos conducen a diagnosticar este problema, hemos estudiado temor, sentimientos de inadecuación, preocupación e incertidumbre.

OBJETIVOS

Por todo lo expuesto, en este trabajo, nos planteamos los siguientes objetivos:

- 1º Analizar la incidencia del diagnóstico Ansiedad relacionada con el cambio de salud y entorno (hospitalización) en pacientes ingresados
- 2º Identificar cuáles son las características definitorias más relevantes en los sujetos participantes
- 3º Conocer la relación de variables socio-demográficas como edad, sexo, religión con el diagnóstico analizado

METODOLOGÍA

El estudio se llevó a cabo con pacientes del Hospital Comarcal de Melilla. El total de participantes lo constituyen un total de 98 sujetos y los criterios de inclusión previamente establecidos, fueron:

Ser mayor de 14 años

Llevar ingresado en el hospital más de 7 días o incluido en el programa de Hemodiálisis.

Teniendo en cuenta dichos criterios se utilizó un muestro accidental para la selección de los sujetos.



Instrumentos

Para la recogida de datos se utilizó una plantilla con las características definitorias en la que poder registrar aquellas que presentaban los sujetos de estudio, a la que se añaden variables socio-demográficas y relacionadas con la enfermedad y hospitalización: Sexo, Edad, Religión.

ANÁLISIS DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Descripción de los participantes

El total de participantes lo componen 98 sujetos con edades comprendidas entre 18 y 91 años, siendo la media de edad 53, 52 años. Como se observa en el Gráfico 1, 43 eran hombres y 55 mujeres.

En cuanto a la distribución por religión, la mayoría pertenecían a las religiones musulmana (52) y cristiana (42). El resto eran de religión judía (1) u otras (3) menos frecuente en la ciudad (Gráfico 2).

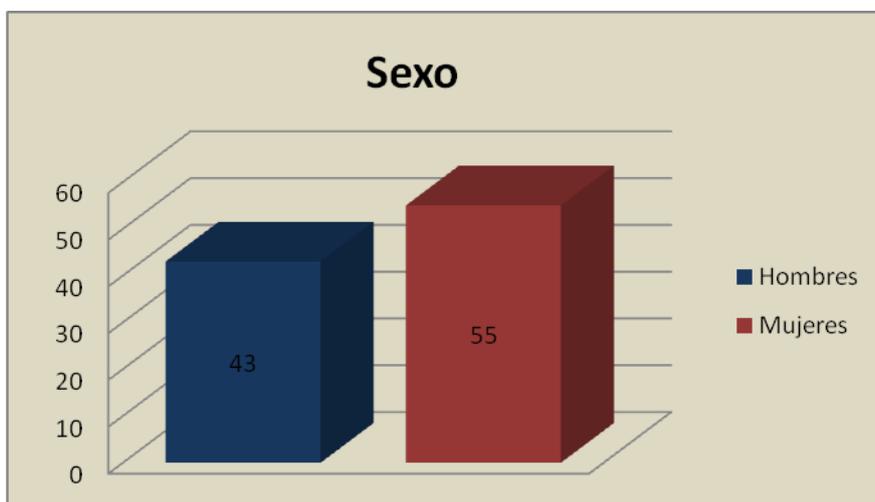


Gráfico 1. Distribución por sexo

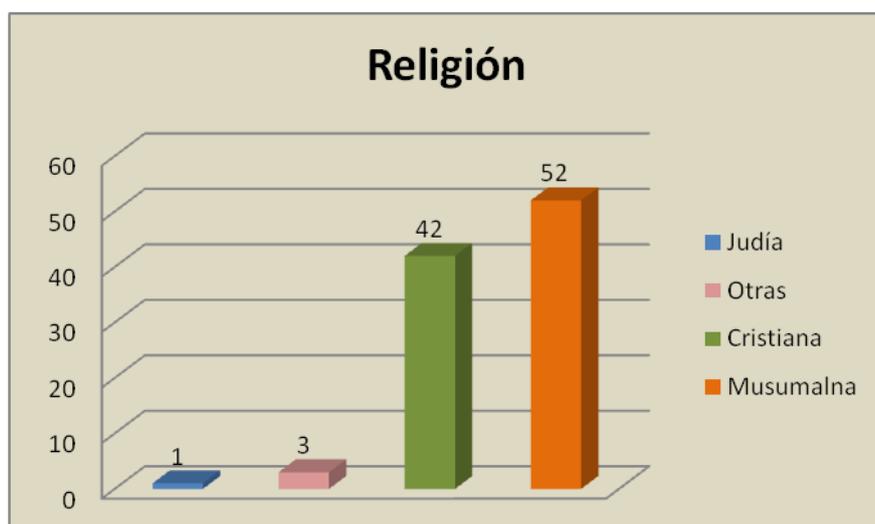


Gráfico 2. Distribución por religión



cuatro categorías suponen un 90,8%, frente a las dos restantes, otras (6,1%) y nada (3,1%) que constituyen un 9,2. Los análisis realizados de estas causas en relación con las variables sexo, edad, religión y hospitalizaciones anteriores nos informan de que no existen diferencias significativas. Esto nos hace pensar que el sufrimiento que genera la enfermedad y la hospitalización, por la inquietud y preocupación que estas desencadenan, puede presentarse en cualquier paciente y que, por tanto, todos requieren nuestra atención.

En lo que respecta a la relación entre la ansiedad con la religión no se han encontrado diferencias significativas. Aparentemente, la comunidad musulmana de Melilla es más fiel a sus cultos, ritos y cumplimiento de normas religiosas, pero quizás se ha subestimado la influencia de la doctrina cristiana sobre el sufrimiento, la aceptación de la muerte como tránsito a otra vida o la dignificación del dolor.

CONCLUSIONES

Los profesionales de la salud tenemos la obligación de responder a la experiencia del sufrimiento o malestar emocional generado por la enfermedad o la hospitalización de nuestros pacientes, algo que a la vista de los resultados, continua siendo una asignatura pendiente. El sufrimiento constituye un fenómeno más amplio que el dolor, abarca más dimensiones que éste último y tiene muchas causas potenciales, de las cuales el dolor es sólo una de ellas (Bayés, citado por Allué, 2004). Por ello, es importante incorporar, en la rutina de la práctica asistencial, aquellos instrumentos que nos ayuden a detectar, de forma sencilla y eficaz, las respuestas o reacciones emocionales derivadas de la enfermedad y la hospitalización.

Los resultados hallados en nuestro estudio ratifican la presencia evidente de estas reacciones frente a la enfermedad y la hospitalización.

La relación de estas variables con la edad y el sexo, no arrojan diferencias significativas.

Disminuir o alejar el miedo mediante la información y comunicación adecuada; respetar la autoestima del paciente con un trato digno, preservando su intimidad y una actitud empática; o transmitir confianza con una actuación responsable y una formación actualizada y continua para evitar o disminuir la sensación de inseguridad, son aspectos que implican directamente a la buena práctica y ética profesional, que deben de transmitirse desde el periodo de formación de futuros profesionales de la salud.

Este estudio ha sido proyectado como una primera aproximación y análisis de las respuestas emocionales en la enfermedad y la hospitalización. Como conclusión final, planteamos la necesidad seguir profundizando e investigando en los temas abordados, ampliando la muestra y la metodología. Cada vez más son los estudios en el ámbito de las Ciencias Sociales y de la Salud, que conjugan diseños cuantitativos y cualitativos. Esperamos continuar y completar este estudio con la incorporación de técnicas de investigación etnográfica y, a la vista de los resultados que se obtengan, diseñar un programa de intervención para aplicar la docencia en la formación de futuros profesionales de Enfermería.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Allué, M. (2004). El dolor en directo. Monografías Humanitas, 46, 69-80.



- Álvarez, T., y Velásquez, O. (1998). La ética en la asistencia al paciente con dolor y sufrimiento. *Revista Colombiana de Anestesiología*, 26, 217-223.
- Arntz, A., y De Jong, P. (1993). Anxiety, attention and pain. *Journal of Psychosomatic Research*, 37(4), 423-431.
- Badía, X., y Alonso, J. (1994). Adaptación de una medida de la disfunción relacionada con la enfermedad: La versión española del Sickness Impact Profile. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 102(3), 90-95.
- Barragán-Solís, A. (2006). El dolor crónico: Una visión antropológica de acuerdo a familiares y pacientes. *Archivos en Medicina Familiar*, Vol, 8(2), 109-117.
- Bayés, R. (1998a). Paliación y evaluación del sufrimiento en la práctica clínica. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 110, 740-743.
- Bayés, R. (1998b). Psicología del sufrimiento y de la muerte. *Anuario de Psicología*, 29(4), 6-17
- Bayés, R., Arranz, P., Barbero, J., y Barreto, P. (1996). Propuesta de un modelo integral para una intervención terapéutica paliativa. *Medicina Paliativa*, 3(3), 114-121.
- Black, H. K. (2007). Is pain suffering? A case study. *International Journal of Aging and Human Development*, 64(1), 33-45.
- Bonnet, F., Irving, K., Terra, J. L., Nony, P., Berthezene, F., y Moulin, P. (2005). Anxiety and depression are associated with unhealthy lifestyle in patients at risk of cardiovascular disease. *Atherosclerosis*, 178(2), 339-344.
- Carrobes, J. A., Remor, E., y Rodríguez-Alzamora, L. (2003). Afrontamiento, apoyo social percibido y distrés emocional en pacientes con infección por VIH. *Psicothema*, 15(3), 420-426.
- Cassell, E. J. (1982). The nature of suffering and the goals of medicine. *The New England Journal of Medicine*, 306(11), 639-645.
- Cassell, E. J. (1991). *The nature of suffering: And the goals of medicine* Oxford University Press, New York.
- Chalifour, J. (1994). *La relación de ayuda en enfermería: Una perspectiva holística-humanista*. Barcelona: SG Editores.
- Cibanal, L., Arce, M.C. y Carballal, M.C. (2003). *Técnicas de comunicación y relación de ayuda en ciencias de la salud*. Madrid: Elsevier España.
- Colell, R. *Análisis de actitudes ante la muerte y el paciente al final de la vida en estudiantes de Enfermería de Andalucía y Cataluña*. Director: Joaquin T. Limonero García. Universidad Autónoma de Barcelona. Departamento de Psicología y de la Educación. 2005.
- Colliere, M. F. (1997). Cuidar... asegurar el mantenimiento y continuidad de la vida. *Index de Enfermería*, (18), 9-14.
- Couceiro Vidal, A. (2004). Tecnología, dolor y sufrimiento en las unidades de críticos. *Monografías Humanitas*, (2), 53-68.
- Espinosa Leal, F. D., Parra Román, M., Segura Méndez, N. H., Toledo Nicolás, D. A., Menez Díaz, D., Sosa Eroza, E., y Torres Salazar, A.B. (2006). Ansiedad y depresión en asmáticos adultos en comparación con sujetos sanos. *Revista Alergia México*, 53(6), 201-206.
- Fordyce, W. E. (1994). Pain and suffering: What is the unit? *Quality of Life Research*, (3)Suppl 1, 51-56.



PLAN DE CUIDADOS ESTÁNDAR BASADO EN LA EVIDENCIA: APLICACIÓN DEL MODELO AREA

AUTORES

Espinosa Fresnedo, C; González Gutierrez-Solana, R; Rimada Mora, D; Garcia Fragueta, B; Novo López, S; Pais Rodríguez, O; Uriel Latorre P;

PALABRAS CLAVE

Plan de cuidados enfermero; Modelo AREA; Trasplante Renal-Renopancreático; Plan de cuidados estándar;

INTRODUCCIÓN

El uso de planes de cuidados estándar es una práctica ampliamente extendida en nuestro entorno, tanto si la información enfermera se halla en formato electrónico como si se trata de formato tradicional en papel. Sin embargo, la elaboración de estos planes estándar, generalmente se realiza a partir del conocimiento experto, pero no acostumbra a tener una base suficientemente extensa basada en casos reales. En este trabajo, se pretende elaborar la base para el desarrollo de un plan de cuidados estándar para los pacientes que se someten a un trasplante renal o reno-pancreático, basado en la evidencia que proporciona la revisión de un amplio número de casos y el uso de las redes de razonamiento crítico descritas en el modelo AREA

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó la revisión de 485 planes de cuidados realizados con el programa GACELA en el servicio de Nefrología del Centro Hospitalario Universitario de A Coruña, realizados entre los años 2007 y 2011. El tratamiento de los datos se ha efectuado con el software SPSS 19. Se identificaron los diagnósticos de enfermería prevalentes en ese período y se realizó una aproximación de la medida de precisión diagnóstica basada en la escala de valoración de Margaret Lunney. Partiendo de los 20 diagnósticos enfermeros prevalentes y con mayor puntuación de precisión, se elaboró una red de razonamiento crítico para identificar la relación existente entre dichos diagnósticos con la finalidad de conseguir un plan de cuidados estándar basado en la evidencia.

RESULTADOS

Tras el análisis estadístico y la aplicación del razonamiento crítico a los resultados obtenidos, se han identificado los diagnósticos prioritarios que ocurren en un alto porcentaje del total de casos. La red de razonamiento crítico, además permite organizar el plan de cuidados en función de la prioridad que presenta cada uno de los diagnósticos así como su puntuación de precisión según la escala de valoración de la precisión de Margaret Lunney.

CONCLUSIONES

El presente trabajo contribuye a la creación de evidencia en el establecimiento de un plan de cuidados estándar ya que los resultados se correlacionan con estudios

anteriores realizados en este servicio aunque con un número menor de casos y usando el consenso de expertos para la identificación de los diagnósticos prioritarios en lugar de las redes de razonamiento que propone el modelo AREA.

La medida de la exactitud diagnóstica continua siendo un reto, ya que en la práctica clínica, las enfermeras tienden a identificar los diagnósticos con un número de datos limitado a causa de la presión asistencial y la ratio enfermera/paciente de este hospital. Sería conveniente seguir investigando en esta línea con la finalidad de conseguir una medida más apropiada de la exactitud diagnóstica.

BIBLIOGRAFÍA

- Kautz, D., Kuiper, R., Bartlett, R., Buck, R., Williams, R., & Knight-Brown, P. (2009). Building evidence for the development of clinical reasoning using a rating tool with the outcome-present state-test (OPT) model. *Southern Online Journal of Nursing Research*, 9(1), -8p.
- Kautz, D. D., Kuiper, R., Pesut, D. J., & Williams, R. L. (2006). Using NANDA, NIC, and NOC (NNN) language for clinical reasoning with the outcome-present state-test (OPT) model. *INT J NURS TERMINOL CLASSIF*, 17(3), 129-138.
- Lunney, M. (2010). Use of critical thinking in the diagnostic process. *INT J NURS TERMINOL CLASSIF*, 21(2), 82-88. doi:10.1111/j.1744-618X.2010.01150.x
- Lunney, M. (2009). *Critical thinking to achieve positive health outcomes: Nursing case studies and analyses*. Wiley-Blackwell.
- Lunney, M. (2003). Critical thinking and accuracy of nurses' diagnoses. *INT J NURS TERMINOL CLASSIF*, 14(3), 96-107.
- Marini, M., & Chaves, E. H. (2011). Evaluation of the accuracy of nursing diagnoses in a brazilian emergency service. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications : The Official Journal of NANDA International*, 22(2), 56-67. doi:10.1111/j.1744-618X.2010.01175.x
- Morales Jínez, Rodríguez Robles, & Luévano Ford. (2009). El uso de las taxonomías y el modelo AREA como herramientas para el cuidado de enfermería. Biblioteca Lascasas. Retrieved from <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0536.php>
- Müller-Staub, M., Lunney, M., Odenbreit, M., Needham, I., Lavin, M. A., & van Achterberg, T. (2009). Development of an instrument to measure the quality of documented nursing diagnoses, interventions and outcomes: The Q-DIO. *Journal of Clinical Nursing*, 18(7), 1027-1037.
- Muller-Staub, M., Lunney, M., Lavin, M. A., Needham, I., Odenbreit, M., & van Achterberg, T. (2008). Testing the Q-DIO as an instrument to measure the documented quality of nursing diagnoses, interventions, and outcomes. *INT J NURS TERMINOL CLASSIF*, 19(1), 20-27.



CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA RESPIRACIÓN ARTIFICIAL ¿LA NNN NECESITA DAR UN PASO MÁS?

AUTORES

Manuel Jesús Ruiz-Enestrosa-Campos; David Peña-Otero; Miguel Ángel Iglesias-Blanco; Noelia González-Marcos; Sandra Panigua-Vivas

PALABRAS CLAVE

Nursing Care, Unidades de Cuidados Respiratorios, nursing, Respiration Artificial, Respiratory Mucosa

INTRODUCCIÓN

Cuando en nuestras unidades de cuidado nos encontramos con clientes con patología en el aparato respiratorio son diversos los diagnósticos de enfermería que podemos usar en relación a las características definitorias y los factores relacionados que aporta la NANDA; como pueden ser los diagnósticos de deterioro del intercambio de gases, patrón respiratorio ineficaz, respuesta ventilatoria disfuncional al destete y deterioro de la ventilación espontánea. Todos ellos se han visto modificados y añadidos a lo largo de las diversas revisiones de la Asociación Internacional para dar respuesta a las necesidades de los cuidados, como punto cambiante que es al igual que cambia la sociedad, sus demandas, sus expectativas y aumenta la biotecnología para aportar seguridad, confort y bienestar al paciente a la hora de suplir sus necesidades.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha revisado las dos últimas revisiones de la taxonomía diagnóstica NANDA y los objetivos e intervenciones en sus respectivos codificadores estandarizados –NOC y NIC-. Además, se he realizado una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos indexadas a través de las palabras clave con el fin de procurar que demandas hace la profesión enfermera en referencia al cuidado respiratorio del cliente. Finalmente, se ha comparado la búsqueda anterior con los cuidados hasta ahora codificados por la taxonomía NNN.

RESULTADOS

El constante avance de los aportes biotecnológicos al mundo sanitario junto con los cambios sociales tales como longevidad, mayor exigencia en la calidad y eficiencia del cuidado hacen que la enfermería sea una profesión en continuo cambio en la procura de la excelencia.

CONCLUSIONES

A través de esta revisión aportamos una guía de cuidados del manejo del paciente sometido a ventilación artificial.



QUEREMOS TRABAJAR CON DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA, ¿POR DÓNDE EMPEZAMOS?

AUTORES

Maria Teresa Gracia-Corbato, Esther Mata-Peon, Cristina Fernández-García, Lucía Rodríguez-Martínez, Esther Martínez-Alonso, Maite González-Miyares

PALABRAS CLAVE

Diagnósticos de enfermería, hoja de valoración, continuidad de cuidados, informe de enfermería al alta

INTRODUCCIÓN

La taxonomía NANDA es el instrumento óptimo para realizar una valoración del paciente y permite que todos los profesionales hablemos el mismo lenguaje.

La introducción del programa SELENE facilita la realización de la valoración de enfermería de la que se derivarán los diagnósticos NANDA aunque estos no están disponibles en dicha herramienta informática.

El trabajo con diagnósticos NANDA es imprescindible para trabajar no solo en la atención especializada sino también en la primaria

El objetivo de este trabajo es asegurar y facilitar la continuidad de cuidados tras el alta

MATERIAL Y MÉTODOS

Con la pretensión de elaborar un informe de enfermería al alta o informe de continuidad de cuidados, decidimos empezar por una planta de hospitalización médico-quirúrgica. Seleccionamos los diagnósticos más frecuentes para este tipo de pacientes basándonos en la hoja de valoración editada por el SESPA. Adjuntamos a los trece diagnósticos resultantes, un documento con su definición y características definitorias para facilitar el manejo por el personal

RESULTADOS

Pendientes tras implantación

CONCLUSIONES

Más que conclusiones, sería DISCUSIÓN: El informe de alta de enfermería garantiza una asistencia de calidad y para ello necesitamos estructurarlo según la terminología enfermera por lo que es imprescindible la taxonomía NANDA para los diagnósticos enfermeros

BIBLIOGRAFÍA

Diagnósticos NANDA, Hoja de valoración Enfermería SESPA, Evaluación de la relevancia del informe de enfermería al alta hospitalaria por el usuario interno y externo. Ube Pérez JM y col. Nure Investigación, nº 24 sep-Octubre 2006, Diagnósticos e intervenciones de enfermería en el paciente ambulatorio. Enfermería en cardiología nº 46 Enero-Abril 2009



informática I-MDH, y siguiendo la configuración en ella de los Registros de Enfermería, se crean, inicialmente, las Valoraciones para los servicios de Urgencias, de Hospitalización y de Neonatos bajo un mismo modelo pero manteniendo en ellas la especificidad propia del servicio.

- Así mismo, se crean dichas Valoraciones para dos momentos distintos: Valoraciones de ingreso y Valoraciones de continuidad, también bajo la misma tipología pero, a la vez, con la especificidad de cada servicio. Todas ellas seguirán una línea de complejidad progresiva en su configuración.
- Todas las Valoraciones cumplirán los siguientes requisitos: seguir el modelo conceptual de las necesidades básicas de Virginia Henderson; la priorización de dichas necesidades siguiendo el modelo piramidal y de tríadas de Maslow; y la creación de todos los ítems correspondientes a cada Valoración utilizando, en gran medida, la terminología propuesta por el Observatorio Metodológico de Enfermería (OME) (Fig.2).

TRÍADA	NECESIDADES DE HENDERSON
<i>Inmediata</i>	1. Respirar
<i>Urgente</i>	2. Alimentación / Hidratación
	3. Eliminación
	4. Movilidad / Postura
	5. Reposo / Sueño
	6. Vestirse-Desvestirse
	7. Termoregulación
	8. Higiene
	9. Seguridad
	<i>No Urgente</i>
11. Creencias y Valores	
13. Actividades lúdicas	
12. Trabajar / Realizarse	
10. Comunicación	

Fig 2. Tríada de Maslow

RESULTADOS

Con la creación de las nuevas Valoraciones de Enfermería:

- Se rompen las barreras interservicios, consiguiendo tres objetivos: la homogeneización en el proceso asistencial enfermero en su primera fase de Valoración; la complementariedad de las actuaciones enfermeras frente a la individualización de las mismas, hasta ahora presente, y la consideración del paciente como el centro real del proceso de atención (Fig. 3-4).
- Se consigue el establecimiento de un mismo lenguaje estandarizado en la etapa inicial y primordial del proceso enfermero, la Valoración, y en todos aquellos niveles hospitalarios por los que transita el paciente, contribuyendo a dar sentido a los registros enfermeros y, por extensión, a nuestras actuaciones.

POSTERS

-ESQUEMA ACTUAL-

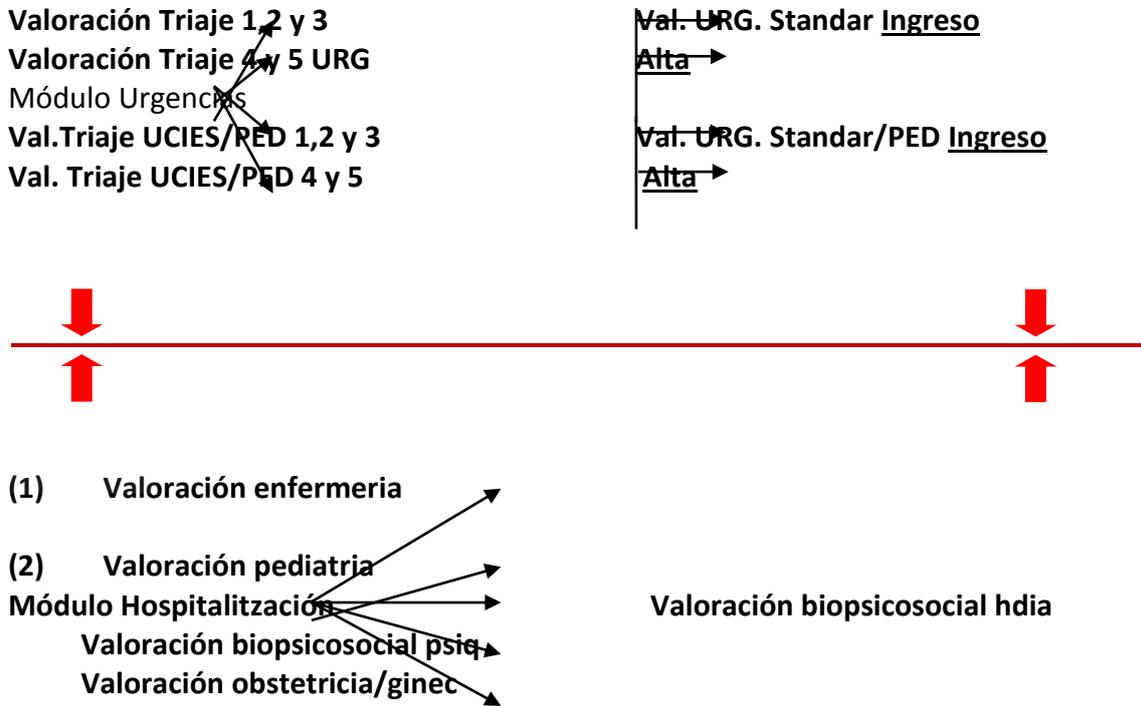
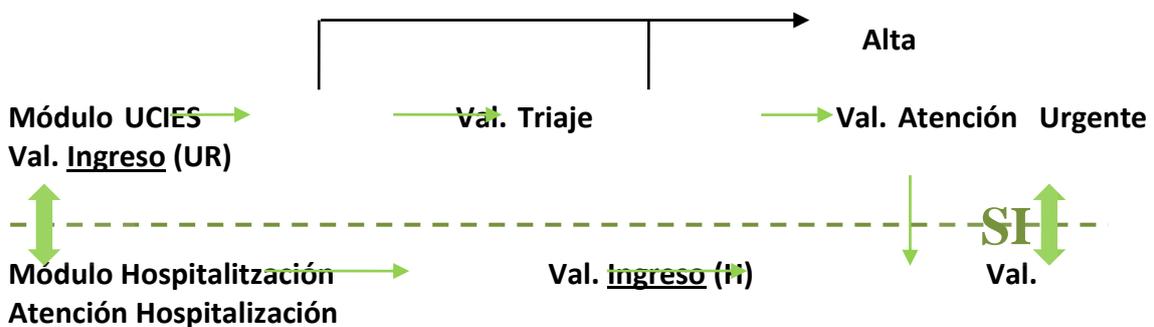


Fig. 3

-ESQUEMA PROPUESTO-



**Esquema aplicable a pacientes adultos y pediátricos.*

Fig. 4

CONCLUSIONES

- A través de la integración y homogeneización de las Valoraciones de Enfermería de los distintos ámbitos asistenciales hospitalarios, y del avance en el proceso de estandarización y uso de un lenguaje enfermero propio, hemos logrado garantizar la continuidad de los cuidados enfermeros, huyendo de la fragmentación de los mimos y de la sectorización en la asistencia enfermera.

- Con este proyecto se da por finalizado el proceso de dotación de un lenguaje estandarizado para los Registros de Enfermería, proceso que se inició con la asunción de la taxonomía NANDA-NOC-NIC, para el resto de las fases del proceso enfermero, y la puesta en marcha del proyecto de Trayectorias Clínicas.
- En proyectos futuros cabe plantearse hasta qué punto el uso de registros enfermeros con lenguaje estandarizado incide directamente en la práctica enfermera y modifica los resultados de la asistencia sanitaria.

BIBLIOGRAFÍA

“Valoración Enfermera Estandarizada. Clasificación de los criterios de valoración de Enfermería”. Observatorio Metodológico de Enfermería (OME) – FUDEN, 2006.
Manual INDRA –IMDH. CAPIO – Hospital General de Catalunya.

reacciones y percepciones de la madre, y la actitud del recién nacido con nuestras acciones. Por esto cada día con mayor frecuencia aparecerán nuevas situaciones que van a requerir un diagnóstico de Enfermería relacionado con la lactancia materna y en la que nuestra actuación va a ser esencial (2).

El hecho de que cada vez más, se promoció desde todos los ámbitos el uso de la lactancia materna, es esencial, porque ayuda al crecimiento y desarrollo del recién nacido. No sólo se consigue un beneficio del recién nacido, sino también de la madre, dado que si se le proporciona apoyo realizará una lactancia materna eficaz y no tendrá que recurrir a lactancia artificial ni a un mayor empleo de chupetes, que pueden alterar la nutrición. Empleando la lactancia materna el lactante quedará satisfecho. (3) Es preciso especificar que el mejor alimento para el recién nacido es la lactancia materna, pero habrá ocasiones en las que por diversos motivos y convicciones no se podrá establecer y es nuestro deber como profesionales sanitarios proporcionar apoyo y ayuda tanto a las madres que se deciden por la lactancia materna como aquellas que no lo hacen, es más las ayudaremos para que puedan adquirir destreza y competencia en el empleo de la lactancia artificial.

Nuestro interés respecto a este tema viene motivada porque trabajamos en pediatría y vemos como en muchas ocasiones las madres acuden muy preocupadas a nuestra unidad porque los recién nacidos no se enganchan bien al pecho.

Este hecho es muy importante porque debemos atender tanto la atención emocional de la madre así como la posible desnutrición del recién nacido.

A través de este ejemplo tan fácil de entender es necesario cada vez establecer una adecuada relación entre las unidades hospitalarias y atención primaria, así como con la atención sociosanitaria, para poder dar una atención integral, tanto a la madre como al recién nacido. (4)

METODOLOGÍA

Estudio observacional, prospectivo, desarrollado en el servicio de pediatría del HUG en el segundo semestre del 2011.

La elaboración del trabajo se ha realizado en 2 fases:

- Fase I: Conocer el problema del amamantamiento en nuestro Servicio, como una parte del trabajo diario llevado a cabo.
 - Nuestra primera actuación fue el hecho de ir valorando los diferentes tipos de pacientes que acudían a nuestra unidad (planta pediatría, urgencias, neonatología.)
 - Vimos como cada vez se daba con mayor frecuencia el hecho de que niños que sobre todo habían estado ingresados en neonatos o lactantes acudían a urgencias porque no se enganchaban al pecho o estaban irritables.
 - Este hecho nos sorprendió porque conocíamos que en el hospital se daba una buena información respecto a lactancia materna y como establecerla de forma eficaz. Esto nos hacía buscar cada día con más ahínco las medidas más eficaces para que las madres establecieran este tipo de nutrición de forma óptima. Esto se concretó en una actuación conjunta con la unidad de Ginecología en la creación de una consulta de

alta precoz en la que ayudados por el servicio de urgencias se ayudaba a las madres con los diferentes problemas surgidos en torno a la nutrición.

- Esto se concreta en: la atención en urgencias como su nombre indica es urgente y no podemos hacer un buen seguimiento del paciente, por ello cuando acude damos los consejos más básicos para poder empezar a dar una buen lactancia materna y a continuación cuando el paciente se va de alta al mejorar su deshidratación le remitimos a la consulta de alta precoz para mejorar esa adquisición de conocimientos.
- Fase II: Conocer los diagnósticos de enfermería mediante un caso práctico:
 - A raíz de ir valorando cada vez la necesidad de consensuar actuaciones y poder realizar un cuidado de calidad vimos la importancia de reflejar nuestro trabajo a través de los diagnósticos de enfermería.
 - Para ello lo primero que hicimos fue analizar los diagnósticos relacionados con la nutrición del recién nacido y en concreto los relacionados con la nutrición de forma ineficaz. Al encontrar justo aquel diagnostico que se ajustaba a nuestras características empezamos a desgranarlo teniendo en cuenta los factores de riesgo y las características definitorias.
- Crear un caso práctico
 - Al analizar los diagnósticos implicados en nuestros pacientes vimos que para poder aunar la práctica y los diagnósticos de enfermería era preciso crear un caso práctico, que nos permitirá conocer el alcance de un problema tan serio como es la nutrición del recién nacido.

RESULTADOS

Fase I:

Los resultados que pretendemos conseguir en esta fase son, principalmente, reducir el número de fracasos de lactancias maternas, así como ayudar a las madres que quieren llevarla a cabo. Además, es obvio que buscamos la salud óptima del recién nacido como nuestra prioridad.

Fase II: Aplicar la Taxonomía NANDA al caso práctico, desarrollando el Anexo 1.

Los métodos empleados en la elaboración de este trabajo han sido fundamentalmente el análisis de los datos y la creación de un caso clínico expositivo para su comprensión.

A continuación vamos a enunciar el caso clínico para su posterior análisis:

Caso práctico

Recibimos en el Servicio de Urgencias Pediátrica, a una paciente neonata de 5 días de vida. El embarazo fue controlado y la recién nacida nació a término en un parto eutócico. En la exploración física se objetiva una pérdida de peso del 15% desde el momento del nacimiento, a ello cabe añadir que una pérdida superior al 10% en un recién nacido nos indica, indudablemente, una mala sintomatología subyacente. Además se aprecia decaimiento e ictericia generalizada, así como sequedad de mucosas y piel. La madre está angustiada porque experimenta dificultad e insatisfacción en el amamantamiento, según refiere.

Sostiene el pecho manteniendo en forma de “C” (100102).

Reconocimiento de deglución del lactante (100106).

Satisfacción con el proceso de la lactancia (100118).

3. Conocimiento de la lactancia materna (1800).

Indicadores:

Descripción de los beneficios de la lactancia materna (180000).

Descripción de la técnica adecuada para amamantar al bebé (180005).

Descripción de posición adecuada del lactante durante la lactancia (180006).

Descripción de succiones nutritivas frente a las no nutritivas (180007).

INTERVENCIONES:

1. Asesoramiento en la lactancia (5244), Ayuda en la lactancia (1044), Fomentar el acercamiento (6710), Cambio de posición (0840).

a. Actividades en el cambio de posición: Colocar en la posición de alineación corporal correcta (084004).

2. Disminución de la ansiedad (5820), Apoyo emocional (5270).

a. Actividades en la disminución de la ansiedad: Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos (582005), Crear un ambiente que facilite su confianza (582010).

b. Actividades en el apoyo emocional: Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir su respuesta emocional (527008) y Remitir a servicios de asesoramiento, si se precisa (527014).

3. Potenciación en la disposición de aprendizaje (5540), Enseñanza individual (5606).

a. Actividades en la disposición de aprendizaje: Ayudar al paciente a desarrollar su confianza, si procede (554005).

b. Actividades en la enseñanza individual: Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y discuta sus inquietudes (560604). Establecer compenetración y establecer las enseñanzas individuales del paciente (560609).

Actuación tras establecer el diagnóstico enfermero

Conseguimos, al menos temporalmente, durante la permanencia en el Servicio, que el lactante esté satisfecho con la lactancia, que logre una buena alineación y que coloque bien la lengua. Además la madre se siente igualmente satisfecha, se encuentra cómoda con la postura, sabe coger correctamente el pecho en forma de “C” y reconoce la succión de su bebé. Asimismo, le describimos a la madre cuáles son los beneficios de la lactancia, la técnica adecuada para amamantar, la posición adecuada del lactante y las succiones nutritivas frente a las no nutritivas.

Tras haber establecido un camino guiado hacia la recuperación del paciente, estableciendo actividades y tiempos para cumplirlos, llega el momento del alta.

En este momento conseguimos una mejora de la situación actual, sin embargo, es cuando nos hacemos la pregunta: ¿Qué ocurre con la madre y con la paciente?.

La respuesta es fácil, no se trata de resolver el problema y desvincularse de la paciente. Ahora es cuando la madre más nos necesita y es debemos darle apoyo, para ello en nuestro hospital se creó la consulta de alta precoz. En ella las enfermeras van a valorar el manejo de la madre respecto a la nutrición, la van a dar consejos, instrucciones escritas y se va a facilitar un seguimiento así como resolver dudas.

Vemos que es necesario un seguimiento posterior de los pacientes, que ayudará a crear una educación para la salud en el seno de la familia y, consecuentemente, una disminución de la llegada al paciente a urgencias por este motivo.

Es esencial dar apoyo y ayuda a todas las madres en los momentos de lactancia, periodo donde están más débiles y poder así proporcionar una nutrición infantil óptima.

CONCLUSIONES

Es necesario destacar que la importancia de los diagnósticos de enfermería es esencial en el ámbito asistencial. Los profesionales no nos damos cuenta de que cuando existe alguna alteración en el paciente no es sólo preciso encontrarla sino crear una serie de actividades y objetivos de forma independiente al médico para poder ayudar a nuestro paciente concreto.

El empleo del diagnóstico “Lactancia Materna Ineficaz” en este caso es fundamental para poder establecer un correcto vínculo madre-hija. Es necesario no sólo esto sino poder ayudar a la madre a establecer una serie de pautas y comportamientos sanitarios que la ayuden para el manejo de la paciente.

El papel del profesional sanitario es esencial, no sólo en el aspecto de dar educación para la salud, sino informar de forma adecuada a la madre para que independientemente de la opción que elija respecto a la nutrición de la lactante tenga los conceptos y las ideas claras de cada uno de ellos. Es más, apoyaremos a la madre siempre independientemente de la opción escogida dado que la madre en esos momentos suele ser más sensible.

Siguiendo los pasos descritos en el diagnóstico enunciado, podremos llegar a establecer como objetivo el Diagnóstico de: “Lactancia materna eficaz”, que es nuestra meta como personal que trabaja en Pediatría. Al establecer este diagnóstico de forma eficaz facilitaremos el vínculo madre e hija, al igual que serviremos de referencia a madres con este tipo de problemas.

En conclusión, el empleo y conocimiento de los Diagnósticos de Enfermería, lleva al personal de Enfermería a resolver un problema tan común y a la vez tan grave como es el proceso de nutrición en el recién nacido.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Schmied V, Beake S, Sheehan A, McCourt C, Dykes F (2010):” Women's perceptions and experiences of breastfeeding support: a metasynthesis.” Birth. 2011 Mar;38(1):49-60. doi: 10.1111/j.1523-536X.2010.00446.x. School of Nursing and Midwifery, University of Western Sydney, New South Wales, Australia. PMID: 21332775
- (2) Lethbridge DJ, McClurg V, Henrikson M, Wall G (1993):”Validation of the nursing diagnosis of ineffective breastfeeding.” J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 1993 Jan-Feb;22(1):57-63. Source College of Nursing, University of Alabama, Huntsville 35899. PMID: 8429415
- (3) Kronborg H, Vaeth M (2009):” How are effective breastfeeding technique and pacifier use related to breastfeeding problems and breastfeeding duration?. Birth. 2009 Mar;36(1):34-42. Department of Nursing Science at the Institute of Public Health, University of Aarhus, Høegh-Guldbergsgade 6A, 8000 Aarhus C, Denmark. PMID:19278381



UN LENGUAJE COMÚN EN CMA.

AUTORES

Marta Alzu-Vizcarro, Marina Angélica Carrasco-Esteban, Alicia Andrade-Infiesta, Carmen Moreno-Planillo.

PALABRAS CLAVE

Diagnóstico de enfermería
Intervención de enfermería
Unidad de cirugía mayor ambulatoria
Objetivo

INTRODUCCIÓN

La CMA es entendida como la atención a personas sometidas a cirugía con anestesia local, regional, general o sedación con cuidados postoperatorios poco intensos y de corta duración y que son dados de alta a las pocas horas del acto quirúrgico.

Este paciente va a seguir un circuito quirúrgico que puede ser de dos tipos:

- UCMA-QUIRÓFANO-URPA-UCMA-DOMICILIO.
- UCMA-QUIRÓFANO-UCMA-DOMICILIO.

Durante todo el proceso será atendido por un equipo multidisciplinario de profesionales destacando la figura de la enfermera que le acompañará en todas las etapas.

Todos los cuidados enfermeros tendrán un objetivo común que irá encaminado a proporcionar apoyo emocional al paciente y su familia, potenciar su seguridad, prevenir complicaciones potenciales que se deriven de la intervención quirúrgica creando un ambiente cálido y seguro.

Por eso consideramos fundamental la utilización de un lenguaje normalizado para el entendimiento e intercambio de información entre los profesionales de enfermería facilitando la continuidad en los cuidados enfermeros en la CMA.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se crea un equipo de trabajo constituido por enfermeras involucradas en las diferentes etapas del proceso.

Se utiliza la metodología enfermera.

RESULTADOS

Se identifican los diagnósticos de enfermería y las intervenciones enfermeras más relevantes observándose como las necesidades del paciente van variando a lo largo del proceso y los diagnósticos también, pero todas las intervenciones irán dirigidas hacia un objetivo general común.



CONCLUSIONES

Si queremos dar unos cuidados de calidad en CMA deberemos trabajar en la elaboración de un plan de cuidados estandarizado incorporando los lenguajes normalizados siendo una base para desarrollar protocolos y trabajos de investigación.

BIBLIOGRAFÍA

NANDA Internacional (2008).Diagnósticos enfermeros: Definición y Clasificación. (2007-2008).Madrid.Elsevier.
Interrelaciones NANDA, NIC y NOC. Johnson, M. Elsevier-Masson.2006.



LA TRANSVERSALIDAD DE LOS CUIDADOS ENFERMEROS

AUTORES

Assumpta Rigol-Cuadra, Carolina Miguel-García, Beatriz Barcala-Amorín, Soraya M^a González-Pérez.

PALABRAS CLAVE

Plan de Cuidados Enfermeros, Salud Mental, Diagnósticos de enfermería, atención transversal, desinstitucionalización.

RESUMEN

Se desarrolla el Plan de Cuidados Enfermeros de una usuaria de la red de Salud Mental, con Trastorno Mental Severo (TMS) que ha precisado atención en diferentes recursos. Al estar atendida en diferentes niveles asistenciales, es preciso garantizar una atención transversal y a su vez una continuidad en los cuidados, por lo que es imprescindible desarrollar un Plan de Cuidados común para los diferentes servicios. Fue desinstitucionalizada del centro en que estaba ingresada, tras 13 años de ingreso, una vez en la comunidad ha requerido múltiples y diversos ingresos, lo que nos lleva a replantear y reflexionar sobre el caso.

VALORACIÓN

Se trata de una usuaria afecta de Trastorno Bipolar tipo I con rasgos de Personalidad Límite con dependencia alcohólica en remisión. Estuvo institucionalizada 13 años. Actualmente acude al Centro de Salud Mental de su zona.

Siguiendo el Modelo Conceptual de Nancy Roper se evidenciaron las Actividades Vitales alteradas. A partir de éstas se formularon diferentes hipótesis diagnósticas, según la última edición de la Taxonomía NANDA. Se priorizaron los Diagnósticos de Enfermería, se plantearon unos Resultados a conseguir (NOC) y una serie de Intervenciones enfermeras (NIC).

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS

Afrontamiento Ineficaz (00069)
Ansiedad (00146)
Gestión ineficaz de la propia salud (00048)
Riesgo de violencia autodirigida (00140)

RESULTADOS

NOC: Autocontrol de los impulsos (1405)
NOC: Autocontrol de la ansiedad (1402)
NOC: Conducta de cumplimiento (1601)
NOC: Control del riesgo (1902)

INTERVENCIONES

NIC: Aumentar el Afrontamiento (5230)
NIC: Disminución de la ansiedad (5280)



Lo cual nos lleva a ponerle nombre a un problema de salud, que el personal de enfermería valora en su práctica habitual, ese problema es el diagnóstico enfermero: Afrontamiento Inefectivo (dominio 9; Afrontamiento/Tolerancia al estrés)

BIBLIOGRAFÍA

Gordon M, Nuñez Fernandez O, North American Nursing Diagnosis Association. Manual de Diagnósticos Enfermeros. Madrid: Elsevier; 2007. North American Nursing Diagnosis Association. NANDA-I Nursing Diagnoses: Definitions & Classification 2007-2008. Philadelphia: NANDA Internacional; 2007. Bulechek GM, Butcher, Howard K, Macloskey Dochterman J. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2009. Mookhead J, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Clasificación de Resultados (NOC). 4ª ed. Barcelona: Elsevier; 2009.



LAS INTERVENCIONES ENFERMERAS EN EL DUELO Y SU EQUIVALENCIA EN LA TAXONOMÍA NIC

AUTORES

José Manuel González-González, Yolanda Mejías-Martín, Sonia Mateos-Fernández, Virginia Bazán-Calvillo, Rosa María Alonso-Cuenca.

PALABRAS CLAVE

Duelo, Intervenciones enfermeras, Resultados investigación.

INTRODUCCIÓN

La enfermera, como profesional de la salud, actuamos ante las respuestas de las personas facilitando la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. El duelo o la pérdida, son experiencias íntimamente ligadas a la vida. La enfermera ha de cuidar a las personas que se enfrentan a pérdidas de etiología muy diversa¹. Las intervenciones enfermeras, pueden evitar que un proceso natural llegue a convertirse en disfuncional.

Los profesionales de enfermería demandan información sobre qué intervenciones son más eficaces^{2, 3, 4}, intervenciones incluidas en la Taxonomía Enfermera, para dar respuesta al diagnóstico Duelo. Una información actualizada, fundamentada y basada en la investigación podría conseguir mejores resultados en el afrontamiento.

Nuestro objetivo es conocer cuáles son las intervenciones del duelo evidenciadas en la literatura científica enfermera y su equivalencia en la taxonomía NIC.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo. Se realizó búsqueda bibliográfica en las bases de datos Cuiden Plus, Cinhals, Lillacs y Pub med. Limitadores: artículos de ensayo clínico o ensayo aleatorio controlado en revistas enfermeras, indexados entre 2006 y 2011, con las palabras claves duelo o grief. Se realizó un resumen de cada artículo, describiendo las intervenciones evidenciadas, con los resultados obtenidos en los mismos. Se contrastaron las intervenciones NIC que estaban relacionadas o que más se identifican en cada uno de los estudios.

RESULTADOS

Los artículos obtenidos fueron un ensayo clínico y dos ensayos controlados aleatorios. Estos artículos fueron:

- Proof of life: a protocol for pregnant women who experience pre-20-week perinatal loss. *Critical Care Nursing Quarterly*. 2010⁴. Ensayo Aleatorio controlado.

La intervención realizada sobre el grupo experimental fue de un protocolo de apoyo emocional a la mujer, tras padecer un aborto. Y los resultados que se obtuvieron fueron que las mujeres recibieron más sentimientos de apoyo y de cuidados por el personal. Los beneficios secundarios son una mayor colaboración entre los profesionales de la salud, el desarrollo de un ambiente de empatía, y un cambio en la creencia de que estas mujeres necesitan solo cuidados físicos. Los resultados indican la



necesidad de un protocolo de apoyo a todas las mujeres que experimentan esta pérdida con independencia de la edad gestacional.

Las intervenciones NIC equivalentes consideradas: 5290 Facilitar el duelo. 5230 Aumentar el afrontamiento 5294 Facilitar el duelo: muerte perinatal 5270 Apoyo emocional 7140 Apoyo a la familia 5240 Asesoramiento 5340 Presencia 6950 Cuidados por cese de embarazo 5460 Contacto 4920 Escucha activa 5820 Disminución de la ansiedad

-“Easing the way” for spouse caregivers of individuals with dementia: a pilot feasibility study of a grief intervention. *Research in Gerontological Nursing*. 2010.⁵ Ensayo clínico

Se realiza una multintervención sobre el grupo experimental basándose en el Modelo de Intervención de Meuser, Marwit, y el Modelo Sanders de Duelo en el cuidador de pacientes con demencia. Se fueron adaptando las intervenciones a la fase del duelo por la que pasaban los componentes del estudio, así como valoración de su salud mental y necesidades de aprendizaje. Se incluyeron servicios de apoyo emocional, consuelo, educación, aumentación del afrontamiento y derivación a recursos comunitarios. Los resultados encontraron cambios significativos desde el inicio hasta la finalización de la intervención para las medidas de duelo, depresión, ansiedad, estado de ánimo positivo, y aumento del afrontamiento.

Las Intervenciones NIC equivalentes consideradas: 5290 Facilitar el duelo 5230 Aumentar el afrontamiento 5270 Apoyo emocional 7140 Apoyo a la familia 5240 Asesoramiento 5470 Declarar la verdad al paciente 4920 Escucha activa 5250 Apoyo en toma de decisiones 5440 Aumentar los sistemas de apoyo 5370 Potenciación de roles 7040 Apoyo al cuidador principal 5240 Asesoramiento 5820 Disminución de la ansiedad 5210 Guía de anticipación

-Effects of a bereavement intervention program in middle-aged widows in Korea.⁶ *Archives of Psychiatric Nursing*. 2007. Ensayo aleatorio controlado.

La intervención realizada sobre el grupo experimental fue de sesiones de respiración Dan-jeon, actividad de grupo de auto-ayuda, y un chequeo de salud. Los resultados que se obtuvieron en el grupo experimental demostraron disminuir significativamente los niveles de duelo y los síntomas de estrés con respecto al grupo control que recibieron sólo un chequeo de salud.

Las intervenciones NIC equivalentes propuestas: 5290 Facilitar el duelo 5230 Aumentar el afrontamiento 5820 Disminución de la ansiedad 5420 Apoyo espiritual 5430 Grupo de apoyo 5880 Técnica de relajación 5426 Facilitar el crecimiento espiritual 5960 Facilitar la meditación 5450 Terapia de grupo 6040 Terapia de relajación simple

DISCUSIÓN-CONCLUSIÓN

En estos artículos encontrados no se definieron las intervenciones NIC. Por consenso hemos acordado éstas intervenciones por su equivalencia con la definición propuesta en la taxonomía NIC. Estos resultados pueden avalar científicamente las intervenciones NIC indicadas en el apartado de resultados.

Al finalizar el trabajo, se nos plantea un tema de reflexión para la Enfermería. En la mayoría de Hospitales españoles, se utiliza la Taxonomía NANDA, asociando los NIC y NOC correspondientes. Aún hay escasos estudios de investigación que utilicen el lenguaje estandarizado de enfermería para evidenciar la eficacia de las intervenciones

¿CUÁLES SON LOS DIAGNÓSTICOS PREVALENTES DE LAS MUJERES CON CÁNCER DE MAMA RECIENTEMENTE DIAGNOSTICADO? VALORACIÓN FOCALIZADA EN LA CALIDAD DE VIDA.

AUTORES

Beatriz Braña-Marcos, Diego Carrera-Martínez, Mónica de la Villa-Santoveña, Estefanía Vegas-Pardavila.

PALABRAS CLAVE

Calidad de vida. Cáncer de mama. Diagnósticos de Enfermería. Proceso de Atención de Enfermería. Calidad Asistencial.

INTRODUCCIÓN

La valoración de la Calidad de Vida (CV) en mujeres con cáncer de mama a través de cuestionarios específicos, como los de la European Organization Research and Treatment (EORTC), permite identificar las áreas más afectadas, que no son sino problemas de salud físicos, psicológicos y sociales que pueden pasar totalmente desapercibidos en una valoración biomédica tradicional¹. Su adaptación al lenguaje enfermero (taxonomía NANDA) resulta fundamental².

El objetivo de nuestro estudio fue el de determinar los Diagnósticos de Enfermería (DE) prevalentes, factores relacionados (FR) y características definitorias (CD) de las mujeres con reciente diagnóstico de cáncer de mama (DCM) diagnosticadas en el Principado de Asturias en el año 2008.

MATERIAL Y MÉTODO

Durante el año 2009, se realizó un estudio multicéntrico transversal y descriptivo en mujeres con diagnóstico de cáncer de mama en 2008 en el Principado de Asturias, mediante encuesta de calidad de vida. La herramienta utilizada fue el EORTC QLQ-C30 y su módulo específico para el cáncer de mama, el BR23. Se trata, en su conjunto, de un cuestionario autoadministrado y validado para su uso en español que valora integralmente la Calidad de Vida desde el punto de vista del Funcionamiento (físico, social, emocional, cognitivo, etc.) y de los Síntomas (disfunción sexual, síntomas en la mama o en el brazo, preocupación por la alopecia, etc.)^{3,4} A mayor puntuación en las escalas que evalúan el funcionamiento, menor afectación. En las que evalúan los síntomas, mayor puntuación equivale a mayor afectación. Se realizó cálculo del tamaño muestral con el EPIDAT 3.1 y se fueron reclutando sistemáticamente las participantes hasta alcanzar el tamaño muestral calculado (N=228). Para la correcta utilización del instrumento y su análisis, se siguieron las instrucciones proporcionadas por la EORTC, propietarios de su copyright.

Se realizó un análisis descriptivo de los datos, a través del SPSS 18.0, expresando los resultados como media \pm desviación estándar para las variables cuantitativas y frecuencias absolutas y porcentajes para las cualitativas.



Para nuestro estudio, realizamos una clasificación de las puntuaciones obtenidas, de manera que hablamos de “Afectación importante o muy importante” cuando la puntuación en las escalas de Síntomas es mayor a 50 puntos y en las escalas de Funcionamiento, cuando es menor de 50.

Asimismo, se analizaron las respuestas otorgadas a cada uno de los ítems del cuestionario utilizado, identificando así los Diagnósticos de Enfermería (etiquetas NANDA), Factores Relacionados y Características Definitorias.

RESULTADOS

Un total de 228 mujeres cumplían nuestros criterios de inclusión y aceptaron la participación en nuestro estudio.

Explorando las puntuaciones medias de los ítems del cuestionario, encontramos las mayores afectaciones a nivel funcional en el Funcionamiento sexual ($22,7\pm 25,8$), Preocupación por el futuro ($48,2\pm 34,2$), Salud Global ($65,2\pm 23,4$); F. Emocional ($67,13\pm 28,5$); Imagen corporal ($71,7\pm 32,6$) y Disfrute del Sexo ($50,6\pm 27,1$). El 49% no tuvo relaciones sexuales al menos en las 4 semanas previas). A nivel de síntomas, las mayores afectaciones las encontramos en Insomnio ($40,90\pm 36,1$), Fatiga ($29,4\pm 27,4$), Dolor ($25,4\pm 15,7$) y Estreñimiento ($25,26\pm 32,58$).

Encontramos afectación importante o muy importante en:

1. Funcionamiento sexual: en un 88,89% de participantes.
2. Disfrute sexual, en un 74,98%,
3. Imagen corporal en un 73,68%,
4. Preocupación por el futuro, en un 55,70%,
5. Insomnio, en un 37,7% y
6. Funcionamiento emocional en un 35,01% de las participantes.

Una vez determinadas las afectaciones importantes o muy importantes, se analizaron las respuestas asignadas a cada uno de los ítems del cuestionario, identificando así un conjunto de Diagnósticos de Enfermería (DE) prevalentes, sus factores relacionados y características definitorias:

1.- Afectación: Funcionamiento sexual (88,89% de participantes con afectación importante / muy importante)

- **DE:** “Patrón sexual ineficaz” **relacionado con** “déficit de habilidades sobre respuestas alternativas ante transformaciones relacionadas con la salud, alteraciones de la estructura o funcionamiento corporal, enfermedad o tratamiento médico” **manifestado por** “informe de limitaciones en las actividades sexuales” / “falta de interés en actividades sexuales” / “falta de apetito sexual” / “informe de vida sexual no activa”.

2.- Afectación: Disfrute sexual (74,98%)

- **DE:** “Disfunción sexual” **relacionado con** “alteración de la función corporal (cirugía, radiación, fármacos)” / “alteración de la estructura corporal” / “alteración biopsicosocial de la sexualidad” **manifestado por** “alteraciones en el logro de la satisfacción sexual” / “incapacidad para lograr la satisfacción sexual deseada” / “verbalización del problema”.

3.- Afectación: Imagen corporal (73,86%)



- **DE: “Trastorno de la imagen corporal” relacionado con “enfermedad” / “cirugía” / “tratamiento de la enfermedad” / “psicosociales” manifestado por “conductas de evitación del propio cuerpo” / “verbalización de sentimientos de disconformidad con su propio cuerpo” / “falta de una parte del cuerpo” / “cambio real en la estructura corporal”.**

4.- **Afectación:** Preocupación por el futuro (55,70%)

- **DE: “Ansiedad” relacionado con “trastorno de la imagen corporal” / “deterioro funcional o enfermedad física” / “cambio en el rol social” / “crisis situacional” manifestado por “inquietud” / “insomnio” / “nerviosismo” / “irritabilidad” / “fatiga” / “nauseas” / “trastornos del sueño” / “dificultad para la concentración” / “olvido” / “deterioro de la atención” / “preocupación”.**

5.- **Afectación:** Insomnio (37,7%)

- **DE: “Insomnio” relacionado con “ansiedad” / “depresión” manifestado por “informes de disminución en su estado de salud” / “dificultades para concentrarse” / “dificultades para conciliar el sueño”.**

CONCLUSIONES

Nuestro estudio pone de manifiesto la existencia de una serie de problemas derivados del cáncer de mama y / o los tratamientos oncológicos que inciden directamente en la calidad de vida de las mujeres que lo padecen. Problemas que, en nuestra opinión, no están siendo adecuadamente valorados ni tratados en el actual entorno de atención oncológica.¹

La escala EORTC puede utilizarse como una valoración focalizada sobre la CV de nuestras pacientes². A través de su utilización, hemos identificado los Diagnósticos de Enfermería prevalentes en mujeres con reciente diagnóstico de cáncer de mama, constituyendo así un primer paso hacia la identificación de sus problemas de salud más frecuentes y hacia la normalización de sus cuidados.

Resulta del todo prioritario establecer evidencias sobre los problemas de salud más frecuentes en las mujeres con reciente diagnóstico de cáncer de mama para conocer qué recursos deben implementarse y cuáles deben reforzarse⁵. Las distintas intervenciones enfermeras encaminadas a mejorar su CV constituyen otro necesario campo de investigación^{2,5}.

FINANCIACIÓN

El presente estudio se realizó en el marco del proyecto PI08/1477, financiado por la Acción Estratégica en Salud, Subprograma de proyectos de investigación en Salud (convocatoria 2008-1011) y cofinanciado por el Fondo Europeo de Desarrollo Regional. Igualmente, ha recibido financiación por parte del Plan de Ciencia, Tecnología e Innovación del Principado de Asturias (Expte.:COF09-27).

BIBLIOGRAFÍA

1. Braña Marcos B, Carrera Martínez, De la Villa Santoveña M, Avanzas Fernández S, Gracia Corbato MT, Díaz Barroso A. La estimación de la calidad de vida y la atención integral en mujeres con cáncer de mama. *Metas de Enfermería*. 2010;13:67-70



“TRABAJO A TURNOS” COMO FACTOR RELACIONADO DEL DIAGNÓSTICO ENFERMERO INSOMNIO: VALIDACIÓN CLÍNICA MEDIANTE CASOS Y CONTROLES.

AUTORES

José Manuel Romero-Sánchez, María Eugenia González-Domínguez, Sergio Jiménez-Picos, Olga Paloma-Castro, Juan Carlos Paramio-Cuevas, Anna J. Frandsen.

PALABRAS CLAVE

Insomnio, Diagnóstico Enfermero, Factor relacionado, Trabajo a turnos, Salud Laboral.

INTRODUCCIÓN

El diagnóstico enfermero (DE) “Insomnio” incluye como factor relacionado (FR) el deterioro del patrón del sueño normal por causa del trabajo por turnos (NANDA-I, 2009). La evidencia de este diagnóstico se enmarca en el nivel 2.1, por lo que se hacen necesarios estudios que le den soporte clínico que incrementen dicho nivel de evidencia. El objetivo del presente estudio fue validar clínicamente la condición “trabajar a turnos” como FR del DE Insomnio mediante la determinación de la relación empírica entre ellos mediante el método de los casos y controles.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se utilizó un diseño de casos y controles en relación 1:2 para comparar los trabajadores de una empresa aeronáutica a los que se le asignó el DE Insomnio (casos; $n_1=10$) con aquellos a los que no (controles; $n_2=20$) tras una valoración dirigida. Se comprobó si los participantes trabajaban a turnos (de mañana-tarde y mañana-noche rotatorios) o no (de mañana fijo) y se recogieron variables demográficas clásicas. Fueron excluidos aquellos que presentaran otros posibles factores etiológicos (patología del sueño, fármacos...). Las diferencias entre grupos para variables cuantitativas se evaluaron a través de la U de Mann-Whitney, la asociación entre variables cualitativas mediante el test exacto de Fisher y para la fuerza de asociación se utilizó la Odds Ratio (OR). Se consideraron significativos valores de $p<0.05$.

RESULTADOS

La muestra estaba conformada en un 93.3% por hombres con una edad media de 39.40 ± 9.99 años, sin que existieran diferencias intergrupales ($U=99.00$; $p=0.96$). Se estableció asociación significativa entre el trabajo a turnos y la asignación del DE ($p=0.024$), determinándose que los trabajadores a turnos tienen una probabilidad 11 veces mayor de que se les aplique el DE Insomnio que aquellos con turno fijo ($OR=11.00$; IC 95%=1.16-103.94).

CONCLUSIONES

Los resultados del estudio aportan evidencia empírica preliminar que avala la validez de la condición “trabajo a turnos” como FR del DE Insomnio.



BIBLIOGRAFÍA

- Duarte Climents G, Montesinos Alfonso N. El consenso como estrategia de implementación del diagnóstico enfermero, valoraciones estandarizadas y elección de etiquetas diagnósticas. *Enferm Clin*. 1999;9:142-51.
- González Linares RM. La estandarización de cuidados en la gestión del proceso asistencial. *Rev Calidad Asistencial*. 1999;14:273-8. North American
- Nursing Diagnosis Association (NANDA). *Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación (2003-2004)*. Madrid: Elsevier; 2003.
- Frías A, Del Pino R, Germán C et al. Validación de la taxonomía diagnóstica de los problemas identificados con mayor frecuencia por los enfermeros en pacientes con hipertensión arterial en atención primaria. *Enfermería Clínica* 1993; 3: 24-30.
- Fehring R. Validating diagnostic labels: Standardizing methodology. En: Hurley M (ed.). *Classification of nursing diagnoses: Proceedings of the sixth conference*. St. Louis: NANDA, 1986; 183-190.
- Griffith Whitley G. Progress and methodologies for research validation of nursing diagnoses. *Nursing Diagnoses* 1999; 10 (1): 5-14



DOCUMENTO DE CUIDADOS INTRAOPERATORIOS EN PROCEDIMIENTOS DE MEDIA-BAJA COMPLEJIDAD

AUTORES

José Carlos Bellido-Vallejo; María del Carmen Roldán-Mesa; Victoria Gálvez-Gómez; Clara María Torres-Ortega; María José Sánchez-Liébanas; Almudena Moreno Vázquez.

PALABRAS CLAVE

Cuidados intraoperatorios. Valoración preoperatoria. Intervenciones NIC. Seguridad quirúrgica. Cirugía Menor. Cirugía Mayor Ambulatoria.

INTRODUCCIÓN

Las enfermeras como miembros del equipo quirúrgico deben documentar su trabajo. La documentación debe ser fiel reflejo de los cuidados prestados al paciente. Diversos factores dificultan una adecuada documentación: la presión asistencial, las dinámicas de trabajo de los equipos, la rapidez de actuación en intervenciones de poca complejidad, resistencias de las propias enfermeras, aplicación del proceso enfermero en el ámbito quirúrgico, formación en metodología...

OBJETIVO

Desarrollar un Documento de Cuidados Intraoperatorios (DCI) basado en el proceso enfermero y los lenguajes estandarizados NNN, orientado a procedimientos quirúrgicos/anestésicos de baja-media complejidad.

METODOLOGÍA

Creación de un grupo de trabajo con enfermeras de todas las áreas quirúrgicas del Complejo Hospitalario de Jaén (CHJ).

Rondas de consenso para la valoración preoperatoria, los cuidados intraoperatorios y el postoperatorio inmediato y traslado.

Revisión crítica del DCI extendido para crear versión adaptada a cirugías/anestésicos de baja-media complejidad, lo que en términos quirúrgicos sería la Cirugía Mayor Ambulatoria-Cirugía Menor (CMA-Cm).

Consulta de la propuesta a todas las unidades quirúrgicas del CHJ para revisión y emisión de propuestas de mejora.

Creación de documento definitivo.

Evaluación por las comisiones de Estrategia de Cuidados y de Seguridad del paciente del CHJ.

Prueba piloto para estudiar la aplicabilidad y revisión final.

RESULTADOS

Se ha obtenido un Documento de Cuidados Intraoperatorios para cirugías/anestésicos de baja y media complejidad en formato A4, con una estructura de cuatro apartados:

a) Preoperatorio inmediato que incluye una valoración preoperatoria focalizada basada en Necesidades Básicas de Virginia Henderson.



DOCUMENTO DE CUIDADOS INTRAOPERATORIOS EN PROCEDIMIENTOS DE ALTA COMPLEJIDAD

AUTORES

José Carlos Bellido-Vallejo; María Ángeles Fernández-Navidad; Matilde Gutiérrez Contreras; María del Carmen García Ruiz; María Ángeles Illescas-Morales; Dolores Pestaña-Yáñez.

PALABRAS CLAVE

Cuidados intraoperatorios. Valoración preoperatoria. Intervenciones NIC. Seguridad quirúrgica. Cirugía Mayor.

INTRODUCCIÓN

La actividad quirúrgica es una parte importante de las prestaciones sanitarias. El Registro Perioperatorio de Enfermería del Complejo Hospitalario de Jaén requiere una actualización y adaptación que incluya la adecuada verificación de la preparación quirúrgica, la posibilidad de documentar la actividad de las enfermeras en formato protocolizado con lenguaje enfermero. El proyecto de investigación “*Actividad e intervención enfermera en el periodo intraoperatorio*” ha explorado la actividad de las enfermeras quirúrgicas y obtenido resultados que permiten desarrollar un nuevo documento de cuidados intraoperatorios.

OBJETIVO

Desarrollar un Documento de Cuidados Intraoperatorios (DCI) basado en el proceso enfermero y lenguajes estandarizados NNN para procedimientos quirúrgicos/anestésicos de media-alta complejidad.

METODOLOGÍA

Grupo de trabajo con profesionales de todas las áreas quirúrgicas del Complejo Hospitalario de Jaén (CHJ).

Revisión de listados de actividades desarrollados en el proyecto de investigación “*Actividad e Intervención Enfermera en el Periodo Intraoperatorio*”.

Búsqueda, consulta y revisión de Hojas de Ruta Quirúrgica/Registros Perioperatorios hospitales de Andalucía.

Rondas de consenso para la valoración preoperatoria, los cuidados intraoperatorios, el postoperatorio inmediato/traslado y diagnósticos y resultados.

Envío propuesta a las unidades quirúrgicas del CHJ para revisión y mejora.

Incorporación de propuestas de mejora y creación de documento definitivo.

Evaluación por las comisiones de Estrategia de Cuidados y Seguridad del paciente del CHJ.

Prueba piloto para estudiar la aplicabilidad y revisión final.

RESULTADOS

Se ha obtenido un DCI para cirugías/anestesiología de media y alta complejidad (Cirugía Mayor) en formato A3, con una estructura de cuatro apartados:

a) Preoperatorio inmediato que incluye una valoración preoperatoria basada en el modelo de valoración de Necesidades Básicas de Virginia Henderson, bajo esta organización se pueden revisar todas las cuestiones de seguridad quirúrgica y de preparación del paciente.

b) Intraoperatorio fundamentado en 18 Intervenciones NIC con selección de actividades que permite una amplia documentación de la actividad enfermera:

- (6680) MONITORIZACIÓN DE LOS SIGNOS VITALES
- (0842) CAMBIO DE POSICIÓN: INTRAOPERATORIO
- (7820) MANEJO DE MUESTRAS
- (2920) PRECAUCIONES QUIRÚRGICAS
- (2900) ASISTENCIA QUIRÚRGICA
- (6545) CONTROL DE INFECCIONES: INTRAOPERATORIO
- (3120) INTUBACIÓN Y ESTABILIZACIÓN DE VÍAS AÉREAS
- (3320) OXIGENOTERAPIA
- (4190) PUNCIÓN INTRAVENOSA (i.v.)
- (2440) MANTENIMIENTO DE DISPOSITIVOS DE ACCESO VENOSO (DAV)
- (2314) ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN: INTRAVENOSA (iv)
- (4200) TERAPIA INTRAVENOSA (i.v.)
- (4030) ADMINISTRACIÓN DE PRODUCTOS SANGUÍNEOS
- (0580) SONDAJE VESICAL
- (1080) SONDAJE GASTROINTESTINAL
- (3902) REGULACIÓN DE LA TEMPERATURA: INTRAOPERATORIA
- (3440) CUIDADOS DEL SITIO DE INCISIÓN
- (7920) DOCUMENTACIÓN

c) Postoperatorio inmediato y traslado. Incluye la unidad de destino, Valoración del dolor mediante la Escala Numérica, Medidas y dispositivos utilizados para el traslado, Nivel de conciencia, acompañamiento e informe a la unidad de destino.

d) Apartado final que recoge 10 posibles diagnósticos NANDA (146-Ansiedad, 148-Temor, 126-Conocimientos deficientes, 132-Dolor agudo, 27-Déficit de volumen de líquidos, 87-Riego de lesión postural perioperatoria, 4-Riesgo de infección, 5-Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal, 46-Deterioro de la integridad cutánea, 32) Patrón respiratorio ineficaz); y 10 resultados NOC (1402- Autocontrol de la ansiedad, 1404-Autocontrol del miedo, 1814-Conocimiento: procedimiento terapéutico, 2102-Nivel del dolor, 0601-Equilibrio hídrico, 1902-Control del riesgo, 1101-Integridad tisular: piel y membranas mucosas, 0800-Termorregulación, 1102-Curación de la herida: por primera intención, 0415) Estado respiratorio)

CONCLUSIONES

La creación de un DCI para procedimientos de alta complejidad (cirugía mayor) tiene una orientación de máximos, bajo el proceso enfermero se crea una nueva forma de documentar la actividad de las enfermeras quirúrgicas en procedimientos complejos.



TRADUCCIÓN Y ADAPTACIÓN AL CASTELLANO DEL RESULTADO “NIVEL DE DOLOR” DE LA CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA

AUTORES

José Carlos Bellido-Vallejo, Carme Espinosa i Fresnedo, Pedro Luis Pancorbo-Hidalgo.

PALABRAS CLAVE

Validación de cuestionarios, Clasificación de Resultados de Enfermería, Traducción, Retrotraducción, Traducción inversa, Dolor, Nivel del dolor

INTRODUCCIÓN

El dolor es un problema de salud con profundos efectos sobre las personas que lo padecen y sus repercusiones trascienden al ámbito familiar, laboral, económico y social (1). La Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE) ha sido desarrollada en un entorno de cuidados distinto al español (2-4). Para que los resultados puedan ser útiles en nuestro entorno de cuidados se entiende necesario un proceso de validación que examine sus propiedades clinimétricas (5). El primer paso obligado en el proceso de validación, cuando un cuestionario va a ser utilizado en un entorno con idioma distinto a donde se desarrolló, es la adaptación cultural para comprobar la equivalencia semántica de la versión original con la versión traducida (6).

El objetivo de esta comunicación es comprobar la equivalencia semántica de la versión publicada en español con la versión original en inglés del resultado “Nivel del dolor”.

MATERIAL Y MÉTODOS

Método de traducción-retrotraducción del cuestionario “Nivel del dolor”.

4. Doble traducción de la versión en inglés (Nursing Outcomes Classification, 4ª ed). Se traduce al castellano por una enfermera bilingüe de lengua materna castellana. Se utiliza como segunda traducción la versión publicada en la 4ª edición de la CRE. Ambas versiones se comparan, se analizan los términos y conceptos que resultan confusos, equívocos o con varios significados para obtener una versión consensuada en castellano (v1).

5. Traducción de la v1 al inglés. Un profesional bilingüe de lengua materna inglesa traduce la v1 al inglés, dicha traducción se compara con la con la versión original inglesa del resultado “Nivel del dolor”, analizando los términos y conceptos que no presentan la misma redacción. Se consensua una propuesta en inglés (v2).

6. Consulta autoras de la CRE. La versión retrotraducida es enviada a las autoras de la CRE (College of Nursing The University of Iowa) para constatar la concordancia. La v2 es revisada por Dra. Swanson que realiza diversas sugerencias sobre el significado de algunos términos que precisan revisión. Analizados los aspectos controvertidos se genera una versión adaptada al castellano (v3).



VALIDACIÓN DE CONTENIDO DEL RESULTADO “NIVEL DEL DOLOR” DE LA CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA

AUTORES

José Carlos Bellido-Vallejo, María Dolores Nieto-Entrena, Fernando Alcázar-Rodríguez, Concepción Cruz-González, Leandra Díaz-Díaz, Pedro Luis Pancorbo-Hidalgo.

PALABRAS CLAVE

Validación de cuestionarios, Validación de contenido, Índice de Validez de Contenido, Clasificación de Resultados de Enfermería, Dolor, Nivel del dolor.

INTRODUCCIÓN

La validez es un factor crucial en la selección o aplicación de un instrumento, por validez se entiende el grado en que el instrumento mide aquello que se pretende medir (1). En el proceso de validación de un instrumento, aspecto importante es determinar la validez de contenido, entendida como el grado en que los ítems que conforman el instrumento, en su conjunto, constituyen una adecuada definición operativa del constructo que pretende medir dicho instrumento (2).

Entendiendo que la Clasificación de Resultados de Enfermería la conforman un conjunto de cuestionarios que permiten medir y evaluar, a lo largo de un continuo, aspectos relacionados con la salud de las personas (3-4), dentro del proceso de validación de los resultados de la CRE un aspecto a investigar es su validez de contenido.

Una manera de proporcionar evidencia sobre la validez de contenido es mediante el cálculo del Índice de Validez de Contenido (IVC), utilizando las calificaciones otorgadas por expertos sobre de la pertinencia de los ítems del cuestionario al concepto global que se mide (2).

El objetivo de esta comunicación es analizar la validez de contenido del resultado “Nivel del dolor”, previamente traducido y adaptado al contexto español, de la Clasificación de Resultados de Enfermería.

MATERIAL Y MÉTODOS

Creación de un panel de expertos formado por profesionales con experiencia clínica/docente/investigadora relacionada con el dolor de distintas provincias españolas

Encuesta informatizada a través de la plataforma SurveyMonkey® durante los meses de enero y febrero de 2012.

La versión del cuestionario “Nivel del dolor”, obtenida tras un proceso de doble traducción y adaptación cultural, se somete al panel de expertos para determinar la validez de contenido.

Rondas de consenso (Técnica Delphi). En la primera ronda se consulta sobre lo adecuado que los expertos consideran cada uno de los ítems (indicadores) respecto del concepto que define el resultado “Nivel del dolor”, también sobre dimensiones que



podrían no estar contempladas en la versión sometida a valoración y finalmente sobre en qué situaciones de temporalidad del dolor consideran aplicable éste resultado. En la segunda ronda se someten a valoración las nuevas dimensiones sugeridas en la primera ronda por los expertos.

Análisis estadístico. Descriptivo para perfil de expertos: Frecuencia y porcentajes para variables cualitativas y medidas de dispersión central para variables cuantitativas. Índice de Validez de Contenido (IVC) para indicadores y resultado.

RESULTADOS

Han participado 18 expertos de las provincias de Jaén, Barcelona, Granada, Madrid y Santander, la mayoría son diplomados en enfermería, con perfil asistencial y una experiencia media en el tema dolor de 13,17 años (IC95% 9,24 – 17,10).

La valoración realizada por los expertos en la primera ronda de consenso permite calcular el IVC para el resultado y para los indicadores. Considerando que puntuaciones de 0.80 o superiores muestra una validez de contenido elevada, el resultado se muestra ligeramente inferior (0,79) y la mitad de los indicadores se encuentran por encima de este nivel y la otra mitad presentan puntuaciones inferiores.

La valoración realizada en la segunda ronda de consenso muestra que de los tres nuevos indicadores sometidos a valoración, dos obtienen un IVC superior al 0,80 y uno inferior.

La mayoría de los expertos (58%) opinan que éste resultado tiene más aplicación en situaciones de dolor inferior a tres meses.



CONCLUSIONES

La configuración del grupo de expertos muestra que tienen experiencia en el tema del dolor, estando representados tanto el ámbito asistencial como el docente e investigador.

Los valores obtenidos en el IVC permiten disponer de una medida para la toma de decisiones sobre qué indicadores representan bien el concepto “Nivel del dolor” y por lo tanto deben ser tomados en consideración, y qué indicadores representan de forma más dudosa el concepto global y por lo tanto deben ser sometidos a revisión para su posible exclusión del cuestionario, ya que puede indicar poca o escasa aplicación de los mismos en nuestro medio de cuidados.

Las altas puntuaciones en el IVC obtenidas por dos de los nuevos indicadores pueden indicar que estas dimensiones no estaban contempladas en la versión oficial del resultado y por lo tanto pueden ser incluidas en la versión que será utilizada en la siguiente fase de investigación.

Los expertos consideran que el resultado Nivel del dolor tiene mayor aplicación en situaciones de dolor de corta o media duración lo que en términos clínicos puede traducirse en situaciones de dolor agudo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lynn MR. Determination and quantification of content validity. *Nursing Research*. 1986;35(6):382-386.
2. Polit. DF, Beck CT. The content validity index: Are you sure you know What's being reported? critique and recommendations . *Research in Nursing & Health*. 2006;29(5):489-497.
3. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4ª ed. Barcelona: Elsevier; 2008.
4. Moorhead S, Johnson M, Maas M. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 3ª ed. Madrid: Elsevier; 2004.



CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL: A PROPÓSITO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL

AUTORES

Aitziber Ubis-González; Isabel Alonso-Durana; Amaia Ortiz de Zarate-San Agustín; M^a Ángeles Ruiz de Azua-Velasco.

PALABRAS CLAVE

Patología dual, Esquizofrenia paranoide, consumo perjudicial de tóxicos, cuidados de enfermería, taxonomías NANDA, NOC y NIC, abordaje terapéutico.

RESUMEN

El manejo de la Patología Dual (trastorno mental más consumo de tóxicos) y la complejidad que supone su abordaje terapéutico, genera la necesidad de trabajar desde un modelo interdisciplinar donde los cuidados enfermeros juegan un papel primordial.

Unai de 30 años ingresa de forma involuntaria en la Unidad de Psicosis Refractaria procedente de una unidad de media estancia con diagnóstico de Esquizofrenia paranoide y dependencia de cannabis y anfetaminas (Patología Dual). La enfermedad debuta a los 22 años; evolución tórpida con varios ingresos en unidades de agudos, media y larga estancia. Presenta sintomatología psicótica, nula conciencia de enfermedad, escasa adherencia terapéutica, convivencia familiar insostenible y consumo tóxicos tras las altas hospitalarias que empeoran el proceso de enfermedad. La duración del ingreso es de 6 meses.

VALORACIÓN

Percepción/manejo de la salud:

No conciencia de enfermedad.

Escasa adherencia al régimen terapéutico.

Consumo: cannabis, anfetaminas y sustancias inhabituales tras altas hospitalarias.

Rol/relaciones:

Alucinaciones auditivas.

Ideas delirantes de perjuicio.

Neologismos, cultismos fuera de contexto.

Adaptación/tolerancia al estrés:

Dificultad familiar en el manejo del paciente, la convivencia es insostenible.

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS

1.-00051-Deterioro de la comunicación verbal.



- 2.-00099-Mantenimiento ineficaz de la salud.
- 3.-00074-Afrontamiento familiar comprometido.

RESULTADOS

- 1.-1403-Autocontrol del pensamiento distorsionado.
- 2.-1603-Conducta de búsqueda de la salud.
 - 1904-Control del riesgo: consumo de drogas.
 - 1812-Conocimiento: control del consumo de sustancias.
 - 1803-Conocimiento: proceso de enfermedad.
 - 1808-Conocimiento: medicación.
- 3.-2205 Rendimiento del cuidador principal: cuidados directos.
 - 2506-Salud emocional del cuidador principal.

INTERVENCIONES

- 1.-6450-Manejo de ideas ilusorias.
 - 6410-Manejo de las alucinaciones.
 - 4700-Reestructuración cognitiva
- 2.-4500-Prevención del consumo de sustancias nocivas.
 - 5602-Enseñanza: proceso de la enfermedad.
 - 5616-Enseñanza: medicamentos prescritos.
 - 5250-Apoyo en la toma de decisiones.
- 3.-7040-Apoyo al cuidador principal.

EVALUACIÓN

Los resultados establecidos nos han permitido evaluar la evolución de los cuidados en un continuo. Destacaremos una evaluación inicial, intermedia (3 meses) y final (al alta hospitalaria), observando progreso en la evolución del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

- Alfaro-Lefevre R., Aplicación del proceso enfermero. Guía paso a paso. Barcelona: Masson; 2002.
- Bulechek G.M., Butcher H.K., McCloskey J., Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 5ª Edición. Barcelona: Elsevier Mosby; 2009.
- North American Nursing Diagnoses Association NANDA Internacional, Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2009-2011. Barcelona: Elsevier; 2010.
- Moorhead S., Johnson M., Maas M.L., Swanson E., Clasificación de los resultados de enfermería (NOC). Barcelona: Elsevier Mosby; 2009.
- Ortiz de Zarate San Agustín A., Alonso Durana I., Ubis González A., Ruiz de Azua Velasco M.A., Guías de cuidados de enfermería en salud mental. Patología Dual. Barcelona: Elsevier, 2010.



EMBARAZO Y DROGADICCIÓN A TRAVÉS DE UN CASO

AUTORES

Lara Menéndez-González, Liliana Cimadevilla-Quiros, M^a Almudena Pousada-González, Raquel Junquera-Fernández, Alejandro Toledo Soriano

PALABRAS CLAVE

Embarazo, drogadicción, NOC, NIC, proceso de enfermería.

RESUMEN

Mujer, 25 años, soltera, embarazada de 5 meses, maltratada por su expareja, sin familia desde los 8 años, consumidora de heroína desde la adolescencia. Actualmente a tratamiento de desintoxicación con metadona.

VALORACIÓN

Dominios alterados:

I: Promoción de la salud: adicción a la heroína y tratamiento con metadona con rechazo a la toma de tratamiento, sin conciencia de enfermedad

IV: Actividad-Reposo: pesadillas y sueños recurrentes con interrupción del sueño.

VI: Autopercepción-Autoconcepto: Ansiedad por la desintoxicación, vive el embarazo como un problema.

VII: Rol-Relaciones: sin familia desde la infancia, vive en un albergue, desempleada, sin amistades.

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS

Mantenimiento ineficaz de la salud r/c afrontamiento individual ineficaz m/p consumo de tóxicos.

Insomnio r/c sueño interrumpido m/p sueños y pesadillas.

Ansiedad r/c embarazo m/p nerviosismo e inquietud.

Deterioro de la interacción social r/c ausencia de personas significativas y aislamiento terapéutico m/p verbalización de insatisfacción de sus relaciones.

Desempeño ineficaz del rol r/c abuso de sustancias m/p insatisfacción con el rol materno.

Riesgo de intoxicación r/c disponibilidad de drogas ilegales.

Afrontamiento ineficaz r/c embarazo y desintoxicación m/p falta de conductas orientadas al logro de objetivos.

RESULTADOS

Conducta de búsqueda de la salud

Descanso

Afrontamiento de problemas

Implicación social

Ejecución del rol de padres

Control del riesgo: consumo de drogas

Modificación psicosocial: cambio de vida

INTERVENCIONES

Prevención del consumo de sustancias nocivas



INTERVENCIONES ENFERMERAS EN UN CASO DE SUICIDIO PASIVO

AUTORES

Lara Menéndez-González, Raquel Junquera-Fernández, M^a Almudena Pousada-González, , Liliana Cimadevilla-Quiros, Alejandro Toledo Soriano.

PALABRAS CLAVE

Suicidio pasivo, proceso de enfermería, NOC, NIC.

RESUMEN

Paciente con diagnóstico médico de distimia, se niega a comer (pérdida de 13 kilos en un mes) y a realizar las actividades de la vida diaria.

VALORACIÓN

Dominios alterados: 1: sin conciencia de enfermedad, no realiza AVD.

2: desnutrida, solo ingiere algo de líquidos, piel deshidratada.

3: 6 días sin deposición.

4: encamada todo el día, abulia.

6: baja autoestima, no participa en sus cuidados, sentimientos negativos hacia sí misma.

7: vive en una pensión, sin familia.

9: intentos previos de suicidio.

11: riesgo de lesionarse.

13: desnutrición, deshidratación.

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS

Incumplimiento del tratamiento r/c falta de conciencia de enfermedad m/p evidencia de exacerbación de los síntomas.

Riesgo de suicidio r/c expresiones de deseos de morir y negación a la ingesta de alimentos.

Desequilibrio nutricional por defecto r/c factores psicológicos m/p negación a la ingesta.

Déficit de autocuidado: alimentación r/c abulia m/p incapacidad para ingerir alimentos.

Desesperanza r/c abandono m/p disminución del apetito.

Déficit del volumen de líquidos r/c falta de aporte de líquidos m/p disminución de la diuresis.

Riesgo de violencia autodirigida r/c ideación suicida.

Estreñimiento r/c aporte insuficiente de alimentos y líquidos m/p disminución de la frecuencia.

RESULTADOS

Ante el compromiso que hay para su vida los objetivos inminentes sobre los que hay que trabajar son:

Estado nutricional



Autocontrol del impulso suicida

INTERVENCIONES

Terapia nutricional

Sondaje gastrointestinal

Reposición de líquidos

Manejo del peso

Manejo de la nutrición

Alimentación enteral por sonda

Ayuda para ganar peso

Manejo de la conducta autolesión

Prevención del suicidio

Vigilancia: seguridad

Dar esperanza

EVALUACIÓN

Tras un mes la paciente acepta correctamente la nutrición enteral, aumento de peso.

Se inicia el trabajo con otras actividades enfermeras:

Aumentar el afrontamiento, entrenamiento para controlar los impulsos, manejo de la energía, potenciación del autoestima, potenciación de la socialización, terapia de actividad, terapia de grupo, reestructuración cognitiva, modificación de la conducta.

BIBLIOGRAFÍA

- (1)Johnson, M.; et al. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC: diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. 2ª ed. Madrid: Elsevier, 2006.
- (2)Heather T, Heath C, Lunney M, Scroggins L, Vassallo B. NANDA Internacional Diagnosticos de enfermería: definiciones y clasificación 2009-2011.9. Barcelona: Elsevier; 2010.
- (3)Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson I. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4ªed. Madrid: Elsevier;2008.
- (4)Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey J. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5ªed. Madrid: Elsevier; 2008.



PLAN DE CUIDADOS EN LA BULIMIA NERVIOSA, UN CASO DE LARGA EVOLUCIÓN

AUTORES

Liliana Cimadevilla-Quirós, M^a Almudena Pousada-González, Raquel Junquera-Fernández, Lara Menéndez-González, Alejandro Toledo-Soriano.

PALABRAS CLAVE

Bulimia nerviosa, diagnósticos enfermeros, dominios, intervenciones.

RESUMEN

Mujer de 36 años diagnosticada de Bulimia Nerviosa purgativa de 16 años de evolución, a tratamiento en salud mental desde 2001. Estudios universitarios, de baja laboral por enfermedad. Vive sola, divorciada desde hace 5 años. Acomplejada desde niña con su cuerpo. Con 18 años inicia restricción alimentaria e hiperactividad, al año inicia atracones con vómitos posteriores. Oscila de peso 40- 54 kg. Dos intentos autolíticos. Varios ingresos en la planta de endocrinología del Hospital Universitario Central de Asturias. A seguimiento en Hospital de Día de los Trastornos de la Conducta alimentaria (TCA) desde 2009.

VALORACIÓN

DOMINIO 2: Peso: 44,3; Talla: 1,52, IMC: 19,17. Frecuentes atracones con vómito posterior

DOMINIO 6: ánimo bajo, alteración autoconcepto, imagen corporal alterada

DOMINIO 7: dificultad para relacionarse, aislamiento

DOMINIO 9: angustia con su cuerpo y las críticas.

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS

Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades r/c factores psicológicos m/p conceptos erróneos.

Trastorno de la imagen corporal r/c enfermedad m/p verbalización de percepciones que reflejan una visión alterada de la propia apariencia corporal.

Baja autoestima crónica r/c trastorno psiquiátrico m/p evaluación de sí misma como incapaz de afrontar los acontecimientos

Deterioro de la interacción social r/c trastorno del autoconcepto m/p malestar en las situaciones sociales.

Ansiedad r/c preocupación m/p crisis situacionales.

RESULTADOS

Conducta de adhesión: dieta saludable

Imagen corporal

Autoestima

Habilidades de interacción social

Autocontrol de la ansiedad

INTERVENCIONES

Manejo de los trastornos de la alimentación



Consecuencia de la inmovilidad: fisiológica

Nivel de confusión aguda

INTERVENCIONES

Ayuda al autocuidado

Monitorización de los signos vitales

Manejo de líquidos/electrolitos

Mejorar el sueño

Terapia de ejercicios: control muscular

Sujeción física

Disminución de la ansiedad

Precauciones para evitar la aspiración

Cuidados de inmovilización

EVALUACIÓN

Se consigue monitorizar los signos vitales, ayudar al descanso del paciente, mantener el nivel de movilidad articular, disminuir la ansiedad y como consecuencia los episodios de agitación.

BIBLIOGRAFÍA

- (1)Johnson, M.; et al. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC: diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. 2ª ed. Madrid: Elsevier, 2006.
- (2)Heather T, Heath C, Lunney M, Scroggins L, Vassallo B. NANDA Internacional Diagnosticos de enfermería: definiciones y clasificación 2009-2011.9. Barcelona: Elsevier; 2010.
- (3)Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson I. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4ªed. Madrid: Elsevier;2008.



INTERVENCIÓN ENFERMERA EN PACIENTE INDIGENTE CON ESQUIZOFRENIA: UN CASO CLÍNICO

AUTORES

M^a Almudena Pousada-Gonzalez, Lara Menéndez-González, Raquel Junquera-Fernández, Liliana Cimadevilla-Quirós, Alejandro Toledo-Soriano

PALABRAS CLAVE

Esquizofrenia, intervención enfermera, indigencia.

RESUMEN

Paciente de 47 años sin recursos ni apoyo familiar, ingresa en la unidad de hospitalización psiquiátrica tras ser encontrada en pésimas condiciones de higiene, además de dominio cognitivo-perceptual alterado por trastorno de la percepción sensorial alterada.

VALORACIÓN

Dominio 1: Promoción de la salud. Carece de hábitos de cuidado de su salud.

Dominio 2: Nutrición. No valorable.

Dominio 3: Eliminación e intercambio. No alterado.

Dominio 4: Actividad/reposo. Carece de hábitos higiénicos además de actividades de ocio.

Dominio 5: Percepción/Cognición. Presenta sintomatología positiva, alucinaciones auditivas.

Dominio 6: Autopercepción. No alterado.

Dominio 7: Rol/relaciones. No posee interacción social.

Dominio 8: Sexualidad. No valorable.

Dominio 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés. No alterado.

Dominio 10: Principios vitales. No valorable.

Dominio 11: Seguridad/Protección. No alterado.

Dominio 12 Confort. Por ausencia de personas significativas y deterioro de la interacción social, presenta aislamiento social.

Dominio 13: Crecimiento/ desarrollo. No alterado.

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS

Mantenimiento ineficaz de la salud

Déficit de actividades recreativas

Déficit de autocuidado: baño

Déficit de autocuidado: alimentación

Déficit de autocuidado: baño

Déficit de autocuidado: vestido

Trastorno de la percepción sensorial auditiva

Deterioro de la Interacción social

Aislamiento social

RESULTADOS



- Implicación social
- Autocuidados: actividades de la vida diaria
- Autocontrol del pensamiento distorsionado
- Conducta de Búsqueda de Salud
- Habilidades de la interacción social

INTERVENCIONES

- Modificación de la conducta: habilidades sociales
- Ayuda en los autocuidados: alimentación
- Ayuda en los autocuidados enseñanza: individual
- Ayuda en los autocuidados: higiene
- Educación sanitaria
- Manejo de las alucinaciones
- Ayuda en los autocuidados: vestido/arreglo personal

EVALUACIÓN

Se traslada la paciente a una unidad de media estancia. Mejora su nivel de autocuidados, establece interacción en grupos y remite la sintomatología positiva de la esquizofrenia.

BIBLIOGRAFÍA

- Heather T. NANDA Internacional: diagnósticos enfermeros 2009-2011. 8ª ed. Barcelona: Elsevier;2010.
- Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey J. Clasificación de Intervenciones de enfermería NIC. 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2009.
- Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Clasificación de resultados de enfermería NOC. 4ª ed. Barcelona:Elsevier;2009.
- Johnson M, Bulechek G, Butcher H, McCloskey J, Maas M, Moorhead Sue, Swanson E. Interrelaciones NANDA, NOC Y NIC. 2ª ed. Barcelona:Elsevier;2009.
- Gail WS, Michelle TL. Enfermería psiquiátrica: principios y práctica. 8ª ed. Madrid: Elsevier Mosby; 2008.



A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO: PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO A UN PACIENTE EN ESTADO DE COMA VIGIL.

AUTORES

Paula Zurrón-Madera, Desirée González-Bello, Sandra Iglesias-Ruisánchez, Silvia Suárez-Díaz, Dolores Vázquez-Santiso

PALABRAS CLAVE

Valoración, diagnóstico, Intervención, resultado, síndrome vegetativo persistente, coma vigil.

INTRODUCCIÓN

El coma, llamado en ocasiones estado vegetativo persistente, es un estado de inconsciencia profunda. El estado vegetativo persistente no es lo mismo que muerte cerebral, una persona en un estado de coma está viva pero es incapaz de moverse o responder a su entorno. El coma puede ocurrir como complicación de una enfermedad subyacente o como resultado de lesiones, como un traumatismo craneoencefálico, las personas en dicho estado han perdido su capacidad de pensar y percibir su entorno, pero conservan la función no cognoscitiva y los patrones normales de sueño. Aunque quienes están en estado vegetativo persistente pierden sus funciones cerebrales superiores, otras funciones clave como la respiración y la circulación siguen relativamente intactas. Pueden ocurrir movimientos espontáneos y los ojos pueden abrirse en respuesta a los estímulos externos. Las personas pueden incluso arrugar el ceño, llorar o reír ocasionalmente. Aunque las personas en un estado vegetativo persistente pueden parecer relativamente normales, no hablan y son incapaces de responder a órdenes.

Una vez que la persona está fuera de peligro inmediato, el equipo de atención médica se concentra en prevenir infecciones y mantener un buen estado físico. Esto a menudo incluye la prevención de neumonía y úlceras de decúto, así como el suministro de una nutrición equilibrada.

OBJETIVO

El proceso de atención de enfermería (PAE), consta de una serie de fases relacionadas e interrelacionadas que permiten al enfermero ofrecer cuidados al paciente, dar sentido a su profesionalidad y carácter científico. La importancia de la calidad de los cuidados reside en minimizar al máximo los reingresos hospitalarios, previniendo las posibles complicaciones asociadas a sus situación clínica y a las maniobras invasivas a los que son sometidos a diario, mejorando así el confort y la calidad de vida para estos pacientes y sus familiares. Tras la elaboración de un plan de cuidados individualizado en 2 pacientes ingresados en el Centro Gerontológico Washington en Asturias con un diagnóstico de estado vegetativo persistente, se identificó que los diagnósticos mas prevalentes eran coincidentes, de ahí la necesidad de un plan de cuidados

estandarizado y formularos específicos, que pueda servir como guía de referencia para otros pacientes en la misma situación clínica, puesto que derivados del diagnóstico principal aparecen otros diagnósticos secundarios comunes en estos pacientes con deterioro cognitivo severo ocasionado por su estado vegetativo persistente.

CASO CLÍNICO

J.J.R.G. de 51 años de edad y E.L.B. de 47 años; ambos en estado vegetativo persistente debido a una hemorragia intraparenquimatosa. Dichos pacientes han sido derivados al centro Gerontológico Washington después de su alta hospitalaria ante la imposibilidad de mejoría clínica. Ambos son portadores de una gastrostomía endoscópica percutánea (PEG), cánula de traqueostomía fenestrada y catéter urinario (sv rush de silicona).

Debido a la pérdida de movilidad voluntaria ambos necesitan suplencia total en los autocuidados básicos de la vida diaria. En la actualidad no existe un deterioro de la integridad cutánea, pero si existe un riesgo de deterioro relacionado con la humedad, factores mecánicos, inmovilidad física que presentan los pacientes.

PLAN DE CUIDADOS.

DOMINIO 2

DIAGNOSTICO

Riesgo de déficit del volumen de líquidos relacionado con incapacidad autónoma para la ingesta de líquidos.

RESULTADOS

Hidrataciones

INTERVENCIONES

Manejo de líquidos.

ACTIVIDADES

Levar un registro preciso de ingestas y eliminaciones.

Vigilar los signos vitales.

Proporcionar la dieta prescrita apropiada.

Valorar las mucosas bucales del paciente, la esclerótica y la piel por si hubiera indicios de alteración de líquidos

DOMINIO 3

DIAGNOSTICO

Diarrea relacionada con la velocidad de administración de la NE.

RESULTADOS

Eliminación intestinal

Hidratación

Integridad tisular piel y membranas mucosas

INTERVENCIONES

Manejo de la diarrea

Manejo de líquidos

Monitorización de líquidos

Vigilancia de la piel

ACTIVIDADES



Observar color, calor, pulsos, textura y si hay inflamación y ulceraciones de las extremidades.

Observar enrojecimiento y pérdida de la integridad de la piel.

Observar si hay zonas de presión o fricción.

Observar si hay excesiva sequedad de la piel.

Cuidados de la piel tratamiento tópico

Proporcionar soporte a las zonas edematosas.

Aplicar pañales.

Mantener la cama limpia, seca y sin arrugas.

Aplicar medicación tópica.

DOMINIO 4

DIAGNOSTICO

Deterioro de la movilidad física relacionado con deterioro cognitivo, deterioro neuromuscular, deterioro músculo esquelético.

RESULTADOS

Movimiento articular.

INTERVENCIONES

Terapia de ejercicios; movilidad articular

ACTIVIDADES

Poner en marcha medios de control del dolor antes de iniciar los ejercicios.

Realizar movimientos pasivos al paciente para evitar el anquilosamiento de las articulaciones.

DIAGNOSTICO

Déficit de autocuidados: vestido relacionado con deterioro cognitivo, deterioro neuromuscular, deterioro músculo esquelético.

RESULTADOS

Autocuidados: actividades de la vida diaria (AVD).

INTERVENCIONES

Ayuda al autocuidado.

ACTIVIDADES

Proporcionar un ambiente terapéutico garantizando un aexperiencia calida, relajante, privada y personalizada.

Ayudar al paciente a aceptar las necesidades de dependencia.

Enseñar a la familia.

DIAGNOSTICO

Déficit de autocuidados: baño relacionado con deterioro cognitivo, deterioro neuromuscular, deterioro músculo esquelético.

RESULTADOS

Autocuidados: actividades de la vida diaria (AVD).

INTERVENCIONES

Baño.

Ayuda al autocuidado.

ACTIVIDADES

Realizar el baño con agua a temperatura agradable.

Lavar el cabello si es necesario.



Uso de cepillo de cerdas suaves.

Aplicar anestésicos tópicos, pasta de protección bucal.

DIAGNOSTICO

Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con humedad, factores mecánicos, inmovilidad física.

RESULTADOS

Integridad tisular: piel y mucosas

INTERVENCIONES

Vigilancia de la piel.

Prevención de úlceras por presión.

ACTIVIDADES

Observar si hay enrojecimiento, calor extremo, edema o drenaje en la piel y las membranas mucosas.

Observar su color, calor, pulsos, textura y si hay inflamación, edema y ulceraciones en las extremidades.

Uso de escalas de valoración de riesgo de UPP establecida (Norton).

Observación y tomar nota de los cambios en la piel y membranas mucosas.

Instaurar medias para evitar mayor deterioro.

Evitar dar masajes en los puntos de presión enrojecidos.

Asegurar una nutrición adecuada.

Enseñar a los miembros de la familia a vigilar si hay signos de rotura de la piel, si procede.

DIAGNOSTICO

Riesgo de aspiración relacionado con traqueostomía.

RESULTADOS

Prevención de la aspiración.

INTERVENCIONES

Manejo de las vías aéreas.

ACTIVIDADES

Colocar al paciente en la posición que permita que el potencial de ventilación sea el máximo posible.

Eliminar las secreciones fomentando la tos.

Auscultar sonidos respiratorios.

Realizar aspiración si procede.

DIAGNOSTICO

Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionado con vía aérea artificial/mucosidad excesiva.

RESULTADOS

Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias.

INTERVENCIONES

Monitorización respiratoria.

ACTIVIDADES

Vigilar ritmo, frecuencia, profundidad y esfuerzo de las respiraciones.

Auscultar sonidos respiratorios después de los tratamientos.

Anotar aparición, característica y duración de la tos.



Vigilar las secreciones respiratorias del paciente.

Colocar al paciente en posición que permite que el potencial de respiración sea el máximo posible.

Realizar fisioterapia respiratoria.

Levantar al sillón, incorporar en la cama.

Vigilar el estado respiratorio y la oxigenación.

RESULTADOS

Tras la elaboración de un plan de cuidados estandarizado y formularios específicos para la monitorización de las diferentes alteraciones identificadas en los mismos, se ha conseguido una mejora de la calidad de nuestros cuidados. Asimismo, con la educación para la salud en los familiares, se ha conseguido un aumentado de la satisfacción de los mismos con el sistema sanitario (protocolo ad hoc “satisfacción calidad de los cuidados”), así como una mayor colaboración en los cuidados del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Johnson, M.; et al. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC: diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. 2ª ed. Madrid: Elsevier, 2006.
2. Heather T, Heath C, Lunney M, Scroggins L, Vassallo B. NANDA Internacional Diagnosticos de enfermería: definiciones y clasificación 2009-2011.9. Barcelona: Elsevier; 2010.
3. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson I. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4ªed. Madrid: Elsevier; 2008.
4. Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey J. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5ªed.Madrid: Elsevier; 2009.



EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA EDUCATIVO DIRIGIDO A PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE TRASTORNO MENTAL SEVERO.

AUTORES

M^a Isabel Márquez-Romero; Dolores Miguel-Ruiz; Juan Roldán-Merino; Isabel Cabellos-García; Josefina García-Morales y M^a Ángeles Cervantes-Caparrós

PALABRAS CLAVE

Trastorno Mental Severo; Diagnósticos de Enfermería; Educación sanitaria;

INTRODUCCIÓN

Las personas afectas de Trastorno Mental Severo (TMS) presentan escasa o nula conciencia de enfermedad, con un alto grado de incumplimiento del tratamiento, una disminución de la capacidad funcional, un deterioro en la calidad de vida y un aumento de recaídas y reingresos. El objetivo principal de esta investigación fue la aplicación y evaluación de un programa de educación sanitaria basado en los diagnósticos enfermeros más prevalentes que presentan los pacientes con TMS, hospitalizados en una unidad de agudos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio de intervención realizado en un hospital psiquiátrico de Barcelona, durante el primer semestre de 2011 y se incluyeron 120 pacientes.

Fases del estudio:

1^a fase.- Valoración de enfermería basada en el modelo de Virginia Henderson (VH) a un grupo de pacientes.

2^a fase.- Consenso por un grupo de expertos de los diagnósticos de enfermería (DE) más prevalentes, a partir de la valoración de enfermería. Posteriormente se diseñó el programa de educación y el contenido de cada uno de los módulos educativos.

3^a fase.- Aplicación y evaluación del programa educativo.

Análisis de comparación de los DE al inicio y final de la intervención.

RESULTADOS

El tamaño final de la muestra fue de 120 sujetos, el 54,1% han sido hombres y más del 50% tenían una edad inferior a 30 años. El 53,8% presentaban diagnóstico de esquizofrenia. El análisis de las variaciones en los diagnósticos que presentaban los pacientes antes y después de la intervención, fueron de mejoría, siendo el déficit de actividades recreativas, deterioro de la interacción social y el de ansiedad los diagnósticos enfermeros que presentaron mejores resultados.

CONCLUSIONES

La aplicación de un programa de educación sanitaria basado en los diagnósticos enfermeros más prevalentes que presentan los pacientes con TMS, favorece la adquisición de habilidades y mejora la relación sociofamiliar de los pacientes.



BIBLIOGRAFÍA

- Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey JC. Clasificación de intervenciones de enfermería (CIE). Madrid: Elsevier, 5ª edición 2008.
- Morread S, Jonhson, M. (etal). Clasificación de resultados de enfermería (NOC). Madrid: Elsevier, 2005 4ª. edición 2008
- NANDA. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2007-2008. Madrid: Elsevier, 2007
- Casas M, Bruguera E, Roncero C y San L (2007). Consenso de la Sociedad Española de Psiquiatría sobre el consumo de cannabis. Barcelona: Glosa, S.L.
- Patología dual. Rev. Infonova. Julio/Agosto 2009 15(2) [En línea] [fecha de acceso: 10 de Agosto 2010] URL disponible en <http://www.dianova.es/docs/infonova/Infonova15.pdf>.
- Hasin D, Trautman K, Mièle GM, Samet S, Smith M, Endicott J. Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders (PRISM): reliability for substance abusers. Am J Psychiatry 1996; 153: 1195-1201.



PLAN DE CUIDADOS AL ALTA DEL PACIENTE CON OSTOMÍA DE ELIMINACIÓN INTESTINAL

AUTORES

María Jesús Pérez-Taboada, María José Ferreira-Díaz, Alfredo Moreno-Alegre

PALABRAS CLAVE

Ostomía, plan de cuidados,

INTRODUCCIÓN

Los pacientes sometidos a ostomía de eliminación intestinal, han sido sometidos a una intervención quirúrgica, en muchos casos se enfrentan a un diagnóstico de cáncer y su imagen corporal se ve agredida.

Estos pacientes no solo necesitan saber realizar el cambio de bolsa de su ostomía, sino que requieren de los profesionales asesoramiento y cuidado en todos los aspectos que puedan verse afectados después de la intervención quirúrgica.

Los cuidados van desde darle conocimientos, adiestrarle en habilidades y potenciar sus actitudes para adaptarse a su nueva situación.

OBJETIVO

Realizar un plan de cuidados estandarizado para los pacientes con ostomía de eliminación intestinal al alta.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza un revisión bibliográfica y basándonos en nuestra experiencia, se realizó un plan de cuidados estandarizado para estos pacientes utilizando la taxonomía NANDA, NIC, NOC

RESULTADOS

DIAGNÓSTICO: Manejo inefectivo del régimen terapéutico (00078)

NOC: Enseñanza: Régimen Terapéutico (1813)

NIC: Enseñanza procedimiento/tratamiento (5618)

DIAGNÓSTICO: Desequilibrio nutricional por defecto (00002)

NOC: Estado nutricional (1004)

NIC: Asesoramiento nutricional (5246)

DIAGNÓSTICO: Riesgo de deterioro de la integridad cutánea (00047)

NOC: Integridad tisular: piel y membranas mucosas (1101)

NIC: Cuidado de la ostomía (0480)

DIAGNÓSTICO: Incontinencia fecal (00014)

NOC: Eliminación intestinal (0501)

NIC: Manejo intestinal (0430)

DIAGNÓSTICO: Transtorno de la imagen corporal (00118)

NOC: Imagen corporal (1200)

NIC: Potenciación de la imagen corporal (5220)



DIAGNÓSTICO: Deterioro del patrón del sueño (00095)

NOC: Sueño (0004)

NIC: Fomentar el sueño (1850)

DIAGNÓSTICO: Disfunción sexual (00059)

NOC: Funcionamiento sexual (0119)

NIC: Asesoramiento sexual (5248)

DIAGNÓSTICO: Afrontamiento inefectivo (00069)

NOC: Superación de problemas (1302)

NIC: Aumentar el afrontamiento (5230)

DIAGNÓSTICO: Riesgo de sufrimiento espiritual (00067)

NOC: Bienestar espiritual (2001)

NIC: Clarificación de valores (5480)

CONCLUSIONES

La planificación de cuidados a los pacientes portadores de una ostomía de eliminación intestinal, será clave para el seguimiento y cuidado de estos pacientes. La información, formación, curación, motivación, apoyo y ayuda permitirá elevar el nivel de salud de las personas ostomizadas.

BIBLIOGRAFÍA

Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE)- Nursing Outcomes Classification (NOC). Johnson M., Maas M. Moorhead S. Edit Elsevier. Segunda edición
Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE) – Nursing Interventions Classification (NIC). Mc Closkey JC., Bulechek G. M., Edit Elsevier. Tercera Edición
Diagnósticos Enfermeros, Resultados e Intervenciones. Interrelaciones NANDA, NOC, y NIC. Johnson M., Bulechek G y cols. Edit Elsevier. Primer Edición



EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN ENSEÑANZA: GRUPO EN PACIENTES RENALES CON DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA NUTRICIÓN

AUTORES

Josep M^a Gutiérrez-Vilaplana, Iluminada Arias-Rodríguez, Luisa Guitard-Echaluce, Mateu Blanch-Olaya, Elisabet Samsó-Piñol, Lourdes Craver-Hospital.

PALABRAS CLAVE

Enseñanza: Grupo
Enfermedad renal Crónica
Disposición para mejorar la nutrición

INTRODUCCIÓN

Las diferentes guías de las sociedades científicas, recomiendan el abordaje integral y multidisciplinario de los aspectos nutricionales del paciente renal. La incorporación de cocineros profesionales puede contribuir a mejorar la calidad de nuestra dieta.

OBJETIVO

Evaluar la intervención 3S-5604 Enseñanza: grupo, en pacientes con enfermedad renal crónica y el diagnóstico 00163 Disposición para mejorar la nutrición.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo de una cohorte intervenida de 35 pacientes con enfermedad renal crónica estadios 4 y 5 con 00163 Disposición para mejorar la nutrición.

La totalidad de la muestra recibió la intervención 5604 Enseñanza: grupo, realizada en un restaurante por un equipo multidisciplinario en el que se incluyó un xef de cocina.

Los indicadores de resultado analizados para el evaluar el resultado;S-1802 Conocimiento dieta fueron:

- 180207 Descripción de las comidas que deben evitarse
- 180212 Desarrollo de estrategias para cambiar los hábitos alimentarios
- 180213 Desarrollo de planes dietéticos para situaciones sociales

Se realizó una estadística descriptiva de las variables pre y post intervención. Se calculo la media y desviación estándar.

RESULTADOS

Evaluación del resultado de enfermería; S-1802 Conocimiento dieta tras la intervención:

- 180207 Descripción de las comidas que deben evitarse, mejoró en el 28% (n=10) de los pacientes
- 180212 Desarrollo de estrategias para cambiar los hábitos alimentarios, mejoró en el 91,4% (n=32) de los pacientes



180213 Desarrollo de planes dietéticos para situaciones sociales, mejoró en el 74,3% (n=26) de los pacientes

CONCLUSIONES

La intervención 3S-5604 Enseñanza: grupo para el resultado de enfermería; S-1802 Conocimiento dieta, mejoró los indicadores de resultado: 80212 Desarrollo de estrategias para cambiar los hábitos alimentarios y 180213 Desarrollo de planes dietéticos para situaciones sociales, en los pacientes con 00163 Disposición para mejorar la nutrición de la muestra del estudio.

Las intervenciones enfermeras permiten integrar a otros profesionales en su implementación con lo que se puede contribuir a mejorar los resultados.

BIBLIOGRAFÍA

National Kidney Foundation. Kidney disease Outcomes. Qualitive initiative. Clinical Practise guidelines for nutrition chronic renal failure. Adult guidelines. B Advanced chronic renal failure without dialysis. Am Kidney Dis 2000, 35; (Supl. 2):S56-S65.

Herdman T. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2009-2011 Ed. Elsevier. Madrid. 2009

Guías SEN para el manejo de la enfermedad renal crónica avanzada y prediálisis. Nefrología (2008) Supl 3, 95-99.

Cueto AM, Martínez HR, Cortés L. Management of chronic kidney disease: primary health-care setting, self-care and multidisciplinary approach. Clinical nephrology. 2010 Nov;74 Suppl 1:S99-104

Marrón B, Craver L, Remón C, Prieto M., Gutiérrez JM, Ortiz A. 'Reality and desire' in the care of advanced chronic kidney disease. NDT Plus (2010) 3(5): 431-435

Gutiérrez JM, Samsó E, Cosi J, Ibars P, Craver L. Evaluación de la intervención enseñanza: grupo en la consulta de enfermedad renal crónica avanzada Rev Soc Esp Enferm Nefrol 2007; 10 (4): 280/285

Johnson M, Bulechek G, Butcher H, McCloskey J, Maas M, Moorhead S, Swanson E "Interrelaciones NANDA, NOC y NIC". Ed Elsevier. Barcelona 2007.

McCloskey J. Bulechek G. "Clasificación de intervenciones de Enfermería (CIE)" Ed. Harcourt Mosby. Madrid. 2002.

Johnson M. Maas M. Moorhead S. "Clasificación de resultados de Enfermería (CRE)" Ed. Harcourt Mosby. Madrid. 2002.

ANÁLISIS DE LA PRODUCCIÓN CIENTÍFICA RELACIONADA CON METODOLOGÍA ENFERMERA PUBLICADA EN ENE. REVISTA DE ENFERMERÍA.

AUTORES

Martín Rodríguez-Álvaro, Pedro Ruymán Brito-Brito, Cristina Toledo-Rosell, Alfonso Miguel García-Hernández.

PALABRAS CLAVE

ENE. Revista de Enfermería / Bibliometría / Revistas científicas / Documentación / Metodología Enfermera

INTRODUCCIÓN

ENE es una publicación de enfermería de origen canario. De carácter independiente y acceso gratuito en la red su repercusión ha ido creciendo en los gracias a su indexación en diferentes bases de datos y repertorios digitales

El Objetivo del presente trabajo es analizar la producción científica relacionada con Metodología Enfermera publicada en ENE. en el periodo 2007-2012, determinando productividad, colaboración, área temática, tipo de artículo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo longitudinal y retrospectivo de los artículos. Análisis: Descriptivo con explotación simple mediante agrupación de variables.

RESULTADOS

Resultados Generales ENE 2007-2012:

143 artículos.

Ámbito profesional: Asistencial (65,25%), 22,70% Docente).

Origen: Comunidad Canaria (48.65%), presencia de otras 11 comunidades y 4 países además de España (EEUU. Brasil, México y Cuba). Colaboración: 1,97 autores/artículo.

Área temática: Médico Quirúrgica (20,18%), Salud Mental (18,35%) y Enfermería Familiar-Comunitaria (13,76%). Tipo: revisiones (34,86%), originales (26,61%) y Casos Clínicos (21,10%). Media Referencias/Artículo:11,77.

Resultados Artículos relacionados con M. E.: Excluyendo los Casos Clínicos (21,10%): 4 relacionados directamente con M. E (9.79%). Ámbito: Asistencial 86% (43% Especializada, 43% Primaria), 14% Docente. Colaboración: 2.36 autores/artículo. Tipo: I originales (50%), revisiones (36%) y Programas, guías y protocolos (14%). Media de Referencias: 19.86.

CONCLUSIONES

En base a los datos obtenidos, consideramos que ENE da un peso específico importante a los artículos relacionados con Metodología Enfermería, si bien es cierto que sería necesario establecer comparaciones con revistas referentes de nuestro entorno. Respecto al índice de colaboración obtenido (2.36) es destacable que sea



PLAN DE CUIDADOS ADAPTADO AL LENGUAJE NNN: A PROPÓSITO DE UN CASO

AUTORES

Noelia González-Marcos; Miguel Ángel Iglesias-Blanco; David Peña-Otero; Almudena Santano-Magariño; Sandra Panigua-Vivas; Manuel Jesús Ruiz-Enestrosa-Campos

INTRODUCCIÓN

A lo largo de la historia enfermera, los cuidados enfermeros han ido evolucionando de acuerdo al tipo de necesidades de los pacientes que estaban a su cargo. En un principio la enfermería basaba sus cuidados en un método de carácter médico, asociado directamente al diagnóstico médico y su tratamiento, con una orientación hacia la enfermedad (1). Pero con el tiempo ha sido a la propia enfermería a la que se la ha presentado la necesidad de buscar modelos de actuación enfermera centrados en el paciente y en el método utilizado para solucionar los problemas, siendo necesaria la relación entre la práctica, la investigación, la docencia y la administración de enfermería.

Los diferentes autores han definido estos procesos de enfermería de diferentes maneras, así encontramos la definición de “aplicación de la ciencia de solución de problemas a los cuidados de enfermería” (2), o “método sistemático de toma de decisiones y planificación de cuidados de enfermería” (3), o la definición de Roper (4) como “proceso de solución de problemas de una forma racional y científica”. Pese a que esta variedad de definiciones nos puede llevar a pensar que existe una división dentro del colectivo enfermero, por no existir un plan maestro donde se encajen todos y cada uno de ellos, debemos pensar lo contrario. Debemos pensar que todas y cada una de las definiciones tienen un nexo común, y es que se basan en un planteamiento crítico y reflexivo (5). El colectivo enfermero sigue buscando hoy con gran empeño la manera de unificar y universalizar los procesos enfermeros tomando lo mejor de cada uno de ellos para finalmente proporcionar un cuidado individualizado.

Los modelos de enfermería son meras representaciones de la realidad de la práctica enfermera. Las enfermeras y los modelos se basan en cuatro conceptos, los metaparadigmas: la persona que recibe los cuidados, el entorno en el que existe la persona, el continuum salud/enfermedad en el que se encuentra la persona cuando se pone en contacto con la enfermera y por último las propias acciones de enfermería (6). En torno a estos cuatro conceptos y las diferentes relaciones entre ellos es en lo que se basan los diferentes modelos de enfermería que se han definido a lo largo de los años. Ninguno es más o menos bueno, sino que cada profesional escoge bajo su criterio el que más se adapta a sus necesidades como profesional del cuidado dentro de las características de su contexto laboral.

A continuación hacemos una breve exposición de los diferentes modelos enfermeros que se centran más en uno u otro de los cuatro conceptos citados anteriormente:

- Modelos de Interacción: basados en la interacción enfermera-paciente y en su comunicación, autoconcepto y rol. Autores: Orlando (1961)(7), Travelbee (1971)(8), Rhiel (1980)(9), King (1981)(10).



realidad clínica actual al modelo propuesto, centrándonos en aquellas intervenciones enfermeras más propias de su modelo, pero sin olvidar que, Florence Nigthingale es, sin duda, el antecedente de modelos posteriores.

Con el desarrollo de todos estos modelos de enfermería y su aplicación en diferentes ámbitos laborales enfermeros, nació la necesidad de unificar y estandarizar el lenguaje enfermero; un lenguaje enfermero que ha de ser uniforme y que sirva para diferentes propósitos: (20)

Proporcionar un lenguaje a los profesionales de enfermería para comunicar lo que realizan entre ellos mismos, con los profesionales sanitarios y con la población.

Permite la recogida y análisis de la información, documentando la contribución enfermera al cuidado del paciente.

Facilita la evaluación y mejora de cuidados enfermeros.

Favorece el desarrollo del conocimiento enfermero.

Permite el desarrollo de sistemas electrónicos de información clínica y de registro electrónico del paciente.

Proporciona información sobre las políticas organizativas y públicas respecto a la atención sanitaria y enfermera.

Facilita la enseñanza de toma de decisiones clínicas a los estudiantes enfermeros.

Por todo ello, la American Nurses Association (ANA) decide iniciar este laborioso trabajo en la década de los años 70, comenzando a elaborar los Diagnósticos (North American Nurses Diagnosis Association: NANDA) y posteriormente las Intervenciones con la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (Nursing Interventions Classification: NIC) y los Resultados con la Clasificación de Resultados de Enfermería (Nursing Outcomes Classification: NOC).

Es en 1973 cuando un grupo de enfermeras (dirigido por Kristie Gebbie y Mary Ann Lavin) se reúne en St. Louis, Missouri y organizan su Primera Conferencia Nacional sobre la Clasificación de Diagnósticos enfermeros (First National Conference for the Classification of Nursing Diagnosis). A partir de ahí, ha ido evolucionando y se ha reconocido su labor a nivel internacional, estando actualmente traducida la terminología NANDA a 9 idiomas y siendo conocida y utilizada cada vez por más profesionales enfermeros, en más de 20 países del todo el mundo.

El primer reconocimiento profesional de los diagnósticos enfermeros se llevó a cabo en 1980 cuando la ANA publicó Nursing: A Social Policy Statement, donde manifiesta que “la enfermería es el diagnóstico y tratamiento de respuestas humanas a problemas de salud reales o potenciales” (21). Es en 1995 cuando añaden a esta definición (22), que “los diagnósticos van a facilitar la comunicación entre los profesionales sanitarios y los usuarios y proporcionan una dirección inicial en la elección de tratamientos y la posterior evaluación de resultados de los cuidados”. Este uso de la clasificación NANDA permite la comparación de estudios de investigación entre profesionales enfermeros a nivel incluso internacional, lo cual abre un campo hasta ahora inexplorado por el colectivo profesional enfermero.

En 1982 ya se habían desarrollado y aceptado 50 diagnósticos enfermeros, que en las primeras conferencias no se ponían de acuerdo en cómo clasificarlas, por lo que se hace alfabéticamente hasta 1986. En posteriores conferencias, dirigidas por Callista Roy deciden clasificarlos por un método inductivo agrupándolos en los nueve Patrones



del Hombre Unitario, que representan las manifestaciones del hombre y su entorno (23). Entre la sexta y séptima conferencia se critica esta clasificación y se sustituye por otra más familiar que es la de los Patrones de Respuesta Humana, que se mantiene hasta la decimocuarta conferencia donde se aprobó la Taxonomía II. Tras la conferencia de 1994, se pide permiso a la doctora Gordon e inicia una nueva estructura taxonómica, la de los Patrones Funcionales de Salud, que pasaron a llamarse Dominios. Finalmente, tras el resultado de todo el proceso de adaptación, la Taxonomía II está compuesta por 13 Dominios, 46 Clases, 106 conceptos diagnósticos y 155 Diagnósticos (23). En la decimocuarta conferencia del 2002 se añadieron 12 diagnósticos, por lo que actualmente el número total aceptado es de 167 diagnósticos. Es en este año cuando la palabra NANDA deja de ser un acrónimo para convertirse en una marca registrada: NANDA International, cuyo principal objetivo seguía siendo el desarrollo y el perfeccionamiento de los diagnósticos enfermeros y la formación de una taxonomía diagnóstica propia. Actualmente está en uso la Taxonomía II publicada en 2009-2011, que consta de 13 Dominios, 47 Clases y 206 Diagnósticos.

Hoy en día la NANDA está dirigiendo su esfuerzo al desarrollo de la Clasificación Internacional de la Práctica Enfermera (International Classification of Nursing Practice, INCP), en colaboración y apoyo de la OMS y el CIE (Consejo Internacional de Enfermeras), con el fin de apoyar su clasificación y contribuir al esfuerzo de crear una terminología propia para su uso en todo el mundo.

Este año se celebra la Conferencia Bienal de 40º aniversario de NANDA-I: definiendo el conocimiento de enfermería – Iniciativas internacionales para la excelencia Clínica.

La Clasificación de las Intervenciones de Enfermería (NIC) se inició por un equipo de investigación en 1987 al cargo de Joanne McCloskey y Gloria Bulechek (24) en la Universidad de Iowa. Buscaban una Clasificación de las intervenciones enfermeras estandarizada. La primera clasificación de publicó en 1992 con 336 intervenciones, la segunda en 1996 con 433 y la tercera en el 2000 con 486. Hoy en día toda la información actualizada sobre la NIC está disponible en <http://www.nursisng.uiowa.edu/cnc> Se ha traducido a 5 idiomas y está en proceso de traducción de otros 5. Pretendían obtener una lista de indicadores que se pueden medir para documentar el progreso hacia una meta deseada.

La Clasificación de los Resultados de Enfermería (NOC) se inició por un grupo de investigadores en 1991, encabezado por Marion Johnson y Meridean Maas (25), en la Universidad de Iowa. Buscaban una Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC), una clasificación global y estandarizada de los resultados del paciente que puede utilizarse para evaluar los resultados de las intervenciones enfermeras. La primera clasificación de 1997 contenía 190 resultados, y la segunda en el 2000, 260. Se ha traducido a 4 idiomas y está en proceso de traducción de otros 4. La información actual sobre la NOC la podemos encontrar en <http://www.nursing.uiowa.edu/cnc/>

Estas tres clasificaciones NANDA, NIC y NOC pueden y deben interrelacionarse para ayudar a documentar de manera estandarizada los trabajos de investigación a nivel internacional, para desarrollar en docencia procesos de toma de decisiones clínicas, por supuesto para la práctica clínica enfermera, así como el desarrollo de softwares para sistemas electrónicos de información enfermera, y para desarrollar teorías enfermeras. Estas interrelaciones entre diagnósticos, resultados e intervenciones están



siendo estandarizadas por autores (20), las cuales han de servir únicamente como guías de actuación a la hora de desarrollar planes de cuidados, y tiene que tenerse en cuenta que la enfermera debe evaluar continuamente la situación y ajustar los diagnósticos, resultados en intervenciones para adaptarlos a las necesidades únicas de cada uno de los pacientes o poblaciones.

Los lenguajes estandarizados facilitan la recolección sistemática de información necesaria para la toma de decisiones y la comunicación de la información sobre la efectividad del cuidado (26). Cuando estos lenguajes sean utilizados por todos los enfermeros y sean universales:

La documentación de enfermería será idéntica en todas las Instituciones.

Se enseñará de la misma forma en todas las Escuelas de Enfermería.

Mejorará la comunicación entre los enfermeros y entre enfermero / paciente, asegurando la calidad y continuidad de los cuidados.

Ayudará a la toma de decisiones por parte de los gestores.

Permitirá desarrollar los sistemas de información de cuidados.

Se podrán imputar costes del cuidado enfermero.

Podrá compararse el coste-efectividad de los cuidados entre los distintos profesionales y los diferentes centros.

El trabajo de los enfermeros de diferentes países podrá compararse y mejorarse

PALABRAS CLAVE

Diagnóstico Enfermero, Intervención Enfermera, Resultado Enfermero.

Actualidad en Investigación

Cada día son más los estudios de investigación que se realizan utilizando como base el lenguaje estandarizado NANDA-NIC-NOC (NNN), lo cual nos indica el interés creciente del colectivo científico en este apartado de la enfermería. Aunque los estudios son aún escasos y de pequeña envergadura, sí nos dejan ver la amplia necesidad de formación de la enfermería para llegar a desarrollar los planes de cuidados (28). Realizando una intervención educativa a la enfermería se observa una mejora cualitativa en la elaboración de los planes de cuidados, lo cual refleja el gran desconocimiento generalizado de los lenguajes NNN y de su utilidad.

La revisión de textos de enfermería, revistas, conferencias, programas y sitios web nos revela que la Práctica Enfermera Basada en la Evidencia se está convirtiendo en el estándar de los cuidados de enfermería, pero esto no implica que existan muchos estudios que combinen la enfermería basada en la evidencia con el uso de lenguaje estandarizados para la elaboración de planes de cuidados mediante sistemas informatizados (29).

Se han realizado estudios (30) de búsqueda literaria comprobando en bases de datos como Medline-pubmed si se utiliza el lenguaje estandarizado en la enfermería basada en la evidencia y se ha comprobado que aún no hay mucha literatura porque el uso de las taxonomías enfermeras aún no está muy extendido y/o aún no está indexado en la base de datos MEDLINE. Otros autores (31) consideran que al igual que el médico utiliza un modelo basado en la evidencia para hacer un diagnóstico médico, las enfermeras también deben usar un modelo basado en la evidencia, y consideran que

- Tromboembolismo pulmonar bilateral en 2005 y 2007 con hipertensión pulmonar secundaria (PSAP de 45 MMHG),
Hepatitis B.

- Tumor quístico mucinoso /seroso en páncreas.

Anemia en relación con síndrome mielodisplásico que precisa soporte transfusional.

- Desnutrición.

Tratamiento

- Ciclofosfamida (ciclos incompletos),

- Metotrexato® y

- Micofenolato mofetilo, y

- Control parcial de la actividad inflamatoria con ciclos periódicos de Rituximab®.

Antecedentes quirúrgicos:

- Amputaciones de dedos en 2007 y amputación infracondílea bilateral de miembros inferiores en septiembre de 2008.

- Fractura pertrocantérea de fémur derecho en julio de 2008 complicada.

- Gastrectomía por ulcus pilórico.

- Resección transuretral prostática.

- Intervenido de cataratas.

Ingreso

Ingresa en nuestro servicio de Reumatología el 3 diciembre de 2008 por síndrome febril, sugestivo de actividad de su panarteritis nodosa de base y probable complicación infecciosa a nivel del muñón derecho de su cirugía previa.

Se trató en principio con corticoterapia y se administró la dosis correspondiente de Rituximab®, con mejoría clínica.

Alta

El 23 de diciembre, ante la situación más estable del paciente y tras solicitar interconsulta con el Servicio de Hospitalización a Domicilio, se valora seguir tratamiento domiciliario, para control de estado clínico y cuidados de enfermería.

Tratamiento al alta:

- Prednisona 20 mg diarios,

- Pantoprazol 1 comp. día ,

- Natecal D® 1 comp,

- Lyrica® 75 mg/24 h,

- Seroxat® 2 comp/24 h.,

- Neurontín® 400 mg/12 h.,

- Folaxín® 1 comp día,

- Adiro® 100 mg/día,

- Actonel® 1 comp /día,

- Ferrogradumet® 1 comp./día ,

- Tranxilium® 15 mg/ 24 h,

- Sintrom® ½ comp. /día,

- Paracetamol si dolor/ 8 h.,

- MST® 30µgr/24 h,

- Sevredol® 1 comp./ día,

- Ciprofloxacino 500mg/12 h. ,



- Utilizar ejercicio de movimientos articulares activos para aliviar la tensión muscular.
 - Facilitar actividades de recreo que induzcan calma para favorecer la relajación.
 - Fomentar la siesta.
 - Ayudar al paciente a programar periodos de descanso adecuados a su patrón
 - Evitar realizar actividades enfermeras de cuidados durante los periodos de descanso programados.
 - Planificar las actividades enfermeras para los periodos en los que el paciente tiene más energía.
 - Ayudar al paciente a sentarse en el borde de la cama.
 - Ayudar en las actividades físicas normales (traslados cama-silla-sillón, giros y cuidado personal).
 - Controlar la administración y efecto de los estimulantes y sedantes.
 - Favorecer la actividad física adecuada (terapia ocupacional).
 - Enseñar al paciente y al cuidador principal aquellas técnicas de autocuidados que minimicen el consumo de oxígeno (técnicas de auto monitorización y por pasos en la realización de las actividades diarias).
 - Instruir al paciente / cuidador principal a reconocer los signos y síntomas de fatiga que requieran una disminución de la actividad.
 - Instruir al paciente / cuidador principal a notificar a la enfermera si signos y síntomas alterados.
 - Ayudar al paciente a comprender los principios de conservación de la energía (requisitos para la restricción de actividad o reposo en cama).
 - Ayudar al paciente a priorizar las actividades para acomodar los niveles de energía.
 - Ayudar al paciente a establecer metas realistas de actividades.
 - Ayudar al paciente a elegir actividades que reconstruyan la resistencia de forma gradual.
 - Ayudar al paciente a limitar el sueño diurno proporcionando actividades que fomenten el estar despierto de forma plena, si procede.
 - Evaluar el aumento programado de los niveles de actividades.
- Facilitar ejercicios sistemáticos de extensión muscular lenta y mantenimiento con posterior relajación con el fin de preparar los músculos y articulaciones para ejercicios más vigorosos o para aumentar la flexibilidad corporal.
- Obtener el permiso médico para instaurar un plan de ejercicios de extensión, si es necesario.
 - Ayudar a explorar las propias ideas, motivación y nivel de la forma física neuromusculoesquelética del paciente.
 - Ayudar a desarrollar metas realistas a corto y largo plazo en función del nivel de forma física y el estilo de vida actuales.
 - Proporcionar información sobre los cambios en la estructura musculoesquelética relacionados con la amputación, el envejecimiento en la estructura neuromusculoesquelética y los efectos de la falta de uso.
 - Proporcionar información sobre las opciones de secuencia, actividades de extensión específicas, tiempo y lugar.
 - Ayudar a desarrollar un programa de ejercicios coherente con la situación y motivación del paciente.



- Ayudar a desarrollar un plan de ejercicios que incorpore una secuencia ordenada de movimientos de extensión, aumentos en la fase de mantenimiento del movimiento y aumentos en el número de repeticiones de cada movimiento de extensión – mantenimiento lento, coherente con el nivel de estado físico músculo esquelético o de alguna patología presente.
- Enseñar que hay que comenzar la rutina de ejercicios por los grupos de músculos / articulaciones que estén menos rígidos o lesionas y cambiar gradualmente a los grupos de músculos / articulaciones más limitados.
- Enseñar a extender lentamente el músculo/articulación hasta el punto de extensión máximo (o punto de razonable molestia) manteniendo la extensión durante el tiempo especificado y posteriormente relajar lentamente los músculos extendidos.
- Enseñar a evitar movimientos rápidos, de fuerza o de rebote para impedir la estimulación excesiva del reflejo miostático o el dolor muscular excesivo.
- Enseñar la forma de controlar el propio seguimiento del programa y su evolución hacia las metas fijadas (aumento del arco de movimiento de articulaciones, conciencia de la liberación de la tensión muscular, aumento de la duración de la fase de mantenimiento y del número de repeticiones del ejercicio sin dolor ni fatiga y aumento de la tolerancia al ejercicio vigoroso).
- Proporcionar instrucciones ilustradas, escritas, que puedan llevarse a casa, de cada componente de los movimientos.
- Realizar demostraciones de los ejercicios, si es preciso.
- Controlar el cumplimiento de las técnicas y del programa en el tiempo y lugar de seguimiento determinados.
- Controlar la tolerancia al ejercicio (presencia de síntomas tales como falta de aire, pulso rápido, palidez, mareos y dolor o inflamación muscular) durante el mismo.
- Volver a evaluar el plan si persisten los síntomas de poca tolerancia al ejercicio después del cese del mismo.
- Colaborar con el cuidador principal en la planificación, enseñanza y control de un plan de ejercicios.

Movimiento deliberado del paciente o de una parte corporal para proporcionar el bienestar fisiológico y/o psicológico.

- Colocar sobre un colchón / cama terapéuticos.
- Proporcionar un colchón firme.
- Explicar al paciente que se le va a cambiar de posición, si procede.
- Animar al paciente a participar en los cambios de posición, si procede.
- Vigilar el estado de oxigenación antes y después del cambio de posición.
- Pre medicar al paciente antes de cambiarlo de posición, si procede.
- Colocar en la posición terapéutica indicada.
- Incorporar en el plan de cuidados la posición preferida del paciente para dormir, si no está contraindicada.
- Colocar en posición de alineación corporal correcta.
- Fomentar la realización de ejercicios activos de margen de movimientos.
- Proporcionar un apoyo adecuado para el cuello.
- Evitar colocar al paciente en una posición que le aumente el dolor.
- Evitar la colocación de los muñones de amputación en posición flexionada.

- Considerar la disponibilidad del paciente a participar, capacidad de participar, preferencias, apoyo del método por parte de los seres queridos y contraindicaciones al seleccionar una estrategia de alivio del dolor.
- Seleccionar y desarrollar aquellas medidas (farmacológica, no farmacológica e interpersonal) que facilite el alivio del dolor, si procede.
- Considerar el tipo y la fuente del dolor al seleccionar una estrategia de alivio del mismo.
- Animar al paciente a vigilar su propio dolor y a intervenir en consecuencia.
- Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas (retroalimentación, estimulación nerviosa eléctrica transcutánea, hipnosis, relajación, capacidad de imaginación guiada, terapia musical, distracción, terapia de juegos, terapia de actividad, acupresión, aplicación de calor / frío y masajes) antes, después y si fuera posible, durante las actividades dolorosas; antes de que se produzca el dolor o de que aumente; y junto con las medidas de alivio del dolor.
- Colaborar con el paciente, seres queridos y demás cuidadores para seleccionar y desarrollar las medidas no farmacológicas del alivio del dolor, si procede.
- Proporcionar a la persona un alivio del dolor óptimo mediante analgésicos prescritos.
- Poner en práctica el uso de la analgesia controlada por el paciente, si se considera oportuno.
- Utilizar medidas de control del dolor antes de que el dolor sea severo.
- Mediar antes de una actividad para aumentar la participación, aunque valorando el peligro de la sedación.
- Asegurar las estrategias de analgesia de penetración y/o no farmacológica antes de los procedimientos dolorosos.
- Verificar el nivel de molestia con el paciente, anotar los cambios en el registro médico e informar a otros cuidadores que trabajen con el paciente.
- Evaluar la eficacia de las medidas de alivio del dolor a través de una valoración continua de la experiencia dolorosa.
- Instaurar y modificar las medidas de control del dolor en función de la respuesta del paciente.
- Fomentar períodos de descanso / sueño adecuados que faciliten el alivio del dolor.
- Alentar al paciente a que discuta la experiencia dolorosa, si es el caso.
- Notificar al médico si las medidas no tienen éxito o si la queja actual constituye un cambio significativo en las experiencias pasadas del dolor del paciente.
- Informar a otros cuidadores / miembros de la familia sobre las estrategias no farmacológicas utilizadas por el paciente para fomentar actitudes preventivas en el manejo del dolor.
- Utilizar un enfoque multidisciplinar al manejo del dolor, cuando corresponda.
- Considerar la posibilidad de remitir al paciente, familia y seres queridos a grupos de apoyo y otros recursos existentes.
- Proporcionar una información veraz para alentar el conocimiento y respuesta de la familia a la experiencia del dolor.
- Integrar a la familia en la modalidad de alivio del dolor, si fuera posible.
- Monitorizar el grado de satisfacción del paciente con el control del dolor a intervalos especificados.



Prevención de la formación de úlceras por presión

- Utilizar una herramienta de valoración de riesgo establecida para valorar los factores de riesgo del paciente
- Registrar el estado de la piel durante el ingreso y luego a diario.
- Vigilar estrechamente cualquier zona enrojecida.
- Eliminar la humedad excesiva en la piel causada por la transpiración y el drenaje de heridas
- Aplicar barreras de protección como cremas o compresas absorbentes, para eliminar el exceso de humedad, si procede.
- Inspeccionar la piel de las prominencias óseas y demás puntos de presión al cambiar de posición al menos una vez al día.
- Evitar dar masajes en los puntos de presión enrojecidos.
- Colocar al paciente en posición ayudándose con almohadas para elevar los puntos de presión encima del colchón.
- Mantener la ropa de la cama limpia, seca y sin arrugas.
- Hacer la cama con pliegues para rodillas.
- Utilizar camas y colchones especiales, si procede.
- Evitar mecanismos de tipo flotadores para la zona sacra.
- Humedecer la piel seca, intacta.
- Evitar el agua caliente y utilizar jabón suave para el baño.
- Vigilar las fuentes de presión y de fricción.
- Proporcionar con frecuencia cambios del peso corporal.
- Controlar la movilidad y la actividad del paciente.
- Asegurar una nutrición adecuada, especialmente proteínas, vitamina B y C, hierro y calorías por medio de suplementos, si es preciso.
- Enseñar a los miembros de la familia / cuidador a vigilar si hay signos de ruptura de la piel, si procede.

Diagnóstico 2: Ingesta de nutrientes insuficiente para satisfacer las necesidades metabólicas.

Resultados:

- Determinar el estado nutricional y la ingestión de nutrientes, alimentos y peso del paciente

Intervenciones:

Ayuda o proporcionar una dieta equilibrada de sólidos y líquidos

- Determinar las preferencias de comidas del paciente
 - Proporcionar al paciente alimentos nutritivos, ricos en calorías y proteínas y bebidas que puedan consumirse fácilmente, si procede.
 - Realizar una selección de comidas.
 - Ajustar la dieta al estilo del paciente
 - Comprobar la ingesta realizada para ver el contenido nutricional y calórico.
 - Pesar al paciente a intervalos adecuados.
 - Determinar la capacidad del paciente para satisfacer sus necesidades nutricionales
- Utilización de un proceso de ayuda interactivo centrado en la necesidad de actuar sobre apetito
- Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.



- Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados de paciente.
- Utilizar mascarilla quirúrgica si traslado de paciente fuera de habitación
- Utilizar mascarilla de alto filtro para personal sanitario y cuidador principal
- Poner en práctica precauciones universales.
- Llevar bata durante la manipulación de material infeccioso.
- Manejo adecuado de secreciones y residuos generados por el paciente
- Garantizar una manipulación aséptica de todas las líneas IV.
- Asegurar una técnica adecuada para el cuidado de heridas.
- Administrar terapia de antibióticos.
- Instruir al paciente y familia acerca de los signos y síntomas de infección y cuándo debe informarse de ellos al cuidador.
- Enseñar al paciente y a la familia, a evitar infecciones.

Prevención de la infección en un paciente de riesgo

- Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada.
- Observar el grado de vulnerabilidad del paciente a las infecciones.
- Limitar el número de visitas.
- Analizar todas las visitas por si se padecen enfermedades transmisibles.
- Mantener las normas de asepsia para el paciente de riesgo.
- Realizar técnicas de aislamiento respiratorio.
- Inspeccionar la existencia de enrojecimiento, calor externo o drenaje en muñones.
- Inspeccionar el estado de herida quirúrgica.
- Obtener muestras para realizar un cultivo si supuración, edema.
- Fomentar una ingesta nutricional suficiente.
- Facilitar el descanso.
- Observar si hay malestar.
- Enseñar al paciente a tomar los antibióticos tal como se ha prescrito.
- Instruir al paciente y familiares acerca de los signos y síntomas de la infección y cuándo debe informar de ellos al cuidador.
- Enseñar al paciente y a la familia a evitar infecciones.
- Retirar las flores y plantas de la habitación del paciente, si procede.
- Proporcionar una habitación privada.
- Informar de la situación al personal de control de infecciones.
- Informar sobre los resultados de cultivos positivos y negativización de los mismos al personal de control de infecciones.
- realizar control sobre familiares expuestos.

Prevención de complicaciones de las heridas y estimulación de la curación de las mismas.

- Despegar los apósitos y limpiar los restos de las heridas.
- Anotar las características de la herida.
- Anotar las características de cualquier drenaje producido.
- Masajear la zona alrededor de la herida para estimular la circulación.
- Aplicar un ungüento adecuado a la piel / lesión si procede.
- Vendar de forma adecuada.
- Aplicar un vendaje oclusivo.
- Inspeccionar la herida cada vez que se realiza el cambio de vendaje.



- Colocar en la posición terapéutica indicada.
- Incorporar en el plan de cuidados la posición preferida del paciente para dormir, si no está contraindicada.
- Colocar en posición de alineación corporal correcta.
- Inmovilizar o apoyar la parte corporal afectada, si procede.
- Elevar la parte afectada, si está indicado.
- Colocar en posición para el alivio de disnea (posición de semi- Fowler), cuando corresponda.
- Poner apoyos en las zonas edematosas (almohadas debajo de los brazos y apoyo de escroto), si procede.
- Colocar en una posición que facilite la ventilación / perfusión (pulmones abajo), si resulta apropiado.
- Fomentar la realización de ejercicios activos de margen de movimientos.
- Proporcionar un apoyo adecuado para el cuello.
- Evitar colocar al paciente en una posición que le aumente el dolor.
- Evitar la colocación del muñón de amputación en posición flexionada.
- colocar elevación en rodillas, evitando flexión del muñón.
- Minimizar el roce al cambiar la posición del paciente.
- Colocar una tabla para los pies a la cama.
- Girar mediante la técnica de hacer rodar troncos.
- Colocar en una posición que evite tensiones sobre la herida, si es el caso.
- Colocar un respaldo, si procede.
- Elevar el miembro afectado 20o o más, por encima del nivel del corazón, para mejorar el retorno venoso, si procede.
- Enseñar al paciente a adoptar una buena postura y a utilizar una buena mecánica corporal mientras realiza cualquier actividad.
- Elevar el cabecero de la cama, si no resulta contraindicado.
- Realizar los giros según lo indique el estado de la piel.
- Desarrollar un programa escrito para el reposicionamiento, si procede.
- colocar si solicita triángulo sobre cama para movilización corporal
- Colocar los objetos de uso frecuente al alcance.
- Colocar el interruptor de posición de la cama al alcance de la mano.
- Colocar la luz de llamada al alcance.
- Minimizar la presión sobre las partes corporales.
- Vestir al paciente con prendas no ajustadas.
- Abstenerse de aplicar presión a la parte corporal afectada.
- Administrar fricciones en la espalda / cuello, si está indicado.
- Elevar extremidades.
- Facilitar pequeños cambios del peso corporal.
- Observar si hay zonas de enrojecimiento o solución de continuidad en la piel.
- Comprobar la movilidad y actividad del paciente.
- Utilizar una herramienta de valoración de riesgo establecido para vigilar factores de riesgo del paciente -- Utilizar los dispositivos adecuados para mantener prominencias óseas libres de presiones continuas.
- Hacer la cama con pliegues para rodillas



- Aclarar las normas de visitas con los miembros de la familia / seres queridos.
- Aclarar las normas sobre permanencias por la noche de miembros de la familia / seres queridos.
- Aclarar la comprensión por parte de la familia del estado del paciente.
- Establecer las responsabilidades y actividades de la familia / seres queridos para ayudar al paciente, como, por ejemplo, alimentar al paciente.
- Establecer horas de visitas óptimas por parte de la familia / seres queridos.
- Explicar el fundamento de la limitación del tiempo de visitas.
- Evaluar periódicamente tanto con el paciente como con la familia las visitas realizadas en relación con las necesidades del paciente / familia y revisar en consecuencia.
- Explicar a los visitantes, incluyendo niños, si procede, lo que pueden esperar ver y oír antes de su primera visita al hospital.
- Explicar el procedimiento realizado.
- Animar a los miembros de la familia a utilizar el contacto físico, así como las comunicaciones verbales, si procede.
- Proporcionar una silla a pie de cama.
- Ser flexibles con las visitas al mismo tiempo que se facilitan periodos de descanso.
- Controlar periódicamente las respuestas del paciente a las visitas de la familia.
- Tomar nota de los indicios verbales y no verbales del paciente respecto a las visitas.
- Facilitar la visita de los niños, si procede.
- Seleccionar los visitantes, especialmente los niños, por razones de enfermedades transmisibles, antes de la visita.
- Proporcionar apoyo y aprecio a los miembros de la familia después de la visita, si es necesario.
- Ofrecer a la familia el número de teléfono de la unidad para que llamen desde su casa.
- Informar a la familia de que un cuidador los llamará a casa si se produce algún cambio importante en el estado del paciente.
- Preparar un sitio para que los familiares puedan dormir cerca del paciente, si procede.
- Responder a las preguntas y dar explicaciones de los cuidados en términos que los visitantes puedan entender.
- Transmitir sentimientos de aceptación a los visitantes.
- Facilitar el encuentro / consulta con el médico y otros cuidadores.
- Hacer preguntas a los visitantes, incluyendo los niños, después de las visitas.

Diagnóstico 7: Trastorno de la cantidad y calidad del sueño

Resultados:

- vigilar patrón sueño
- vigilar sueño efectivo
- controlar ansiedad
- vigilar comodidad
- vigilar dolor

Intervenciones:

Facilitar ciclos regulares de sueño / vigilia.



- Determinar el esquema de sueño / vigilia del paciente.
 - Incluir el ciclo regular de sueño / vigilia del paciente en la planificación de cuidados.
 - Determinar los efectos que tiene la medicación del paciente en el esquema de sueño.
 - Observar / registrar el esquema y números de horas de sueño del paciente.
 - Comprobar el esquema de sueño del paciente y observar las circunstancias físicas (apnea del sueño, vías aéreas obstruidas, dolor / molestias y frecuencia urinaria) y/o psicológicas (miedo o ansiedad), que interrumpen el sueño.
 - Controlar la participación en actividades que causan fatiga durante la vigilia para evitar cansancio en exceso.
 - Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón y cama), para favorecer el sueño.
 - Establecer una rutina a la hora de irse a la cama que facilite la transición del estado de vigilia al de sueño.
 - Facilitar el mantenimiento de las rutinas habituales del paciente a la hora de irse a la cama, indicios de presueño y objetos familiares.
 - Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama.
 - Ayudar al paciente a limitar el sueño durante el día disponiendo una actividad que favorezca la vigilia, si procede.
 - Enseñar al paciente a realizar una relajación muscular autogénica u otras formas no farmacológicas de inducción del sueño.
 - Disponer / llevar a cabo medidas agradables: masajes, colocación y contacto afectuoso.
 - Fomentar el aumento de las horas de sueño si fuera necesario.
 - Disponer siestecillas durante el día, si se indica, para cumplir con las necesidades del sueño.
 - Agrupar las actividades para minimizar el número de despertares.
 - Ajustar el programa de administración de medicamentos para apoyar el ciclo de sueño / vigilia del paciente.
 - Fomentar el uso de medicamentos para dormir que no contengan supresores de la fase REM.
 - Regular los estímulos del ambiente para mantener los ciclos día-noche normales.
 - Comentar con el paciente y la familia, medidas de comodidad, técnicas para favorecer el sueño y cambios en el estilo de vida que contribuyan a un sueño óptimo.
- Manipulación del entorno del paciente para facilitar una comodidad óptima.
- Seleccionar un compañero de habitación que tenga preocupaciones ambientales similares.
 - Limitar las visitas a las aceptadas por el paciente
 - Traslado del paciente a la habitación habitual de ingreso del paciente en cuanto sea posible.
 - Evitar interrupciones innecesarias y permitir periodos de reposo.
 - Determinar las fuentes de incomodidad, como vendajes mojados o constrictivos, posición de la sonda, ropa de cama arrugada y factores ambientales irritantes.
 - Proporcionar una cama limpia y cómoda.
 - Ajustar la temperatura ambiental que sea más cómoda para la persona, si fuera posible.



- Proporcionar o retirar las mantas para fomentar comodidad en cuanto a la temperatura, si es el caso.
- Evitar exposiciones innecesarias, corrientes, exceso de calefacción o frío.
- Ajustar la iluminación de forma que se adapte a las actividades de la persona, evitando la luz directa en los ojos.
- Controlar o evitar ruidos indeseables o excesivos, en lo posible.
- Facilitar medidas de higiene para mantener la comodidad de la persona (secar las cejas, aplicar cremas dérmicas o limpieza corporal, del pelo y la cavidad bucal).
- Colocar al paciente de forma que se facilite la comodidad (utilizando principios de alineación corporal, apoyo con almohadas, apoyo de las articulaciones durante el movimiento, tablillas inmovilizadoras para la parte dolorida del cuerpo).
- Vigilar la piel, especialmente en las prominencias corporales, por si hubiera signos de presión o irritación.
- Evitar exponer la piel o las membranas mucosas a factores irritantes (cuña o drenaje de heridas).

Diagnóstico 8: Deterioro de la habilidad de la persona para realizar o completar por sí misma las actividades de baño / higiene

Resultados:

-conseguir la autorrealización de cuidados personales: higiene, vestido, actividades de la vida diaria.

Intervenciones:

Ayudar al paciente a realizar la higiene personal

- Colocar toallas, jabón, desodorante, equipo de afeitado y demás accesorios necesarios a pie de cama o en el baño.
- Proporcionar los objetos personales deseados (desodorante, cepillo de dientes y jabón de baño).
- Facilitar que el paciente se cepille los dientes.
- Facilitar que el paciente se bañe él mismo.
- Comprobar la limpieza de uñas, según la capacidad de autocuidados del paciente.
- Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir los autocuidados en función de la limitación presente.

Proporcionar la necesaria información, recomendación y apoyo para facilitar los cuidados primarios al paciente por parte de una persona distinta del profesional de cuidados sanitarios.

- Determinar el nivel de conocimientos del cuidador.
- Determinar la aceptación del cuidador de su papel.
- Aceptar las expresiones de emoción negativa.
- Estudiar junto con el cuidador los puntos fuertes y débiles.
- Reconocer la dependencia que tiene el paciente del cuidador.
- Animar la aceptación de independencia entre los miembros de la familia.
- Controlar los problemas de interacción de la familia en relación con los cuidados del paciente.
- Proporcionar información sobre el estado del paciente de acuerdo con las preferencias del paciente.



- Enseñar al cuidador la terapia del paciente de acuerdo con las preferencias del paciente.
- Observar si hay indicios de estrés.
- Enseñar al cuidador técnicas de manejo del estrés.
- Educar al cuidador sobre los procesos de quejas.
- Apoyar al cuidador mediante procesos de quejas.
- Animar al cuidador a participar en grupos de apoyo.
- Enseñar al cuidador estrategias de mantenimiento de cuidados sanitarios para sostener la propia salud física y mental.
- Informar al cuidador sobre recursos de cuidados sanitarios y comunitarios.
- Enseñar al cuidador estrategias para acceder y sacar el máximo provecho de los recursos de cuidados sanitarios y comunitarios.
- Actuar en lugar del cuidador si se hace evidente una sobrecarga de trabajo.

Diagnóstico 9: Deterioro de la capacidad de la persona para realizar por sí misma las actividades de uso del orinal o WC.

Resultados:

- capacidad para utilizar el inodoro.

Intervenciones:

- establecer pauta de movilización cama-silla de ruedas-WC
- identificar zonas de riesgo
- retirar objetos que obstaculicen movimiento
- identificar puntos de apoyo para traslado

Diagnóstico 10: Fracaso o prolongación en el uso de respuestas intelectuales y emocionales mediante las que los individuos, familias y comunidades tratan de superar el proceso de modificación del autoconcepto provocado por la percepción de una pérdida.

Resultados:

- acciones para controlar los factores estresantes
- adaptación a la pérdida

Intervenciones:

Ayudar al paciente a adaptarse a los factores estresantes, cambios

- Valorar el ajuste del paciente a los cambios de imagen corporal.
- Valorar el impacto en la situación vital del paciente en los papeles y relaciones.
- Alentar al paciente a encontrar una descripción realista del cambio de papel.
- Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad.
- Valorar y discutir las respuestas alternativas a la situación.
- Utilizar un enfoque sereno, de reafirmación.
- Disponer un ambiente de aceptación.
- Ayudar al paciente a desarrollar una valoración objetiva del acontecimiento.
- Ayudar al paciente a identificar la información que más le interese obtener.
- Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
- Proporcionar al paciente elecciones realistas sobre ciertos aspectos de los cuidados de enfermería.



Diagnóstico 1: 00040 Riesgo de síndrome de desuso: riesgo de deterioro de los sistemas corporales a consecuencia de la inactividad músculoesquelética prescrita o evitable.

(Dominio 4: Actividad/Reposo, Clase 2: Actividad/Ejercicio)

Resultados NOC	Intervenciones NIC
<ul style="list-style-type: none"> - 0204 Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas - 0205 Consecuencias de la inmovilidad: psicocognitivas - 0208 Nivel de movilidad - 0001 Resistencia 	<ul style="list-style-type: none"> - 0180 Manejo de energía - 0840 Cambio de posición - 0201 Fomento de ejercicios: entrenamiento - 1480 Masaje simple - 3540 Prevención de úlceras por presión - 0224 Terapia de ejercicios: movilidad articular - 0226 Terapia de ejercicios: control muscular - 3590 Vigilancia de la piel - 0840 Cambio de posición: silla de ruedas - 6490 Prevención de caídas

Diagnóstico 2: 00002 Nutrición: desequilibrio por defecto: ingesta de nutrientes insuficiente para satisfacer necesidades metabólicas.

(Dominio 2: Nutrición, Clase I: Ingestión)

Resultados NOC	Intervenciones NIC
<ul style="list-style-type: none"> - 1612 Control de peso - 1004 Estado Nutricional 	<ul style="list-style-type: none"> - 1030 Manejo de los trastornos de la alimentación - 5246 Asesoramiento nutricional - 1100 Manejo de la nutrición - 1260 Manejo del peso - 1160 Monitorización nutricional - 5614 Enseñanza: dieta prescrita - 4420 Acuerdo con el paciente - 5606 Enseñanza individual - 4410 Establecimiento de objetivos comunes - 4360 Modificación de la conducta

Diagnóstico 3: 0004 Riesgo de infección: aumento de riesgo de ser invadido por microorganismos patógenos.

(Dominio 11: Seguridad/protección, Clase 1: Infección)

No aparecen ni resultados ni intervenciones relacionadas con este diagnóstico en la bibliografía consultada.

Diagnóstico 4:



4.1. 00082 Manejo efectivo de régimen terapéutico: el patrón de regulación e integración en la vida diaria de la persona de un programa para el tratamiento de la enfermedad y de sus secuelas es satisfactorio para alcanzar objetivos específicos de salud.

(Dominio 1: Promoción de la salud, Clase 2: Manejo de la salud)

Resultados NOC	Intervenciones NIC
<ul style="list-style-type: none"> - 1601 Conducta de cumplimiento - 1813 Conocimiento: Régimen terapéutico - 2605 Participación de la familia en la asistencia sanitaria profesional 	<ul style="list-style-type: none"> - 4420 Acuerdo con el paciente - 8180 Consulta por teléfono - 5616 Enseñanza medicamentos prescritos - 8190 Seguimiento telefónico - 5618 Enseñanza procedimiento/tratamiento - 5520 Facilitar el aprendizaje - 7110 Fomento de la implicación familiar - 5510 Educación sanitaria - 7140 Apoyo a la familia - 7040 Apoyo al cuidador principal

4.2: 00035 Riesgo de Lesión: riesgo de lesión como consecuencia a la interacción de condiciones ambientales con los recursos adaptativos y defensivos de la persona.

(Dominio 11: Seguridad/protección, Clase 2: Lesión física)

Resultados NOC	Intervenciones NIC
<ul style="list-style-type: none"> - 1910 Conducta de seguridad: ambiente físico del hogar - 1911 Conducta de seguridad personal 	<ul style="list-style-type: none"> - 7180 Asistencia en el mantenimiento del hogar - 6480 Manejo ambiental: seguridad - 6610 Identificación de riesgos - 5510 Educación sanitaria - 6490 Prevención de caídas - 6654 Vigilancia: seguridad

Diagnóstico 5: 00047 Riesgo de deterioro de integridad cutánea: riesgo de que la piel se vea negativamente afectada.

(Dominio 11: Seguridad/protección, Clase 2: Lesión física)

Resultados NOC	Intervenciones NIC
<ul style="list-style-type: none"> - 0204 Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas 	<ul style="list-style-type: none"> - 0740 Cuidados del paciente encamado - 3500 Manejo de presiones - 0840 Cambio de posición - 0846 Cambio de posición: silla de ruedas - 4104 Cuidados del embolismo: periférico - 0202 Fomento de ejercicios: extensión



	<ul style="list-style-type: none"> - 1480 Masaje simple - 4110 Precauciones en el embolismo - 4070 Precauciones circulatorias - 3540 Prevención de UPP - 0226 Terapia de ejercicios: control muscular - 0224 Terapia de ejercicios: movilidad articular - 3590 Vigilancia de la piel - 3584 Cuidados de la piel - 6650 Vigilancia
--	--

Diagnóstico 6: 00054 Riesgo de soledad: riesgo de experimentar una vaga disforia.
(Dominio 6: Auto percepción, Clase 1: Auto concepto)

Resultados NOC	Intervenciones NIC
- 1503 Implicación social	<ul style="list-style-type: none"> - 5100 Potenciación de la socialización - 7560 Facilitar las visitas - 5220 Potenciación de la imagen corporal

Diagnóstico 7: 00095 Deterioro del patrón del sueño: trastorno de la cantidad y calidad del sueño (suspensión de la conciencia periódica, natural) limitado en el tiempo.
(Dominio 4: Actividad/reposo, Clase 1: Reposo/sueño)

Resultados NOC	Intervenciones NIC
- 0004 Sueño	<ul style="list-style-type: none"> - 1850 Fomentar el sueño - 2300 Administración de medicación - 0200 Fomento del ejercicio - 6480 Manejo ambiental: confort - 2380 Manejo de la medicación

Diagnóstico 8: 00108 Déficit de autocuidado: baño/higiene: deterioro de la habilidad de la persona para realizar o completar por sí misma las actividades de baño/higiene.
(Dominio 4: Actividad/reposo, Clase 2: Actividad/Ejercicio)

Resultados NOC	Intervenciones NIC
<ul style="list-style-type: none"> - 0300 Cuidados personales: Actividades de la vida diaria - 0301 Cuidados personales: Baño - 0305 Cuidados personales: Higiene 	<ul style="list-style-type: none"> - 1801 Ayuda con los autocuidados: baño/higiene - 1800 Ayuda al autocuidado - 4480 Facilitar la autoresponsabilidad - 0180 Manejo de energía - 1680 Cuidado de las uñas - 1640 Cuidado de los oídos

	<ul style="list-style-type: none"> - 1750 Cuidados perineales - 5606 Enseñanza: individual - 6490 Prevención de caídas - 1720 Fomentar la salud bucal
--	---

Diagnóstico 9: 00110 Déficit de autocuidado: uso del wc: deterioro de la capacidad de la persona para realizar o completar por sí misma las actividades del uso del orinal o WC.

(Dominio 4: Actividad/reposo, Clase 2: Actividad/Ejercicio)

Resultados NOC	Intervenciones NIC
<ul style="list-style-type: none"> - 0310 Cuidados personales: uso del inodoro 	<ul style="list-style-type: none"> - 0440 Entrenamiento intestinal - 0410 Cuidados en la incontinencia intestinal: encopresis - 0590 Manejo de la eliminación urinaria - 0430 Manejo intestinal - 0450 Manejo del estreñimiento/impactación

Diagnóstico 10: 00070 Deterioro de Adaptación: incapacidad para modificar el estilo de vida de forma coherente con un cambio en la situación de salud.

(Dominio 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés, Clase 2: Respuestas de afrontamiento)

Resultados NOC	Intervenciones NIC
<ul style="list-style-type: none"> - 1300 Aceptación: estado de salud - 1305 Adaptación psicosocial: cambio de vida - 1603 Conducta de búsqueda de la salud - 1601 Conducta de cumplimiento 	<ul style="list-style-type: none"> - 5270 Apoyo emocional - 5230 Aumentar el afrontamiento - 5440 Aumentar los sistemas de apoyo - 4420 Acuerdo con el paciente

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tras la elaboración de los dos planes de cuidados frente a un mismo caso clínico, se evidencian similitudes y diferencias que a continuación se detallan.

En ambos casos se elabora un plan de cuidados que contiene Diagnósticos, Resultados e Intervenciones. El número de diagnósticos es el mismo en ambos casos, un total de 10, pero en cuanto al número de los resultados e intervenciones hay gran diferencia en cuanto número de ellas y sobre todo y más importante, enguanto al plan de cuidados propuesto.

Los Resultados e Intervenciones del plan de cuidados uno son los elaborados según el modelo de Nightingale y los del plan de cuidados dos están basados en la Taxonomía NANDA-NOC-NIC, tomando como base las recomendaciones de las interrelaciones entre NANDA, NOC Y NIC aportadas por Jonhson et al. (20).



A continuación se reflejan de manera detallada cada diagnóstico con sus interrelaciones:

Diagnóstico 1:

	Resultados	Intervenciones
Plan de Cuidados 1	7	5
Plan de Cuidados 2	3	10

Diagnóstico 2:

	Resultados	Intervenciones
Plan de Cuidados 1	1	2
Plan de Cuidados 2	2	10

Diagnóstico 3:

	Resultados	Intervenciones
Plan de Cuidados 1	5	3
Plan de Cuidados 2	0	0

Diagnóstico 4.1:

	Resultados	Intervenciones
Plan de Cuidados 1	2	4
Plan de Cuidados 2 (4.1)	3	10
Plan de Cuidados 2 (4.2)	2	6

Diagnóstico 5:

	Resultados	Intervenciones
Plan de Cuidados 1	1	4
Plan de Cuidados 2	1	15

Diagnóstico 6:

	Resultados	Intervenciones
Plan de Cuidados 1	1	2
Plan de Cuidados 2	1	3

Diagnóstico 7:

	Resultados	Intervenciones
Plan de Cuidados 1	5	2
Plan de Cuidados 2	1	5

El desarrollo del primer plan de cuidados no necesita de una gran especialización ni manejo de los diagnósticos NANDA, pero si que precisa de mucho más tiempo para su elaboración y posterior interpretación por otros profesionales y poder así realizar una continuidad de cuidados eficaz y eficiente.

Hemos encontrado autores (28,29,32) que denuncian esta escasez de formación en la elaboración de planes de cuidados con lenguaje estandarizado por nuestras enfermeras. Los sistemas de salud deben hacer una intervención educativa concreta tanto a profesionales como a estudiantes de enfermería para aumentar el uso y dominio de los planes de cuidados, que va a permitir una mejora cualitativa y un aumento del número de planes de cuidados elaborados por los profesionales, ya que el dominio de la práctica facilita que se hagan de manera más rápida, sin que nos lleve tanto trabajo y esfuerzo. De igual manera los gestores y los formadores también deben hacer el mismo esfuerzo para educar al personal que tienen a su cargo y unificar criterios curriculares en esta disciplina diagnóstica.

A su vez Kautz y Van Horn demandan sistemas informáticos que incluyan los lenguajes enfermeros para que puedan desarrollarse fácilmente los planes de cuidados en la historia del paciente (29). Estos sistemas informáticos necesitan de una codificación que ya posee el lenguaje NNN, por lo que hace que sea el lenguaje ideal para su inclusión. Es por eso que nuestro Sistema Nacional de Salud, ya se ha hecho eco de esta necesidad y por lo que pide que se incorpore el lenguaje NANDA en los planes de cuidados que se incluyen en el conjunto mínimo de datos desarrollado en el RD 1093/2010. (35)

Sin embargo Carrington (33) hace una denuncia frente al uso de los lenguajes estandarizados mediante sistemas informáticos, ya que ha evidenciado errores semánticos importantes que provocan graves problemas en la comprensión e interpretación de los diagnósticos. Además señala que su uso puede limitar la relación enfermera-paciente.

Por el contrario son muchos los autores (28,29,30,31) que demandan el uso de los planes de cuidados estandarizados para la investigación enfermera y para el desarrollo de planes de cuidados. La enfermería cada vez basa más su trabajo en la evidencia científica, hay un gran interés creciente en nuestro colectivo en este campo, pero aún son muy escasos los estudios científicos que utilicen el lenguaje enfermero estandarizado.

El hecho de que se comience a utilizar este lenguaje estandarizado por todo nuestro Sistema Nacional de Salud, y en otros países, va a servir de base para el desarrollo de la investigación enfermera, ya que hasta ahora es imposible hacer estudios comparativos enfermeros por la disparidad de lenguajes y criterios utilizados en la elaboración de los planes de cuidados. De igual manera esta obligación servirá de impulso en la formación del desarrollo de planes de cuidados con el lenguaje estandarizado en todo el personal enfermero de nuestro sistema sanitario. También ayudará a utilizar el mismo lenguaje en la elaboración de guías clínicas de actuación, que será de gran importancia para facilitar la fluidez de la información entre instituciones sanitarias.

Todos los datos que se puedan recoger en las historias clínicas digitales acerca de los cuidados enfermeros sirven de base de datos para que la administración tenga conocimiento de cual es realmente la calidad del cuidado enfermero en las distintas



instituciones, el tiempo que la enfermería dedica a esta tarea, y por lo tanto deducir cual es su costo para que se pueda hacer una valoración bajo la evidencia científica de los recursos humanos necesarios en las diferentes áreas de trabajo enfermero.

En definitiva, tras la realización de este estudio, queda patente que todo trabajo enfermero basado en la Evidencia Científica, utilizando como pilares del desarrollo de su labor diaria los lenguajes estandarizados NANDA, NOC y NIC, va desencadenar mayor calidad en el desarrollo de los planes de cuidados, mayor interés en la investigación científica, facilidad de comparación de la calidad de los cuidados enfermeros en tiempos y lugares diferentes, y por lo tanto mayor divulgación del interés de investigación dentro del colectivo enfermero.

Y por último, esta evidente evolución hacia la calidad total de la enfermería repercutirá positivamente en la calidad del cuidado del paciente, que es el objetivo que a lo largo de la historia han ido buscando nuestros antecesores enfermeros, y el que en la actualidad y en un futuro tendremos siempre presente en nuestra labor diaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Farmer, E. Necesidad de profundizar en los temas. Cap. II: 8-18. Modelos de Enfermería. Kershaw, B., Salvage, J. Doyma S.A., Barcelona. 1988.
2. Marriner, A. The nursing process. St. Louis: CV Mosby CO 1979
3. Mc Farlane, JK., Castledine G. A guide to the practice of nursing using de nursing process. Londres. The CV Mosby Company, 1982.
4. Roper, N. Logan WW., Tierney AJ. The elements of nursing. Edimburgo, Churchill Livingstone, 1976.
5. Proffit P. ed. Documentation of the nursing process: The reason for records. Working group of the documentation of the nursing process, Bern, 8-12 Dcember. Copenhagen: WHO, 1980.
6. Flaskerud JH, & Halloran, AJ. Areas of agreement in nursing theory development. Advances in Nursisng Science, 1980; 3(1):1-7.
7. Orlando IJ. The dynamic nurse – Patient relationship: function process and principles. Nueva York, Pitman, 1961.
8. Travelbee, J. Interpersonal aspects of nursing. Filadelfia, FA Davis, 1971.
9. Riehl J. Conceptual models of nursing practice. Norwalk, CT: Appleton-Century-Crofts, 1980.
10. King, IM. A theory of nursing: system concept process. Nueva York, John Wiley, 1981.
11. Peplau, H. Interpersonal relations in nursing. Nueva York, Pitman USA, 1952.
12. Thibodeau, JA. Nursisng models: análisis and evaluation. Monterey, Calif: Wadsworth Health Sciences Division, 1983.
13. Henderson, V. The nature of nursing. Nueva York, Mc Millan, 1966.
14. Rogers, M. An introduction to the theoretical Basic of nursing. Foiladelfia, FA Davis, 1970.
15. Orem D. Nursing: Concepts of practice. Nueva York, Mc Graw Hill, 1980.
16. Roy, C. Conceptual model of nursing practice. En: Riehl, J., Roy, C., eds. Norwaldk, CT: Appleton-Century-Crofts, 1980.

