



# El Correo AENTDE

Semestre II - 2001 / Vol IV / Número 2

## La AENTDE inicia el proceso de validación de la taxonomía de la NANDA

**El proceso se iniciará estudiando aspectos como la claridad, la coherencia y la capacidad de intervención independiente de la enfermera en el problema que designa la categoría diagnóstica.**

**E**l pasado mes de mayo, la Junta Directiva de AENTDE decidió iniciar el proceso de validación de la taxonomía diagnóstica de la NANDA. El objetivo de este proceso es poder elaborar una recomendación desde AENTDE sobre la taxonomía NANDA (99-00). Para realizar este proceso se encargó a un miembro de la Junta que elaborase un protocolo para iniciar el proceso de validación de contenido de la taxonomía.

Esta línea de trabajo iniciada por la AENTDE se acompaña de la elaboración de un documento sobre la fundamentación teórica del trabajo enfermero con diagnósticos de enfermería. Se está deliberando sobre la mejor definición de diagnóstico de enfermería y se ha realizado una propuesta de definición.

### Definición

Es un juicio clínico, sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad a procesos de la vida/ problemas de salud reales o potenciales, que la enfermera identifica, valida y trata de forma independiente.

Del mismo modo, otro de los aspectos que preocupa a la AENTDE es la diversidad de traducciones que nos encontramos de las etiquetas de la NANDA. Para abordar este tema se realizarán grupos de consenso para que revisen las etiquetas en función de la traducción más adecuada, pero también en función de criterios profesionales, que lleven a acuerdos que per-

mitan normalizar el lenguaje.

Este proceso se ha iniciado desde la propia Junta Directiva y fruto de ello es el borrador de traducción de la taxonomía NANDA 99-00 que se publica en nuestra página web. Se trata de un borrador que está abierto a modificaciones y por ello deseamos la participación de los socios y todas las enfermeras interesadas.

### Validación

El método propuesto para realizar la validez de contenido de la taxonomía por parte de la AENTDE sería una aproximación mixta utilizando aspectos definidos por Grant y Kinney (1992) en la técnica Delphi y el método de Fehring (1986) con las modificaciones de Sparks y Lien-Gieschen (1994). La validación se realizaría en dos fases:

En la primera fase se determinarán las dimensiones de la validez de contenido intrínseca de la etiqueta y su definición. Las dimensiones que se estudiarán son la claridad de la etiqueta y de la definición, la capacidad de intervención independiente, y la coherencia entre la etiqueta y la definición.

En la segunda fase se estudiará la validez de contenido de las etiquetas diagnósticas y sus características definitorias.

**Josep Adolf Guirao Goris**

### SUMARIO

**El trabajo enfermero en los sistemas informáticos**  
👉 pág 4

**Últimas noticias de la CIPE** 👉  
pág. 3

**Guías clínicas**  
👉 pág 6

**Agenda** 👉  
pág 8



[www.ub.es/aentde](http://www.ub.es/aentde)

# Editorial



**El Correo de la AENTDE es el órgano informativo de la Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnóstico de Enfermería**

## COMITÉ DE REDACCIÓN

**Adolf Guirao Goris**  
**Dosi Bardají**  
**Marta Fernández Corcuera**  
**Mercedes Arias Hernández**  
**Lourdes Chocarro**  
**Paloma Salvadore**

## JUNTA DIRECTIVA

**Mercedes Ugalde (Presidenta)**  
**M<sup>a</sup> Isabel Saracíbar (Vicepta)**  
**Dosi Bardají (Secretaria)**  
**Lidia Marbà Mas (Tesorera)**  
**María Girbes Fontana (Vocal I)**  
**M<sup>a</sup> Jesús Ladrón (Vocal II)**  
**Rafael del Pino (Vocal III)**  
**Adolf Guirao (Vocal IV)**  
**Nieves Montesinos (Vocal V)**  
**Rosa González (Vocal VI)**  
**Francisca Pérez (Vocal VII)**

## DIRECCIÓN POSTAL AENTDE

**Escuela de Enfermería**  
**Universitat de Barcelona**  
**Feixa Llarga, s/n**  
**08907 L'Hospitalet**  
**Barcelona**

**TELÉFONO**  
**934 035 731**

**DIRECCIÓN ELECTRÓNICA**  
**aentde@bell.ub.es**

## PÁGINA WEB

**<http://www.ub.es/aentde/>**

**DEPÓSITO LEGAL**

**B-41810-1997**

**ISSN: 1138-350K**

**R**ecientemente se ha publicado la taxonomía II de la NANDA. Como todas las traducciones, tiene aspectos mejorables

y me gustaría realizar algunas apreciaciones al respecto.

Una de las cuestiones que más me ha llamado la atención es la traducción que se ha realizado de ineffective. La autora ha optado por traducir dicho vocablo por el «falso amigo» inefectivo. En castellano, inefectivo no se encuentra en el "Diccionario de la lengua española", de la Real Academia. Se puede considerar que tan venerable institución, a la que cuesta tanto avanzar, todavía no ha recogido dicho término y por ello resulta indicado consultar otras obras de interés como el "Diccionario ideológico de la lengua española", de Julio Casares, o el "Diccionario de uso del español", de María Moliner.

Casares no recoge la voz inefectivo. La más cercana, al igual que en el diccionario de la RAE, es ineficaz, que define como no eficaz. O lo que es lo mismo, falta de eficacia o "virtud, actividad, fuerza y poder para obrar".

María Moliner sí recoge, sin embargo, el vocablo inefectivo, del que dice que es "falto de efecto" y del que aclara que no es lo mismo que falta de eficacia o ineficaz. De ineficaz, la autora aclara que se aplica a las cosas que no producen el efecto que se busca con ellas.

En el caso que nos ocupa, la traducción más idónea para el modificador ineffective será ineficaz. Si recurrimos a un ejemplo, quizá se vea la diferencia de forma más clara:

El caso del afrontamiento ineficaz: el afrontamiento nunca puede ser inefectivo o falta de efecto, porque siempre se produce una respuesta (no afrontar una situación ya es en sí una respuesta). Cuando el afrontamiento se encuentra afectado, lo que en realidad sucede es que el tipo de respuesta producida no llega a conseguir el efecto deseado. Otra de las traducciones que se ha hecho es la del dominio número doce, denominado en inglés confort, por la voz homónima en castellano. Confort, palabra que no está registrada en el diccionario de la Real Academia, toma del francés la grafía y la pronunciación de confort y del inglés su significado: comodidad, regalo, bienestar material. Según Martínez de Sousa (1998), confort es algo más que comodidad y parece acercarse a lo que pudiera llamarse lujo.

En enfermería, el dominio denominado confort se refiere al bienestar y la comodidad física, mental o social. Por ello, es recomendable traducir el vocablo confort del inglés por comodidad, vocablo aceptado por la Real Academia, que significa: conveniencia, conjunto de cosas necesarias para vivir a gusto y con descanso.

Impaired ha sido traducido como deterioro. El deterioro, según el diccionario de la RAE, tiene como acepciones de significado estropear, menoscabar, degenerar, empeorar, sentidos que implican una cierta irreversibilidad en los cambios. En castellano, deteriorar (to deteriorate) es un anglicismo que tiene la acepción de empeorar/degenerar. La NANDA, que desde 2000 edita los resúmenes de su revista "Nursing Diagnosis" en inglés, francés, castellano, portugués y japonés, traduce impaired como trastorno.

Finalmente una de las últimas traducciones que se han realizado es la del término inglés deprivation que se ha traducido literalmente por "deprivación", vocablo inexistente en lengua española y no recogido ni por la RAE ni ninguno de los diccionarios mencionados. La traducción del término deprivation es, según el diccionario "Collins Concise", privación.

## Traducción

**Josep Adolf Guirao Goris**

## BIBLIOGRAFÍA

- Casares, J (1992). Diccionario ideológico de la lengua española. Barcelona: Gustavo Gili
- Varios (1999). Diccionario de la Lengua Española de la Real Academia Española – 21ª ed. Madrid: Espasa Calpe
- Collins Concise Español-Inglés (1996). 2ª Edición. Barcelona: Grijalbo
- Martínez de Sousa, JM (1998). Diccionario de usos y dudas del español actual. Barcelona: Vox.
- Moliner, M (1998). Diccionario de uso del español. Madrid: Gredos

# Últimas noticias de la CIPE

3

## Consejo Internacional de Enfermeras

<http://www.icn.ch/icnpbulletinsp.htm>

### REUNIÓN DEL COMITÉ DE EVALUACIÓN - DICIEMBRE DE 2000

Los miembros del Comité de evaluación de la CIPE® celebraron su primera reunión en Ginebra, en diciembre de 2000. Los miembros del Comité que participaron en la reunión fueron:

- \*Veronica Behn (Chile)
- \*Connie Delaney (EE.UU.)
- \*Dr. Margareta Ehnfors (Suecia)
- \*Geetha Feringa (Botswana)
- \*William Goossen (Países Bajos)
- \*Siriporn Khampalkit (Tailandia)
- \*Personal del CIE:

Amy Coenen, Directora de la CIPE®

Margaret Murphy, Directora de los proyectos de la CIPE® para los países

Fadwa Affara, Consultora

Los miembros del comité examinaron la definición y los objetivos de la CIPE® e hicieron pequeñas revisiones:

### DEFINICIÓN DE LA CIPE®

La CIPE® es una terminología combinatoria para la práctica de enfermería, que facilita la configuración cruzada de términos locales con vocabularios y clasificaciones ya existentes.

### OBJETIVOS DE LA CIPE®:

\*Establecer un lenguaje común para describir la práctica de enfermería con el fin de mejorar la comunicación entre las enfermeras, y entre las enfermeras y otras personas.

\*Representar los conceptos utilizados en la práctica local, los precedentes de otros lenguajes y de otros sectores de especialidad.

\*Describir los cuidados de enfermería prestados a las personas, familias y comunidades de todo el mundo.

\*Hacer posible la comparación de los datos de enfermería entre poblaciones de clientes, contextos, regiones geográficas y tiempos.

\*Fomentar la investigación de enfermería mediante conexiones con los datos disponibles en los sistemas de información de salud y enfermería.

\*Proporcionar datos de la práctica de enfermería para influir en la formación de enfermería y en la elaboración de políticas de salud.

\*Hacer proyecciones de las tendencias de las necesidades de los pacientes, de la prestación de los tratamientos de enfermería, de la utilización de los recursos y de los resultados de los cuidados de enfermería.

### PROCEDIMIENTO DE REVISIÓN DE LA CIPE®

El resultado más importante de la reunión del Comité de evaluación de la CIPE® en diciembre de 2000 fue la creación de un Procedimiento de examen y revisión de la CIPE®. El CIE publicará los resultados de estos trabajos en un folleto en el que se indicará con claridad cómo se puede participar en el desarrollo y evaluación constantes de la CIPE®. Los objetivos de la CIPE® sólo pueden alcanzarse con la participación y contribución de las enfermeras de todo el mundo. El CIE trabaja para facilitar a los numerosos interesados (expertos de la práctica de enfermería, investigadores, formadores, encargados de la elaboración de las políticas, y expertos en informática) posibilidades de participar en la realización de la visión de la CIPE®, de disponer de los datos de enfermería y de utilizarlos en los sistemas de información sobre atención de salud en todo el mundo.

En la fase piloto del procedimiento de examen participaron como revisoras expertas de la práctica de enfermería más de 25 enfermeras de 12 países. Las revisoras facilitaron observaciones, comentarios y recomendaciones sobre los términos y definiciones de la CIPE® recientemente presentados. Sus recomendaciones fueron transmitidas a los miembros del Comité de evaluación de la CIPE® para que siguieran examinándolos.

Si es usted experta en la práctica de enfermería y tiene interés en participar en el procedimiento de examen de la CIPE®, piense que tiene ante sí una oportunidad de prestar servicios de revisora. El CIE invita a las enfermeras a que se ofrezcan voluntariamente como Revisoras de la CIPE® expertas en la práctica de enfermería para ayudar al CIE a revisar los términos y definiciones de la CIPE®. Para más información y para obtener un formulario de solicitud, rogamos consulten el sitio del CIE en la web: <http://www.icn.ch/icnp.htm>

[www.ub.es/aentde](http://www.ub.es/aentde)

EL CORREO AENTDE



Vol IV  
Nº 2



## El programa CRONOS

### Sistema de Información para Atención Primaria



El programa CRONOS (Coordinación de Recursos Orientados a la Nueva Organización Sanitaria) es uno de los programas informáticos utilizados en Canarias, realizado por una empresa Canaria (Técnicas Competitivas) para la provincia de Santa Cruz de Tenerife.

La Historia de Salud informatizada en este programa tiene un diseño cómodo, con un soporte en Windows, que permite un acceso rápido y fácil.

El programa ha incorporado un sistema de llamadas de atención para el cumplimiento de las Normas Técnicas Mínimas, las Vacunas y las alergias del usuario. Sin embargo, los datos que se pueden introducir desde la consulta de enfermería son los derivados de técnicas diagnósticas y constantes vitales (TA, Peso, Talla, IMC, ECG) ya que no se ha creado ningún soporte para la valoración de la enfermera ni recoge los diagnósticos enfermeros de la Taxonomía NANDA.

Para el registro de las vacunas existe un módulo independiente al que se accede bien a través de la historia o desde el área administrativa. Igualmente tiene un módulo independiente para Salud Pública, Salud Exterior e Incapacidad Laboral.

Desde hace varios meses se está llevando a cabo la

unificación del Sistema de Información en el Servicio Canario de Salud (SCS), para lo cual se organizaron varias reuniones con diferentes profesionales sanitarios a los que se les consultó sobre los dos programas informáticos más utilizados en Canarias: el OMI-AP y el CRONOS. Basándose en la opinión de estos profesionales se llegó a la conclusión de que el programa informático que se implementará en Canarias será el CRONOS, tras las modificaciones que sean oportunas realizar.

Actualmente se está negociando la inclusión de una valoración estandarizada, diagnósticos de enfermería según la Taxonomía NANDA I, una clasificación de Intervenciones y planes de cuidados estandarizados, para que pueda ser de utilidad en la consulta de enfermería.

Una vez que se termine este nuevo diseño, se pilotará para valorar su utilidad y la posibilidad de incorporarlo a todas las consultas de los centros de atención primaria y especializada. ¡ Que Dios nos dé salud para verlo!

**Nieves Montesinos**

## El trabajo enfermero en OMI-AP



OMI-AP ( fue creado hace más de 10 años en Osakidetza. Actualmente su implantación en Atención Primaria es mayoritaria, siendo utilizado por mas de 15.000 profesionales del Sistema Sanitario publico.

OMI organiza la información en torno a dos aspectos básicos: los episodios (basados en la codificación del CIAP) y los DGPs (datos generales del paciente).

Si bien resulta eficiente en la mayoría de los supuestos del trabajo médico, a nivel enfermero OMI no ha dispuesto, hasta ahora, de una aplicación dentro del programa que permita utilizar la metodología de enfermería. Esto ha supuesto un gran problema y ha originado el desarrollo de búsqueda de soluciones individuales.

Motivada por la necesidad de cubrir esta deficiencia, la Subdirección General de Atención Primaria (SGAP) creó un grupo de trabajo con el objetivo de buscar soluciones para la informatización de los Diagnósticos y Planes de Cuidados enfermeros.

Este grupo utilizó como punto de partida el documento de la SGAP de Planes de Cuidados Estandarizados de

enfermería de Octubre de 1999 y llegó a los siguientes acuerdos: No encuadrar el trabajo enfermero en un Modelo Teórico de referencia, utilizar los Patrones Funcionales de Gordon, la Taxonomía Diagnostica NANDA, el Sistema de Clasificación de Resultados de enfermería NOC, y el Sistema de Clasificación de Intervenciones enfermeras NIC.

El desarrollo de esta aplicación se está realizando y próximamente se pilotará, si bien existen aspectos técnicos informáticos importantes que resolver antes de que la aplicación sea totalmente operativa y funcional. Desconocemos el proceso que desde la SGAP quieren dar a esta primera versión de la aplicación para enfermería. Consideramos que esta debe facilitar la incorporación de la Metodología de Enfermería en la práctica clínica cotidiana y recoger los consensos de los diferentes grupos que están trabajando en el desarrollo de la Metodología de Enfermería en Atención Primaria.

**Maria Girbes**

# Algunos problemas con la Taxonomía II de la NANDA

Hace unos meses que fue publicada en español la traducción de la Taxonomía II de la NANDA. Teníamos gran ilusión y expectativas por conocer este nuevo trabajo de la NANDA, sin embargo, estas expectativas se han visto en cierta manera frustradas debido a las dificultades de utilización que representan algunos de los cambios que se han producido.

En primer lugar el hecho de que se haya procedido a realizar una nueva traducción de las etiquetas diagnósticas resulta sorprendente, además en esta ocasión no se ha realizado un trabajo previo de consenso para buscar en cada caso el término más adecuado. Si además tenemos en cuenta que la nueva taxonomía sigue un orden alfabético y que ha desaparecido la antigua clasificación por Patrones de Respuesta Humana y sus correspondientes códigos numéricos, nos podemos explicar que las dificultades de búsqueda de las etiquetas diagnósticas en el texto, son importantes. Unido a todo ello, no se han seguido los criterios de concepto marcados por la NANDA para señalar las palabras clave y estas palabras clave también han cambiado con respecto a los anteriores listados alfabéticos. Con esta necesariamente breve explicación, podemos comprender que utilizar el libro de la Taxonomía II en español, se ha complicado sobremanera.

Voy a recomendar algún ejercicio para ilustrar esta afirmación: Buscar las siguientes etiquetas diagnósticas:

- 1ª - Deterioro de la integridad cutánea.
- 2ª - Síndrome traumático de violación.
- 3ª - Síndrome postraumático.
- 4ª - Síndrome de estrés por traslado.
- 5ª - Riesgo de síndrome de desuso.

Con toda lógica, los listados de etiquetas diagnósticas anteriores, planteaban la palabra clave de la 1ª etiqueta en cutánea, la búsqueda en la Taxonomía II es por Integridad. En la 2ª etiqueta, la palabra clave solía ser violación, actualmente es traumático. En la 3ª etiqueta las cosas quedan como estaban y en la 4ª ya no debemos buscar por traslado, sino por estrés. Para finalizar con el ejemplo, sobre la 5ª etiqueta no buscamos por desuso, sino por síndrome. Creo que sobran los comentarios.

## ¿Queda claro cuales son los problemas?

Si revisamos las anteriores etiquetas diagnósticas junto con su original en inglés, observaremos que no existe concordancia o criterio homogéneo para las palabras clave utilizadas en español. (Están subrayadas las palabras clave para la búsqueda por orden alfabético en cada idioma).

- impaired Skin integrity (1.6.2.1.2.1) deterioro de la Integridad cutánea
- Rape-trauma syndrome (9.2.3.1) síndrome Traumático de la violación
- Post-trauma syndrome (9.2.3) síndrome Postr Traumático
- risk for Relocation stress syndrome (6.7) síndrome de Estrés del traslado
- risk for Disuse syndrome (1.6.1.5) riesgo de Síndrome de desuso

Como se puede observar por los ejemplos anteriores, sólo una de las etiquetas tiene en español como palabra clave o término de búsqueda, el mismo que en inglés (postraumático), lo que indica, que no se han seguido los criterios de concepto que marcaba la NANDA.

Todo esto, está dificultando innecesariamente la utilización de la nueva Taxonomía de la NANDA y está influyendo negativamente, también para las búsquedas diagnósticas en la NIC y la NOC, ya que siguen los mismos criterios alfabéticos con las etiquetas diagnósticas de la taxonomía de la NANDA.

## ¿Qué podemos hacer?

Desde la AENTDE, la Asociación Española de Diagnósticos de Enfermería, hemos hecho un gran esfuerzo económico y de trabajo, para poner en marcha el GRUPO NACIONAL PARA EL CONSENSO EN LA TRADUCCIÓN DE LAS ETIQUETAS DE LAS TAXONOMÍAS ENFERMERAS, se trata de poner en marcha un grupo de trabajo a nivel nacional, que se encargue de revisar las traducciones de las etiquetas, no tan solo desde un punto de vista profesional, sino también lingüístico y emita un informe del consenso, para hacerlo llegar a las editoriales y a cuantos organismos consideremos conveniente. En este sentido, todos los socios que estéis interesados, poneros en contacto con Dosi Bardají, secretaria de AENTDE, en la siguiente dirección: <aentde@bell.uib.es>

Entretanto y en orden a la operatividad, podemos recomendar que en una lista alfabética de las antiguas, subrayéis la palabras clave actuales. también será recomendable que ante tanto desbarajuste, al menos durante un tiempo, utilicemos los códigos numéricos antiguos junto a los nuevos. Y en todo caso, se admiten (y ruegan) otras sugerencias.



# Proceso y elaboración de dos guías de práctica clínica de cuidados enfermeros en la Gerencia de Atención Primaria de Murcia

*Paloma Martínez-Del Campo*

Cuando terminé con la presentación oficial de las Guías a la comunidad sanitaria de Murcia: Guía Práctica Clínica de Cuidados de Enfermería al Adulto y Guía de Práctica Clínica de Cuidados de Enfermería al Niño, pensé que ya había terminado el proceso de organizar, sintetizar, y dar a conocer estos documentos. Pero, cual fue mi sorpresa, al encargarme algunas Sociedades científicas, entre ellas AENTDE y Colegio Oficial de Enfermería de Murcia, que escribiera para sus revistas, algún artículo o reseña respecto al tema. Pues bien a todos os dije que sí, comprendía la importancia de hacerlo, sin darme cuenta, que dicho compromiso llevaba implícito el esfuerzo de volver a sintetizar y ordenar las ideas (dependiendo a donde va dirigida cada reseña).

## El inicio

Voy a contaros como he dirigido y hemos escrito las Guías Clínicas de Cuidados, solo con el hecho de recordarlo, me llena de felicidad y a la vez de temor ¿no sé si me entendéis?, es, esa sensación de gusto - dolor o si hablaríamos de sabores: dulce - agrio. Y ¿por qué digo esto?:

"Felicidad" porque he conseguido publicar estos documentos, sin olvidar el buen trabajo realizado por la Comisión y el apoyo de mi Gerencia de A.P. de Murcia, que sin ellos, hubiera sido imposible conseguirlo.

Y cuando hablo de "temor", me refiero a esa gran duda que surge al iniciar un nuevo proyecto en el que se involucra a mucha gente ¿qué ocurrirá después?. Me imagino que esta sensación la habréis tenido más de una vez.

Para contar como se elaboraron, tengo que hablar, de la "planificación del cambio", cambio del trabajo sistemático de enfermería, es decir, de su función independiente como profesional de la salud y del "cambio a través del conocimiento", tengo que remontarme al Plan de Formación Continuada de 1998. Todo empezó con Actividades Formativas que planifiqué sobre la "función independiente" de la enfermera, su responsabilidad en los cuidados enfermeros en el Proceso de Atención de Enfermería, Diagnóstico de Enfermería. En 1999 continué con esta línea de formación continuada: Cursos en Metodología de trabajo enfermera y Seminarios de Diagnósticos de Enfermería (D.E.), estos seminarios tenían como objetivo, ampliar conocimientos y actualizarlos con soportes bibliográficos de evidencias de enfermería. En ellos se presentaban, casos clínicos de pacientes de Atención Primaria.

## La Comisión

Una vez afianzada esta línea formativa, pensé que era el momento de formar un grupo de trabajo y así es como nació, en Mayo 1999, la Comisión Clínica para escribir unas Guías de práctica clínica que facilitara y unificara nuestra Actividad independiente en Atención Primaria(A.P.). Los miembros de esta comisión tenían que reunir los siguientes requisitos:

- Tener experiencia en Atención Primaria (más de 8 años).
- Que trabajaran ó se hubieran formado en metodología de cuidados de enfermería.
- Motivación para trabajar en este tema.
- Adquirir el compromiso de trabajar en las Guías y de reunirse en la Gerencia, durante un período de tiempo mas o menos un año.

- Que los enfermeros de esta comisión, procedieran de diferentes Centros de Salud (C.S.) de esta Gerencia, unos rurales y otros urbanos. (La Gerencia de Murcia es la más grande a nivel nacional, tiene 45 C.S. con diversos puntos periféricos respectivamente, estas zonas básicas de salud están atendidas por aproximadamente 500 enfermeras) (Perfil que consideré oportuno como criterios de inclusión)

La propia comisión trabajó su nombre de identificación como grupo de trabajo y por consenso fue: Comisión Enfermera en Metodología de cuidados en Atención Primaria.

## El trabajo

Proceso de elaboración de las guías fue aproximadamente de 10 meses, mediante jornadas de trabajo, con técnicas cualitativas para fomentar la participación de sus miembros: Lluvia de ideas, grupos discusión y técnica de consenso. El objetivo de trabajo, como ya he comentado era diseñar unos documentos sencillos y operativos que nos facilitara el trabajo enfermera con la metodología del Proceso de Atención de Enfermería y no desde las patologías ni de los servicios de nuestra cartera, sino que fuera un documento amplio y general, que lo pudieran utilizar en diferentes Centros de Salud y compatible con la cartera de servicio de INSALUD.

De manera que se trabajó el modelo de "valoración de patrones funcionales" de M.Gordon, porque valía para cualquier modelo de cuidados de enfermería y porque también se trabajaba a nivel central de Madrid.



☞ Viene de página 6

La dinámica de trabajo para cada sesión era, primero cada enfermero hacía su trabajo individual y después se exponía a la comisión. De manera que para cada Patrón Funcional, la comisión identificó aquellos Diagnósticos y Factores relacionados más prevalentes en Atención Primaria. Por tanto, tras el consenso obtuvimos en total 30 Diagnósticos de Enfermería que formarían la Guía de práctica clínica de cuidados al niño y 36 Diagnósticos para la de adulto.

A partir de aquí se repartieron entre los enfermeros dichos diagnósticos para dar prioridad a objetivos y planes de cuidados respectivamente.

Se volvieron a consensuar tanto los objetivos como los planes de cuidados y siempre recordando los recursos que disponemos tanto nosotros cómo las personas que atendemos, (pacientes o cuidadores principales de nuestras consultas de Atención Primaria.)

En aquellos Planes de cuidados que era interesante desarrollar algún protocolo, que facilitara la intervención para conseguir el objetivo marcado, se desarrollaron anexos, estos se encuentran al final de los documentos.

También se incluyeron en las Guías, unos indicadores de evaluación, de manera, que al año de trabajar con ellas, obtendremos datos de nuestro trabajo de cuidados planificados enfermeros. Y por tanto, estos indicadores, nos permitirán hacer investigaciones (parcela olvidada por enfermería, no puedo dejar esto de pasada sin hacer una llamada de atención, debemos de investigar mucho más y que mejor que hacerlo, en nuestra propia disciplina).

### **La implementación**

Las investigaciones que realizaremos serán sobre el proceso de implementación de las Guías y sobre resultados de cuidados planificados.

En estos momentos me encuentro en la fase de análisis de "resistencia al cambio", fase importante cuando se insta un método nuevo y no todo el mundo se adapta al cambio de igual manera.

Bueno, este ha sido un resumen del proceso de elaboración y publicación de las guías, espero que os sea de ayuda (como lo está siendo para la Enfermería de Murcia) y también un trabajo de referencia para hacer algo similar.

Paloma Martinez-Del Campo  
Subdirectora de Enfermería. Unidad Docente

[www.ub.es/aentde](http://www.ub.es/aentde)



## **IV Symposium Internacional de Diagnósticos de Enfermería**

*Hacia la excelencia  
de los cuidados  
desde el razonamiento  
diagnóstico.*

A Coruña,  
9 y 10 de mayo de 2001  
Palacio de la Ópera

7

**El meridiano de los  
diagnósticos**

**EL CORREO AENTDE**



**Vol IV  
Nº 2**

# Agenda

Mayo 2002

**3ª CONFERENCIA NANDA, NIC & NOC**  
**Chicago, 11-14 de Abril 2002**

Para más información contactar  
con AENTDE  
[aentde@bell.ub.es](mailto:aentde@bell.ub.es)

**Visita AENTDE**  
**[www.ub.es/aentde](http://www.ub.es/aentde)**



**IV Simposium**  
**Internacional de**  
**Diagnósticos de**  
**Enfermería**

A Coruña,  
9 y 10 de mayo de 2002

Escuela de Enfermería  
Universitat de Barcelona  
C/ Felixa Llarga, s/n  
08907 L'Hospitalet

