



TALLER DE VINCULACIÓN AL CSMA EN UNA UNIDAD DE AGUDOS

MT. Delgado, MJ Gómez, MC Rubio, MC Vílchez

Benito Menni CASM, Sant Boi, Barcelona

Introducción

El seguimiento del paciente en el CASM (Centro de Salud Mental de Adultos) tras el alta hospitalaria asegura el control de su evolución y tratamiento ayudando a disminuir el número de ingresos.

La información ofrecida durante el ingreso hospitalario facilita la asistencia a las visitas ambulatorias aumentando la vinculación al dispositivo comunitario y asegurando la continuidad asistencial.

Objetivos

General

Aumentar la vinculación del paciente al CSMA

Específicos

- Sensibilizar al paciente de la necesidad de un control y seguimiento al alta.
- Dar información sobre las características y funcionamiento del CSMA.

Desarrollo- Actividades

Enfermería realiza un taller donde se ofrece información al paciente próximo al alta sobre los CSMA, abordando diferentes temas centrados en conceptos definidos de forma sencilla y concreta:

1-Conciencia de enfermedad y seguimiento médico: La patología por la que han precisado un ingreso hospitalario en un centro de Salud requerirá un seguimiento ambulatorio tras el alta y así poder ver la evolución de su enfermedad y del tratamiento farmacológico prescrito.

El seguimiento es imprescindible, ya que requiere un tratamiento que no debe interrumpirse aunque haya mejoría. Si se produce el abandono del tratamiento hay mayor posibilidad de recaídas (ingresos) y a mayor número de recaídas peor pronóstico en la evolución.

2-Definición de las características de un CSMA:

Centro que ofrece atención ambulatoria a personas que presentan un trastorno mental y a sus familias

3-Definición del personal del CSMA:

Está formado por psiquiatras, psicólogos, enfermeras y trabajadoras sociales.

4-Definición de la asistencia que ofrece el CSMA:

- Centro de referencia para consultas sobre el tratamiento y evolución-
- Seguimiento individualizado.
- Administración del tratamiento depot

5- Información al alta hospitalaria:

- Fecha de la próxima visita en el CSMA
- Tríptico informativo
- Recuerdo telefónico el día anterior a la 1ª visita al CSMA, tras el alta

Criterios de inclusión

- Pacientes con alta próxima programada
- Pacientes con diagnóstico médico de Psicosis y Esquizofrenia
- Presencia de los diagnósticos de Enfermería según Taxonomía NANDA II:

| DIAGNÓSTICOS | NOC | NIC |
|--|--|---|
| 1-Mantenimiento inefectivo de la salud (00099) | 1.1-Autogestión en los cuidados (1613) 1.2-Conocimiento: fomento de salud(1823) 1.3 Soporte social (1504) | 1.1.1-Facilitar la autorresponsabilidad (4480) 1.2.1- Educación sanitaria(5510) 1.2.2 – Enseñanza: Individual (5606) 13.1- Aumentar los sistemas de apoyo (5440) 1.3.2- Fomento de la implicación familiar (7110) |
| 2-Incumplimiento del tratamiento (00079) | 2.1-Conducta de cumplimiento (1601) 2.2-Conducta terapéutica: enfermedad o lesión (1609) 2.3- Control del síntoma (1608) | 2.1.1- Establecimiento de objetivos comunes (4410) 2.2.1- Enseñanza: Proceso de enfermedad (5602) 2.3.1-Ayuda en la modificación de sí mismo (4470) |
| 3- Manejo inefectivo del régimen terapéutico (00078) | 3.1- Conocimiento: régimen terapéutico (1813) 3.2-Participación: Decisiones sobre asistencia sanitaria (1606) | 3.1.1- Enseñanza: Procedimientos /Tratamiento (5618) 3.2.1- Apoyo en la toma de decisiones (5250) 3.2.2- Guías del sistema sanitario (7400) |

Conclusiones-Evaluación

En el taller de vinculación al CSMA hemos trabajado tres DIAGNÓSTICOS de enfermería, desarrollando NOC y NIC, para que el usuario adquiriera información sobre la unidad de destino (CSMA) y conciencia de la necesidad de un seguimiento ambulatorio



V Symposium Internacional de Diagnósticos de Enfermería Palau de Congressos de Valencia 13 y 14 de mayo de 2004

Título: De los Diagnósticos... a la Informática en Pediatría
Autor/es: González Donate Aurora, González Pisano Marta María
Dirección: c/La Caleyuca. N19. Colloto. Asturias.
Teléfono: 985985413
Correo Electrónico: auradonate@terra.es

RESUMEN

INTRODUCCION:

Desde los comienzos del desarrollo de los Planes de Cuidados en Asturias hasta la actualidad, multitud de iniciativas han cambiado nuestra forma de trabajo y pensamiento.

Pero, sin duda, el registro informático en el sistema OMI ha sido relevante y crucial para la implantación definitiva en nuestra región.

Apoyado y promovido desde el SESPA (Servicio de Salud del Principado de Asturias), y desde las sociedades científicas, la metodología enfermera es cada vez más el procedimiento de trabajo y registro en Asturias.

Pero, sólo un campo se ha desarrollado en menor medida: La Pediatría.

Es por ello, que nuestro objetivo es indagar en las deficiencias que las enfermeras pediátricas encuentran en su práctica cotidiana y en el registro informático de los planes de cuidados. Al mismo tiempo, se analizarán las mejoras y soluciones que las mismas enfermeras propongan..

Este proyecto surge desde la consideración de la importancia que para nosotros tiene la metodología enfermera en todos los campos enfermeros para asegurar tanto la continuidad de los cuidados como la mejora de la calidad de nuestra atención.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Tipo de estudio: Descriptivo transversal

Población: Universo: todas las enfermeras que trabajan en Pediatría en Centros de Salud del SESPA en el Periodo a estudio.

Palabras clave: Planes de Cuidados, OMI-AP, enfermería pediátrica.

Procedimiento: Envío por correo interno a todas las enfermeras pediátricas un sobre cerrado que contiene:

- Carta de presentación y explicación de los propósitos de la encuesta
- Encuesta estructurada de preguntas abiertas y cerradas
- Sobre de reenvío por correo interno a las investigadoras

Cronograma:

- Enero 2004: Planteamiento de la encuesta. Elaboración de la misma.
- Febrero 2004: Recogida de los datos.
- Marzo 2004: Análisis y conclusiones. Elaboración del Poster.
- Mayo 2004: Presentación del mismo en el V Symposium Internacional de Diagnósticos de Enfermería en Valencia.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES:

Todavía no obtenidos. En fase de estudio.

BIBLIOGRAFÍA

- Gomez García, C.I; Díaz Gómez, M; Ruiz Gacia, M.J. *Enfermería de la Infancia y la Adolescencia*. Ed. Interamericana- Mc Graw-Hill. Madrid. 2001.
- Jhonson, M ; Bulecchek, G ; McCloskey, J ; et al. *Diagnósticos enfermeros, Resultados e Intervenciones*. Ed. Hatcourt. Madrid. 2003.
- Alfaro-LeFevre, R. *Aplicación del proceso enfermero. Guía paso a paso*. Ed. Springer, 4º edición. Barcelona. 1999.
- Gomez García, C.I; Díaz Gómez, M; Ruiz Gacia, M.J. *Enfermería de la Infancia y la Adolescencia*. Ed. Interamericana- Mc Graw-Hill. Madrid. 2001.
- Carpenito, L.J. *Manual de Diagnósticos de enfermería*. Ed. Interamericana- Mc Graw-Hill. Madrid. 2003.
- Guirao_Goris JA; Camaño, RE; Cuesta, A. *Diagnóstico de enfermería. Categorías, formulación e investigación*. Ed. Ediversia Multimedia. SL. 2001.



**V SIMPOSIUM
INTERNACIONAL DE
DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMERÍA**

ESTREÑIMIENTO EN LAS CONSULTAS DE ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA.

**Caussignac Querol, Marta; Comas i Picañol, Araceli; López Méndez M^a
Isabel.**

CAP Rio De Janeiro 8b Porta (Barcelona Ciudad).



**Innovación en el proceso de cuidar: conjunción de herramientas y saber.
Valencia , 13 y 14 de mayo de 2004**



**V SIMPOSIUM
INTERNACIONAL DE
DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMERÍA**

INTRODUCCIÓN: El 20 % de la población española padece estreñimiento. Es un problema muy frecuente en Atención Primaria pero infravalorado y poco estudiado.

OBJETIVO GENERAL: Conocer la proporción de individuos de la consulta de enfermería con estreñimiento crónico primario.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS: Conocer la edad media, sexo, actividad física e ingesta de fibra diaria (gr.) de dichos individuos.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Diseño: estudio descriptivo transversal.

Ámbito: consultas de enfermería del ABS Río de Janeiro (Barcelona ciudad).

Muestra: 178 individuos (> 15 años y < 80 años) seleccionados mediante la técnica de casos consecutivos y que cumplieran los criterios de inclusión.

Duración: del 17 de marzo al 30 de mayo del 2003.

Instrumentación: encuesta directa, datos de la HCAP y registro alimentario de 48 horas.

RESULTADOS:

La proporción total de individuos atendidos en la consulta de enfermería que padecen estreñimiento crónico primario es del 15,73 %, la edad media de los cuales es de 63, 35 años y el 78,57 % son mujeres.

El 75 % de estos individuos lleva una vida sedentaria y el 25 % restante realiza actividades físicas moderadas. La ingesta media de fibra diaria es de 19, 12 gr.

CONCLUSIONES:

El estreñimiento crónico primario es un problema habitual en las consultas de enfermería. Es frecuente en personas mayores, de vida sedentaria y de sexo femenino.

Las principales causas son: la alimentación inadecuada (pobre en fibra y agua) y la falta de ejercicio físico que son hábitos y estilos de vida modificables mediante educación sanitaria.



**Innovación en el proceso de cuidar: conjunción de herramientas y saber.
Valencia , 13 y 14 de mayo de 2004**



V SIMPOSIUM
INTERNACIONAL DE
DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMERÍA

DESARROLLO ACTUAL DE LA METODOLOGÍA ENFERMERA EN LOS SISTEMAS INFORMÁTICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

**Yolanda Lozano García. Mónica Igea Moreno. Ricardo González
Gascón.**

Dirección: C/ Villajimena, 87. 4º D. 28032 Madrid.

Teléfono: 677.02.54.40/ 91.776.05.29

fylozano@yahoo.es

INTRODUCCIÓN

Desde la implantación de los estudios universitarios de enfermería, en el año 1977, se ha ido instaurando el uso de la metodología enfermera a la hora de desarrollar nuestro trabajo. La utilización de metodología enfermera facilita la comunicación entre los profesionales, evita omisiones y repeticiones, mantiene la continuidad de los cuidados, y favorece la participación del usuario, implicando un aumento de la calidad asistencial.

La aplicación de la informática en la mayoría de los ámbitos de nuestra vida diaria ha supuesto un gran desarrollo, facilitando la realización de tareas, economizando el tiempo, e implicando una mayor calidad de vida. El ámbito sanitario también se unió a la utilización de las nuevas tecnologías, en un principio para agilizar las tareas administrativas, y posteriormente ha ido ampliando su uso hasta la práctica clínica. Fue a finales de la década de los 80, cuando comenzaron a pilotarse las primeras historias clínicas informatizadas en el País Vasco y Cataluña. Desde que la historia electrónica comienza a instaurarse en los centros de trabajo suele haber un periodo de tránsito, que aproximadamente tiene una duración de uno o dos años, hasta llegar a su implantación plena. En las primeras versiones el trabajo de enfermería se reflejaba únicamente en la historia informatizada como un mero registro de datos. Pasaron varios años hasta que comenzaron a elaborarse los primeros proyectos destinados a introducir el uso de planes de cuidados dentro del sistema.

En este momento el uso de la historia informatizada está implantado en la mayoría de las Comunidades Autónomas de nuestro país. El sistema informático ha pasado a constituir una herramienta más de trabajo en el desarrollo de la actividad de enfermería. Este método sustituye gran parte de los documentos en papel, agiliza el registro de las actividades realizadas, permite invertir menor tiempo en esta tarea, y potencia nuestra función investigadora al facilitar la explotación de los datos registrados.



**V SIMPOSIUM
INTERNACIONAL DE
DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMERÍA**

El objetivo de la presente comunicación es obtener una visión global sobre el desarrollo de la metodología enfermera en los sistemas informáticos que existen en Atención Primaria a nivel nacional. La necesidad de potenciar el uso de la metodología enfermera y la unificación de criterios entre los profesionales, hace necesario este estudio, para mejorar la atención que prestamos a los usuarios del sistema sanitario.

MATERIAL Y MÉTODOS

Realizamos un estudio descriptivo durante el mes de Febrero de 2004. El diseño del trabajo se dividió dos etapas. En primer lugar se realizó una búsqueda bibliográfica sobre el sistema informático utilizado en Atención Primaria en las distintas Comunidades Autónomas (CCAA). La segunda etapa del estudio consistió en contactos telefónicos con las Consejerías de Sanidad u otros departamentos a los que nos derivaban, para verificar la información sobre el sistema informático utilizado y conocer el nivel de desarrollo de la metodología enfermera que existe en el momento actual.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos de estudio, quedan reflejados en la siguiente tabla:

| CCAA | Programas informáticos más utilizados | Metodología Enfermera | Sistema de Valoración | Taxonomía diagnóstica |
|--------------------|---|-----------------------|---------------------------|-----------------------|
| Andalucía | DIRAYA | Sí | V. Henderson/ M.Gordon | NANDA |
| Aragón | OMI-AP | En desarrollo | En desarrollo | En desarrollo |
| Asturias | OMI-AP | Sí | M.Gordon | NANDA |
| Islas Baleares | E-SIAP | En desarrollo | V. Henderson | NANDA |
| Canarias | OMI-AP/DRAGO | Sí/No | M.Gordon | NANDA |
| Cantabria | OMI-AP | Sí | M.Gordon | NANDA |
| Castilla y León | OMI-AP/SIAP-WIN | En desarrollo | En desarrollo | En desarrollo |
| Castilla la Mancha | E-SIAP/Escolapio, Fierabrás y Turriano | E-SIAP Sí | M.Gordon | NANDA |
| Cataluña | OMI-AP/eCap | eCap Sí | V. Henderson | NANDA |
| Extremadura | OMI-AP | No | No | No |
| Galicia | OMI-AP en implantación | No | No | No |
| Madrid | OMI-AP | Sí | M.Gordon | NANDA |
| Murcia | OMI-AP | En desarrollo | M.Gordon | NANDA |
| Navarra | OMI-AP | Sí | M.Gordon | NANDA |
| La Rioja | OMI-AP | Sí | M.Gordon | NANDA |
| Valencia | Abucasis II | Sí | M.Gordon | NANDA |
| País Vasco | Osabide | En desarrollo | V. Henderson | No |
| C . A de Ceuta | SIAP-WIN | Sí | M.Gordon | NANDA |
| C. A de Melilla | SIAP-WIN | En desarrollo | En desarrollo | En desarrollo |

Si bien es cierto que existen centros que aportan iniciativas particulares sobre el uso de metodología, los resultados reflejados en la tabla hacen una referencia general a cada Comunidad Autónoma en su conjunto.

El sistema informático OMI-AP se utiliza en el 63,16% de las CCAA, el uso del E-SIAP, al igual que el SIAP-WIN, es del 10,53% para cada uno de ellos, mientras que el 15,79% de las CCAA utilizan sistemas informáticos propios.

En algunas CCAA conviven diferentes sistemas informáticos. Así en Canarias trabajan fundamentalmente con el OMI-AP, pero en alguna de sus provincias utilizan el programa DRAGO. En Cataluña, funciona el OMI-AP y un sistema propio denominado eCap.



**V SIMPOSIUM
INTERNACIONAL DE
DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMERÍA**

El 57,89% de los sistemas informático implantados sí utilizan metodología enfermera, frente al 10,53% que no la utilizan, y un 31,58% en los que se encuentra en fase de desarrollo.

Respecto a las CCAA que tienen implantado el sistema informático OMI-AP, el 58,33% utilizan metodología enfermera, frente al 16,66% que no la utilizan, y existe un 25% en las que está en desarrollo su implantación.

En todas la CCAA en las que está implantada alguna metodología enfermera, o se encuentra en desarrollo, los dos sistemas de valoración que se utilizan son los 11 Patrones funcionales de Marjory Gordon, o las 14 Necesidades básicas de Virginia Henderson, con independencia del sistema informático utilizado. Con respecto a la taxonomía utilizada, en el 100% de estas CCAA se trabaja con la taxonomía de diagnósticos NANDA a nivel informático.

CONCLUSIONES

Con las transferencias sanitarias a las CCAA, se ha afrontado de forma diferente la gestión clínica de la historia informatizada, lo que afecta al nivel de desarrollo de la metodología enfermera, que es desigual, y en ocasiones es inexistente.

Tras analizar el uso de metodología enfermera, resalta que se está imponiendo de forma mayoritaria como sistema de trabajo en las CCAA, con sólo un 10,53% de ellas que no lo utilizan. Esta situación puede deberse, a parte de las ventajas que su uso ya ha demostrado, a la facilidad con la que los planes de cuidados se pueden registrar y realizar el seguimiento en la historia electrónica, frente a la dificultad que entrañaba su uso con la historia de papel.

En todas la CCAA en las que está implantada alguna metodología enfermera, o se encuentra en desarrollo, los dos sistemas de valoración que se utilizan son los 11 Patrones funcionales de Marjory Gordon, o las 14 Necesidades básicas de Virginia Henderson, con independencia del sistema informático



**V SIMPOSIUM
INTERNACIONAL DE
DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMERÍA**

utilizado. Con respecto a la taxonomía utilizada, en el 100% de estas CCAA se trabaja con la taxonomía de diagnósticos NANDA.

Desde nuestro punto de vista, la implantación de la metodología en un sistema informático es un proceso difícil, que en ocasiones ha partido de iniciativas individuales, y que de forma paulatina se ha ido instaurando en cada una de las CCAA que la utilizan. Para ello ha sido necesaria la presencia de personas motivadas, que han tenido que desarrollar su trabajo con el sistema informático implantado en ese momento en su CCAA.

Existen diversos programas informáticos en Atención Primaria, siendo el más utilizado el OMI-AP. En condiciones ideales, la generalización de un único sistema resultaría beneficiosa para el conjunto del país, sea utilizando el OMI-AP u otro programa. Resulta necesaria una mayor coordinación a nivel nacional, que permita aunar los esfuerzos necesarios para la implantación paulatina de un único sistema informático en Atención Primaria, que favorezca la continuidad de identificación de necesidades y seguimiento de problemas del usuario, independientemente de la Comunidad Autónoma en la que se encuentre.

BIBLIOGRAFÍA

INSALUD, Subdirección General de Atención Primaria. "Desarrollo de Planes de Cuidados en la Cartera de Servicios de Atención Primaria". Madrid: N° Publ. Insalud 1.807, 2001

Martín Robledo E, García López F, Puerta Calatayud M, Bermejo Caja CJ , Arribas Cachá A, Ávila Vivar B, et al . Aplicación informática de la metodología enfermera. Metas Enferm 2001; IV(40):48-52

Cárdenas Valladolid J. La informatización de proceso enfermero en atención primaria: ¿una realidad? SEMAP nº 4 2002; 31-33

Informatización en Atención Primaria. Documento SemFYC nº 13

Alonso López FA. El desafío de la informatización en atención primaria. Atención Primaria 2000; 26(7):437-438

PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO: NEOPLASIAS RESPIRATORIAS CON COMPLICACIONES. IMPLEMENTACIÓN DE LA TAXONOMÍA NANDA, NIC Y NOC.

Isabel M^a de la Torre Gálvez, Antonio Zamudio Sánchez, Luz Inmaculada Vicente Peralta, Aurelio Campos Rico, Paulino González Blanco, Aurora Murillo Fernández.

H.G.Universitario Carlos Haya. Málaga.

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS PROPUESTOS:

NANDA

- 00136 DUELO ANTICIPADO.
- 00146 ANSIEDAD.
- 00126 CONOCIMIENTOS DEFICIENTES.
- 00066 SUFRIMIENTO ESPIRITUAL.
- 00120 BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL.
- 00047 RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTANEA.
- 00035 RIESGO DE LESIÓN.
- 00045 RIESGO DE ALTERACIÓN DE LA MUCOSA ORAL
- 00069 AFRONTAMIENTO INEFECTIVO.
- 00074 AFRONTAMIENTO FAMILIAR COMPROMETIDO.

PROBLEMAS DE COLABORACIÓN PROPUESTOS:

- C1006 INFECCIÓN RESPIRATORIA.
- C2003 RIESGO DE INFECCIÓN DERIVADO DE PROCESO INVASIVO.(VIA VENOSA).
- C3002 DESNUTRICIÓN.
- C1208 DOLOR.
- C7001 INSOMNIO.
- C1001 DISNEA.
- C5006 ESTREÑIMIENTO.
- C3004 NÁUSEAS.
- C3005 VÓMITOS.

PROBLEMAS DE AUTONOMÍA:

- A0002 SUPLENCIA PARCIAL HIGIENE.
- A0006 SUPLENCIA PARCIAL ELIMINACIÓN.
- A0009 SUPLENCIA PARCIAL ALIMENTACIÓN.
- A0012 SUPLENCIA PARCIAL MOVILIDAD.

RESULTADOS ENFERMEROS PROPUESTOS:

NOC

- 1304 RESOLUCIÓN DE LA AFLICCIÓN.
- 1402 CONTROL DE LA ANSIEDAD.
- 1814 CONOCIMIENTO: PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS.
- 2001 BIENESTAR ESPIRITUAL
- 1205 AUTOESTIMA
- 1101 INTEGRIDAD TISULAR: PIEL Y MEMBRANAS MUCOSAS.
- 1913 ESTADO DE SEGURIDAD: LESIÓN FÍSICA
- 1110 SALUD BUCAL.
- 1302 SUPERACIÓN DE PROBLEMAS.
- 0906 TOMA DE DECISIONES.
- 0703 ESTADO INFECCIOSO.
- 1902 CONTROL DEL RIESGO.
- 1612 CONTROL DE PESO.
- 1605 CONTROL DEL DOLOR.
- 0004 SUEÑO.
- 0403 ESTADO RESPIRATORIO: VENTILACIÓN.
- 0501 ELIMINACIÓN INTESTINAL.
- 1608 CONTROL DEL SÍNTOMA.
- 0001 NECESIDAD CUBIERTA.

INTERVENCIONES ENFERMERAS PROPUESTAS:

NIC

- 5270 APOYO EMOCIONAL.
- 5420 APOYO ESPIRITUAL.
- 7140 APOYO A LA FAMILIA.
- 5820 DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD..
- 5618 ENSEÑANZA PROCEDIMIENTO/ TTO.
- 5310 DAR ESPERANZA.
- 7110 FOMENTO DE LA IMPLICACIÓN FAMILIAR.
- 5426 FACILITACIÓN DEL CRECIMIENTO ESPIRITUAL.
- 5400 POTENCIACIÓN DE LA AUTOESTIMA.
- 3540 PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN.
- 6490 PREVENCIÓN DE CAÍDAS.
- 6654 VIGILANCIA: SEGURIDAD.
- 1710 MANTENIMIENTO DE LA SALUD BUCAL.
- 4920 ESCUCHA ACTIVA.
- 5250 APOYO EN LA TOMA DE DECISIONES.
- 5230 AUMENTAR EL AFRONTAMIENTO.
- 2300 ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN.
- 2440 MANTENIMIENTO DE DISPOSITIVO DE ACCESO VENOSO.
- 5246 ASESORAMIENTO NUTRICIONAL.
- 1100 MANEJO DE LA NUTRICIÓN.
- 1056 ALIMENTACIÓN ENTERAL POR SONDA.
- 1400 MANEJO DEL DOLOR.
- 2210 ADMINISTRACIÓN DE ANALGÉSICOS.
- 1850 FOMENTAR EL SUEÑO.
- 3140 MANEJO DE LAS VÍAS AÉREAS.
- 0450 MANEJO DEL ESTREÑIMIENTO.
- 1570 MANEJO DEL VÓMITO.
- 3350 MONITORIZACIÓN RESPIRATORIA.
- 3140 MANEJO DE LAS VÍAS AÉREAS.
- 6680 MONITORIZACIÓN DE LOS SIGNOS VITALES.
- 1801 AYUDA CON LOS AUTOCUIDADOS: BAÑO/ HIGIENE.
- 1804 AYUDA CON LOS AUTOCUIDADOS ASEO.
- 1803 AYUDA CON LOS AUTOCUIDADOS: ALIMENTACIÓN.
- 0846 CAMBIO DE POSICIÓN: SILLA DE RUEDAS



V Simposium Internacional de Diagnósticos de Enfermería Palau de Congressos de Valencia 13 y 14 de mayo de 2004

Título: : 10 AÑOS DE TRABAJO ENFERMERO, ¿DÓNDE NOS ENCONTRAMOS AHORA?.

Autor/es: Bernardo Fernández, Isabel; Fernández Bustos Patricia; Martínez Arroyo, M^a Anunciación; Palomo Martínez, Carmen; Sánchez de la Calle, Pedro Pablo
Dirección: C/ José María Pereda nº6-3ºB. Alcalá de Henares. Madrid
Teléfono: Carmen Palomo Martínez: 649555306 o 918781086
Correo Electrónico :rredondo@indra.es

RESUMEN

Hoy en día, en determinados contextos esta clara la importancia de la utilización de los diagnósticos enfermeros. Sin embargo, sigue existiendo un debate en su aplicación práctica. Para la enfermera asistencial, continua siendo un reto la identificación de los diagnósticos y su incorporación al proceso .

En el año 1994 se inicio en el área 3 de salud de Atención Primaria de Madrid un proyecto con la finalidad de clarificar y unificar un lenguaje enfermero y construir una herramienta que facilitara la implantación de una metodología común a todos los enfermeros de este Área. Así, en el año 1996 se publicó un catalogo de diagnósticos y manual de planes de cuidados que fue propuesto, motivado e impulsado por la Dirección de Enfermería y elaborado por los propios enfermeros.

Para su elaboración se tomo como referencia los patrones funcionales de Gordon, la taxonomía NANDA y los planes de cuidados desarrollados por L. Carpenito.

Desde su comienzo en 1994, la utilización de esta herramienta ha ido en aumento, desde organizar sesiones mensuales para la discusión de planes de cuidados, difusión de los mismos en una revista del propio área, hasta el punto de formar parte de la cartera de servicios, siendo uno de los criterios de evaluación e incentivación de los profesionales de enfermería.

En estos 10 años se han producido muchos cambios en el Área 3 como la informatización de las consultas de enfermería, cambios en la Dirección y en la plantilla ,entre otros. Dichos cambios, en nuestra opinión, han podido influir en un detrimento en el manejo de esta guía de planes de cuidados.

Con este estudio pretendemos ver en que punto nos encontramos, conocer y analizar si realmente existe una disminución en el uso de esta clasificación diagnóstica y qué razones han podido conllevar a ello.

OBJETIVOS

1. Describir el grado de utilización de las etiquetas diagnosticas por los enfermeros del Área 3.
2. Analizar los factores que determinan dicho grado de utilización y sus relaciones.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio: descriptivo-retrospectivo

Para ello, vamos a analizar el numero de diagnósticos que desde el año 1996 hasta el 2003. Esto nos permitirá comprobar su evolución desde su inicio.

Para conocer la situación actual se ha pasado una encuesta a las enfermeras de los centro de salud que trabajan en el Área 3, Alcalá de Henares y Torrejón de Ardoz.

POBLACIÓN DIANA: Enfermeros/as del área 3 de salud

RESULTADOS Y CONCLUSIONES: En la actualidad nos encontramos en el proceso de análisis de las encuestas



V SIMPOSIUM
INTERNACIONAL DE
DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMERÍA

APLICACIÓN DE LA METODOLOGÍA ENFERMERA PARA AYUDAR A DEJAR DE FUMAR

**Villalvilla Soria DJ. Área 1 AP; Alonso Blanco C. Área 8 AP; Martínez
Moreno L. Área 7 AP;**

Salvadores Fuentes P. y Aguado González G.

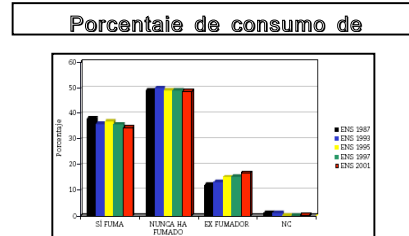
Facultad Ciencias Salud .Universidad Rey Juan Carlos. MADRID.

INTRODUCCIÓN

El tabaco es la primera causa de morbilidad prevenible en los países desarrollados.

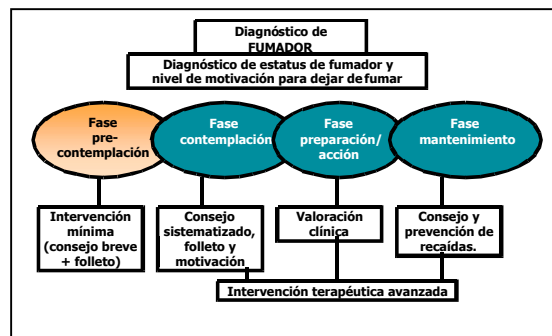
| | Total | Hombres | Mujeres |
|--------------|-------|---------|---------|
| Fumadores | 24,4 | 41,1 | 27,2 |
| Ex fumadores | 16,8 | 24,7 | 9,4 |
| No fumadores | 48,6 | 33,0 | 62,2 |
| NS/NC | 0,2 | 0,2 | 0,2 |

Datos facilitados por MSC. Encuesta Nacional de Salud 2001.



Las intervenciones más habituales en el ámbito sanitario son el consejo sanitario. Sin embargo, la máxima eficacia se obtiene al aplicar intervención avanzada (metodología enfermera para ayudar a dejar de fumar).

PASOS PREVIOS A LA INSTAURACIÓN TERAPÉUTICA. ALGORITMO DE DECISIONES



Una vez confirmado el diagnóstico de fumador por el profesional de enfermería, es necesario determinar la fase de motivación en la que se encuentra el paciente, ya que de ello dependerán todas las intervenciones que se planifiquen en esta primera fase.

Si el individuo no se ha planteado el dejar de fumar todavía, es decir, se encuentra en fase de precontemplación, el papel de la enfermera consistirá en lo que es llamado como Intervención mínima:

1. Preguntar siempre a todos los pacientes sobre su hábito tabáquico.
2. Registrar esta información en la historia clínica.
3. Aconsejar en el momento de la visita (consejo breve) de forma clara y rotunda la conveniencia de abandonar el hábito.
4. Explorar la disposición del paciente a dejar de fumar (fase de abandono).
5. Ofrecer ayuda a aquellos interesados en dejarlo.
6. Programar citas de seguimiento para los que quieren dejarlo.
7. Derivar a un centro especializado sobre tabaquismo, si es necesario

Sin embargo, si el individuo se encuentra en cualquiera del resto de fases de motivación -contemplación, acción o mantenimiento-, entonces el profesional de

enfermería deberá desarrollar un programa de deshabituación tabáquica, siguiendo la metodología enfermera, es decir, aplicando una Intervención avanzada, siguiendo los siguientes esquemas de actuación:

¿Existe déficit de autocuidado?
(Modelo Orem)

Diagnóstico de enfermería:

Intervención avanzada

(Como requisito para la intervención avanzada debe existir un déficit de relación entre la demanda de autocuidado de la persona y su capacidad para satisfacerla. El fumador considera necesaria la ayuda de la enfermera para dejar de fumar)

METODOLOGÍA ENFERMERA:

1. Intervenciones psicológicas

- Materiales de autoayuda
- Consejo intensivo
- Consejo breve
- Intervenciones educativas (individuales o grupales)
- Tratamiento psicológico especializado

2. Intervenciones farmacológicas

- Tratamiento con sustitución de nicotina (TSN)
- Tratamientos inespecíficos:
 - * Fármacos que actúan sobre las manifestaciones desagradables del síndrome de abstinencia nicotínico: Clonidina
 - * Fármacos que actúan sobre los cambios de humos asociados al síndrome de abstinencia nicotínico: Antidepresivos (Bupropión, nortriptilina y doxepina)
- Agonistas o antagonistas de los receptores nicotínicos: lobelina y mecamilamina
- Aversiva: Acetato de plata

| Tipo de tratamiento* | Tasas de abstinencia con tratamiento | Tasas de abstinencia con placebo o no tratados | OR (95% IC) | Valor P |
|-------------------------------|--------------------------------------|--|------------------|---------|
| TSN chicles (38) | 1106/187 | 861/778 | 1.61 (1.45-1.76) | <0.001 |
| TSN parches (23) | 917/6812 | 363/4156 | 1.62 (1.42-1.84) | <0.001 |
| TSN inhalaciones (4) | 84/490 | 44/486 | 2.08 (1.43-3.04) | <0.001 |
| TSN spray nasal (4) | 107/448 | 52/439 | 2.27 (1.61-3.20) | <0.001 |
| TSN tabletas sublinguales (2) | 49/243 | 23/245 | 1.73 (1.07-2.80) | <0.02 |
| Cualquier TSN (71) | 2266/14181 | 1351/13114 | 1.66 (1.54-1.79) | <0.001 |

* Entre paréntesis, número de estudios incluidos en el metaanálisis.

| Comparaciones terapéuticas | Proporción de abstinencia en el primer grupo | Proporción de abstinencia en el segundo grupo | OR (95% IC) |
|---|--|---|------------------|
| Bupropión versus TSN-parches | 45/244 | 24/244 | 2.07 (1.22-3.53) |
| Bupropión + TSN-parches versus TSN-parches | 55/245 | 24/244 | 2.65 (1.58-4.45) |
| Bupropión + TSN-parches versus bupropión solo | 55/245 | 45/244 | 1.28 (0.82-1.99) |

3. Otras intervenciones (Actividades NIC)

- Biblioterapia
- Ejercicio físico
- Hipnosis
- Electroestimulación
- Acupuntura/Auriculopuntura
- Enseñanza: Medicamentos prescritos

Intervención Enfermera

Primera sesión:

- ❖ Completar historia clínica y norma técnica mínima: Valoración enfermera
- ❖ Test de dependencia a la nicotina de Fargeström y test motivacional.
- ❖ Analizar dependencia psicosocial: Exploración de creencias.

Segunda sesión:

- ❖ Valoración de la función pulmonar.
- ❖ Sínd. de abstinencia + forma de afrontarlo= plan de abandono—
ACTIVIDADES NIC

Tercera sesión:

- ❖ Valorar sesiones anteriores y síndrome de abstinencia.
- ❖ Valoración y aplicación del PAE.
- ❖ Cumplimiento terapéutico. Reforzar habilidades en el manejo de la ansiedad, educación nutricional.
- ❖ Prevención de recaídas.

Cuarta y Quinta sesión:

- ❖ Evaluación terapia farmacológica.
- ❖ Continuidad en la intervención.
- ❖ Ventajas y desventajas de fumar: repaso diario.
- ❖ Continuidad en las intervenciones.
- ❖ Segunda espirometría (A los tres meses)
- ❖ Evaluación a corto plazo del resultado de las intervenciones.

| Tipo de intervención | Eficacia OR (IC 95%)* | Referencia |
|--|-----------------------|-------------------------|
| Manuales de autoayuda | | |
| — Materiales no personalizados | 1,24 (1,07-1,45) | Lancaster, Stead, 2003b |
| — Materiales personalizados | 1,80 (1,46-2,23) | Lancaster, Stead, 2003b |
| Intervenciones mínimas | | |
| — Consejo médico | 1,69 (1,45-1,98) | Silagy, Stead, 2003 |
| — Consejo enfermería | 1,50 (1,29-1,73) | Rice et al., 2003 |
| — Consejo telefónico por persona entrenada | 1,56 (1,38-1,77) | Stead et al., 2003 |
| Intervenciones psicológicas | | |
| — Terapia individual | 1,62 (1,35-1,94)** | Lancaster, Stead, 2003a |
| — Terapia grupal | 2,19 (1,42-3,37) | Stead, Lancaster, 2003 |
| — Terapia aversiva | 1,98 (1,36-2,90) | Hajek, Stead, 2003 |
| Intervenciones farmacológicas | | |
| — Chicles de nicotina | 1,66 (1,52-1,81) | NICE, 2002 |
| — Parches de nicotina | 1,74 (1,57-1,93) | NICE, 2002 |
| — Spray nasal de nicotina | 2,27 (1,61-3,20) | NICE, 2002 |
| — Inhalador de nicotina*** | 2,08 (1,43-3,04) | NICE, 2002 |
| — Tabletas sublinguales | 1,73 (1,07-2,80) | NICE, 2002 |
| — Bupropión | 2,75 (1,98-3,81) | NICE, 2002 |
| — Nortriptilina | 2,80 (1,81-4,32) | Hughes et al., 2003 |
| — Clonidina | 1,89 (1,30-2,74) | Gourlay et al., 2003 |

* Todas las determinaciones fueron estadísticamente significativas.
 ** El consejo individual tendrá mayor eficacia dependiendo del tiempo de contacto: OR = 3,2 para 91-300 minutos; OR = 2,8 para más de 300 minutos. Así como el número de sesiones realizadas: OR = 1,9 para 4-8 sesiones; OR = 2,3 para más de 8 sesiones.
 *** Presentación no comercializada en España.

CASO CLINICO

Presentamos la aplicación práctica de la Intervención Avanzada que se realizó desde la Consulta de Enfermería, para corroborar la eficacia de la ejecución del proceso de atención de enfermería.

1. VALORACIÓN:

Varón de 69 años con HTA, HPL DMNID, EPOC

SESIÓN 1:

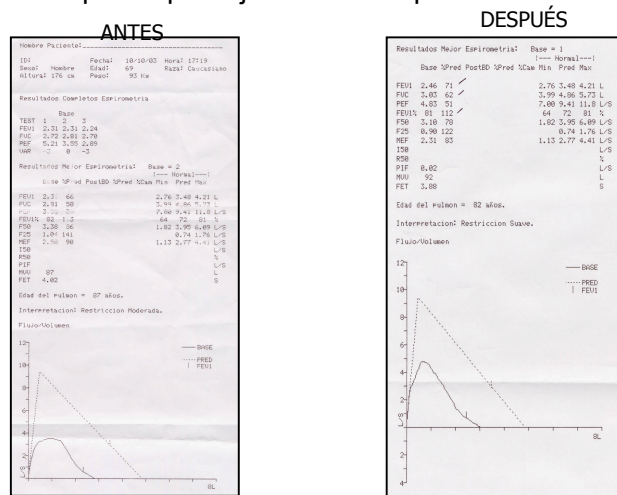
Fijación de fecha de abandono del tabaco, Test de FAGERSTROM de 7 (dependencia alta) y RICHMOND de 8 (motivación moderada). Fuma desde los 19 años de 21 a 30 cigarrillos/día

SESIÓN 2: Exploración física

Obesidad: 93kg y Talla: 176 cm (IMC >30). No practica deporte ni pasea regularmente. Se despierta por la noche con tos, disnea de esfuerzos moderados. Espirometría: FEV1 2.31 (66%) FVC 2.81 (58%): Restricción MODERADA.

2. EVOLUCIÓN CLÍNICA:

Al finalizar la intervención de enfermería, el cuadro clínico mejoró en su totalidad, viendo los cambios que se produjeron en la espirometría.



CONCLUSIONES

1. En numerosos centros de salud, Enfermería desarrolla intervenciones avanzadas (Alcalá de Guadaíra, Goya, Villaviciosa de Odón, Campo de la Paloma, etc.). En la mayoría se obtienen porcentajes de abstinencia superiores al 50% a los 3 meses, y al 30% a los 6 meses.
2. En el 2003, más de 1200 personas asistieron a la consulta de enfermería a pedir ayuda para no volver a fumar (Área 9)
3. Existe una demanda social creciente de ayuda para dejar de fumar. Los profesionales de Enfermería deben ofrecer respuestas, asumiendo el protagonismo en este campo, generando y exigiendo recursos para potenciar la eficacia de su intervención.



V Simposium Internacional de Diagnósticos de Enfermería
Palau de Congressos de Valencia
13 y 14 de mayo de 2004

Título: Evaluación de la calidad asistencial en pacientes con deterioro de la integridad cutánea.

Autor/es: Villalvilla Soria DJ, Alonso Blanco C, Martinez Moreno L, Salvadores Fuentes P, Aguado Gonzalez G.

Dirección: Universidad Rey Juan Carlos. Av. Atenas s/n 28922 Alcorcón. (Madrid)

Teléfono: 914888835

Correo Electrónico: macrisalonso@yahoo.es

RESUMEN

OBJETIVO: Validar un programa de control de calidad utilizando metodología en cuidados de enfermería en geriatría como instrumento de garantía de calidad de vida en los pacientes geriátricos con *Alto riesgo de deterioro de la integridad cutánea*

METODOLOGÍA: Análisis de casos y revisión bibliográfica.

Se establecen unos estándares de calidad del proceso para ser utilizados en una unidad de cuidados: 1) valoración por patrones funcionales. 2) Valoración de susceptibilidad de deterioro de la integridad cutánea 3) Escalas de valoración específicas (geriátricas, incontinencia, nutrición...). 4) Registro de la exploración física. 5) Registro de diagnósticos de enfermería. 6) Registro del plan de cuidados. 7) Valoración del conjunto de historias que presenta el diagnóstico enfermero elegido. 8) Reversión de conclusiones a los profesionales mediante nuevas recomendaciones. 9) Propuesta de, cambios estratégicos por la comisión de cuidados. 10) Encuestas de satisfacción al usuario. 11) Encuestas de satisfacción e informes de los profesionales de enfermería. 12) Formulación de nuevas directrices de trabajo por gestores de la unidad. Se analizo el nivel de suficiencia de varios casos (criterios establecidos que se cumplen/ todo los criterios establecidos por 100).

Finalmente aplicaremos la metodología planteada en control de calidad a varios 15 casos y 15 controles que cumplían el diagnóstico. En la comunicación se presentan 4 casos prácticos (dos de cada grupo) que a su vez tienen un interés intrínseco ya que muestran algunos de los recursos en curas de heridas crónicas comprobando su eficacia clínica. De los casos que se analizan aquellos que cumplían con un nivel de suficiencia superior al 80% presentaron efectos positivos en el trazador (cura de úlcera en tiempos óptimos, mejora del bienestar, mejoras en nutrición, control incontinencia...) mientras que aquellos casos en los que el nivel de suficiencia fue inferior al 20% se presentaron efectos negativos en el trazador (aparición de úlceras, retraso en la cicatrización, ejecución deficiente del protocolo de prevención...)

CONCLUSIONES: Observamos finalmente que aquellos casos en los que se utilizó una metodología enfermera sometida a un control de calidad fueron resueltos de manera muchos más satisfactoria tanto en el proceso como en los resultados. Por lo tanto entendemos que la metodología propuesta puede considerarse muy útil en la práctica clínica para garantizar la calidad en la atención a los ancianos.



V Symposium Internacional de Diagnósticos de Enfermería
Palau de Congressos de Valencia
13 y 14 de mayo de 2004

Título: Análisis de las necesidades de formación en sexualidad en adolescentes mediante técnicas de investigación en el aula.

Autor/es: Villalvilla Soria DJ, Alonso Blanco C, Martinez Moreno L, Salvadores Fuentes P, Aguado Gonzalez G.

Dirección: Universidad Rey Juan Carlos. Av. Atenas s/n 28922 Alcorcón. (Madrid)

Teléfono: 914888835

Correo Electrónico: macrisalonso@yahoo.es

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: En el marco propuesto por el Programa de Acción de la conferencia Internacional de Población y Desarrollo de El Cairo (1994), que establece que: “ los países deben asegurar que los programas y las actitudes de los proveedores de servicios de salud no limiten el acceso de los adolescentes a los servicios apropiados y a la información que necesiten, incluso información sobre enfermedades de transmisión sexual y sobre abusos sexuales. Al hacerlo, esos servicios deben salvaguardar los derechos de los adolescentes a la intimidad, la confidencialidad, el respeto y el consentimiento basado en la información correcta, y respetar los valores culturales y las creencias religiosas... Se deberían eliminar, cuando correspondiera, los obstáculos jurídicos, normativos y sociales que impiden el suministro de información y servicios de salud reproductiva y sexualidad a los adolescentes”.

OBJETIVO: Analizar el déficit de conocimientos en sexualidad de nuestros adolescentes y establecer un programa educativo en el ámbito de salud escolar e iniciar el asesoramiento sexual en el ámbito de la consulta joven en Atención Primaria.

MÉTODOLÓGIA: Los alumnos escriben de forma anónima preguntas que depositan en una urna. A partir del análisis de las preguntas desarrollamos el programa de intervención comunitaria.

RESULTADOS: Exponemos las preguntas recibidas organizadas por temas relacionados con el déficit de conocimientos que muestran los adolescentes en sexualidad y psicoafectividad : Anticoncepción y embarazo (6,67%), Afectividad y sexualidad (8%), Erótica y conducta sexual (12%), Riesgos de la relación sexual (22%), Beneficio-perjuicio de la relación sexual (4%), Anatomía y fisiología (14,6%), Tamaño de genitales (5,3%), Miedo al contacto sexual (9,3%) y masturbación —frecuencia, riesgos — beneficios y efectos (17,4%).

CONCLUSIONES: El tipo de preguntas realizadas junto con los datos epidemiológicos recientes que hablan de un aumento del número de embarazos no deseados y abortos, hacen necesario potenciar el papel de la enfermería en el ámbito de la educación sexual complementando la intervenciones de educación grupal en el aula con el trabajo individual en “Consulta joven”.



V Simposium Internacional de Diagnósticos de Enfermería
Palau de Congressos de Valencia
13 y 14 de mayo de 2004

Título: ASESORAMIENTO EN LA LACTANCIA. EL PAPEL DE LA ASOCIACION PRO LACTANCIA MATERNA "MARES DE LECHE" EN CUENCA.

Autor/es: Navarro L, Villalvilla Cañada A, Martinez Moreno L, Alonso Blanco C, Villalvilla Soria DJ.

Dirección: Universidad Rey Juan Carlos. Av. Atenas s/n 28922 Alcorcón. (Madrid)

Teléfono: 914888835

Correo Electrónico: macrisalonso@yahoo.es

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La intervención "Asesoramiento en la lactancia" se define como: Utilización de un proceso interactivo de asistencia para ayudar en el mantenimiento de una alimentación de pecho satisfactoria.

OBJETIVO: Mares de leche se ha creado ante la necesidad de muchas mujeres de tener una lactancia feliz.

METODOLOGIA: Por esto, disponemos de un servicio de atención telefónica permanente donde intentaremos solventar todas tus posibles dudas o problemas. También tenemos una reunión todos los martes, y tratamos temas variados en función de las necesidades de las asistentes, Mares de leche participa en la formación de los futuros profesionales divulgando la promoción de la lactancia materna como asignatura optativa en la universidad y en formación continuada mediante cursos de postgrado para los profesionales.

Mares de leche se recicla participando en congresos y jornadas relacionadas con la lactancia materna, la educación para la salud, la participación comunitaria..., para renovar y mejorar permanentemente sus mensajes.

Además, desarrolla un programa de terapia ocupacional con pacientes de la unidad de salud mental que fabrican nuestra muñeca de trapo (Marina). Marina enseña a niños y niñas mediante simulación, el parto y la lactancia materna. Marina se puede comprar, y con los ingresos que genera se financian actividades de ocio y participación social de los pacientes de la unidad de salud mental. Mares de leche edita material divulgativo, por primera vez en el 2004 se edita la agenda de promoción de la lactancia materna, una gran idea que ha tenido una gran acogida entre padres y profesionales.

CONCLUSIONES: Grupos de autoayuda como Mares de leche, son fundamentales para favorecer conductas generadoras de salud en el ámbito de la lactancia materna, resultando de interés el coordinar las actividades de enfermería comunitaria en la consulta del niño sano con actividades de grupos de autoayuda para optimizar el asesoramiento.



V Symposium Internacional de Diagnósticos de Enfermería
Palau de Congressos de Valencia
13 y 14 de mayo de 2004

Título: ANALISIS DEL PAPEL DE LA EDUCACIÓN PARA A SALUD EN PERSONAS CON ENFERMEDAD PULMONAR CRÓNICA: INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Autor/es: Martínez Moreno L, Villalvilla Soria DJ, Alonso Blanco C, Aguado González G, Salvadores Fuentes P.

Dirección: Universidad Rey Juan Carlos. Av. Atenas s/n 28922 Alcorcón. (Madrid)

Teléfono: 914888835

Correo Electrónico: macrisalonso@yahoo.es

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cuya prevalencia en nuestro medio es de aproximadamente de un 5-6%, constituye un factor muy relevante de morbilidad, por lo que se ha observado un aumento del número de programas de educación para la salud.

OBJETIVO: Aplicar intervenciones reconocidas en la N.I.C. (Nursing Interventions Classification) con el fin de mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica y definir el papel de los profesionales de enfermería en los programas multidisciplinares de rehabilitación pulmonar.

METODOLOGÍA: Nuestro grupo de trabajo ha puesto en práctica un programa de educación para la salud dirigido a personas con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. En el citado programa ha sido necesario definir el papel propio de los profesionales de enfermería para optimizar nuestra participación en un grupo multidisciplinar integrado por médicos de familia, fisioterapeutas y enfermera. Las intervenciones propias de enfermería fueron: Administración de medicación (manejo de inhaladores), apoyo al cuidador principal, apoyo emocional, ayuda para dejar de fumar, biblioterapia, desarrollo de un programa en esta patología, educación sanitaria, enseñanza: actividad / ejercicio prescrito, enseñanza: medicamentos prescritos, facilitar la meditación, fomento de la salud en la comunidad, fomento del ejercicio, manejo ambiental, manejo de la inmunización/vacunación, manejo de la medicación, mejorando la tos, monitorización respiratoria, oxigenoterapia, fisioterapia respiratoria, relajación muscular progresiva, terapia de relajación simple y terapia de ejercicios: control muscular. Además de definir las intervenciones en el programa definimos los diagnósticos de enfermería considerados como criterios de inclusión junto con los criterios de inclusión establecidos en el informe G.O.L.D. que preconiza la implantación de este tipo de intervenciones.

RESULTADOS: Las evidencias de la mejora en la calidad de vida en estos pacientes son claras. Ya se han traducido en España cuestionarios de calidad de vida dirigidos a valorar esta actividad en un futuro próximo, Sería recomendable afianzar este tipo de intervenciones en el ámbito de la enfermería comunitaria monitorizando su validez mediante los citados cuestionarios.

CONCLUSIONES: Es necesario la divulgación de este tipo de intervenciones enfermeras, para aumentar la eficacia de los programas sanitarios de rehabilitación pulmonar.



**V SIMPOSIUM
INTERNACIONAL DE
DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMERÍA**

DIFERENCIACIÓN PRACTICA ANTE DÉFICITS NUTRICIONALES: Diagnóstico de enfermería y problema de colaboración

**Alonso Blanco C. Área 8 AP; Martínez Moreno L. Área 7 AP; Villalvilla Soria DJ.
Área 1 AP; Salvadores Fuentes P. y Aguado González G. Facultad Ciencias Salud
.Universidad Rey Juan Carlos; Checa Blanco MJ. Fundación Hospital Alcorcón.
MADRID.**

INTRODUCCIÓN

Diversos estudios indican una prevalencia de un 10% de enfermos desnutridos afectados por distintas patologías^{1,2}. Actualmente el punto de interés se centra en la identificación de ingestas excesivas y en déficits o ingestas límite de determinados micronutrientes. Sin embargo no hay que olvidar los frecuentes déficits de macronutrientes y sus posibles correcciones.

Este tipo de trastornos requiere un abordaje multidisciplinar, en el que enfermería, tiene un especial protagonismo en la realización de: la valoración nutricional, el diagnóstico de enfermería, el plan de cuidados (consejo nutricional y uso racional de fármacos, productos dietoterápicos etc.) , y en el seguimiento y evaluación de resultados. Dentro de los diversos recursos dietoterápicos nos centraremos en la utilización de suplementos nutricionales que han demostrado su eficacia en la corrección de déficits nutricionales³.

VALORACIÓN NUTRICIONAL

1. ANAMNESIS : en primer lugar, es necesario que el profesional sanitario realice un diagnóstico precoz gracias a la vigilancia de las principales entidades patológicas que conllevan un alto riesgo de deterioro nutricional⁴ (Tabla 1) y los sistemas breves de detección de desnutrición (tabla 2).

TABLA 1: PRINCIPALES PATOLOGÍAS QUE CONLLEVAN ALTO RIESGO DE DETERIORO NUTRICIONAL

| CLASIFICACIÓN DE DESNUTRICIÓN | FACTORES PATOGENICOS |
|---|---|
| <i>Malnutrición primaria</i> Déficit de aporte calórico y/o proteico | Marasmo (déficit proteico y no proteico), Kwashiorkor (déficit proteico) y mixto. |
| <i>Malnutrición secundaria</i> - Aportes energéticos proteicos insuficientes - Aumento de la pérdida de nutrientes - Aumento de las demandas nutricionales | Anorexia, náuseas, vómitos, disfagia, obstrucción gastrointestinal o esofágica, trastornos psiquiátricos, alteración del nivel de conciencia. Malabsorción, diarrea, vómitos, patologías renales, intestino corto, fístula digestiva, drenaje heridas. Fiebre, infección, quemadura, traumatismo, cáncer, cirugía, insuficiencia respiratoria y cardiaca, medicaciones. |

Se puede completar la valoración dietética con⁵: el recordatorio de 24 horas, los cuestionarios de cantidad frecuencia (CCF), y los autorregistros dietéticos que pueden ser de 3, 4 ó 7 día.

TABLA 2: TEST DE VALORACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL ⁶



V SIMPOSIUM
INTERNACIONAL DE
DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMERÍA

| NUTRITION SCREENING INITIATIVE | |
|---|-----------|
| DETERMINE su estado nutricional | |
| MARQUE LAS RESPUESTAS AFIRMATIVA | SI |
| Padezco una enfermedad que me hizo cambiar el tipo y/o cantidad de alimento que consumo | 2 |
| Consumo menos de 2 comidas diarias | 3 |
| Consumo pocas frutas, verduras y lácteos | 2 |
| Consumo 3 o más vasos de cerveza, licor o vino diariamente | 2 |
| Tengo problemas bucales o dentales que dificultan mi alimentación | 2 |
| No siempre dispongo del dinero suficiente para adquirir los alimentos que necesito | 4 |
| Como solo la mayoría de las veces | 1 |
| Consumo 3 o más medicamentos recetados o de venta libre al día | 1 |
| Sin habérmelo propuesto, he perdido o aumentado 5Kg en los últimos 6 meses | 2 |
| No siempre me encuentro en condiciones físicas de hacer las compras o cocinar | 2 |
| RESULTADO | |
| 0-2: Buen estado | |
| 3-5: Riesgo moderado de desnutrición | |
| >6: Riesgo elevado de desnutrición | |

2. EXAMEN FÍSICO⁴: valoración de signos y síntomas indicativos de déficit nutricional: Piel seca y escamosa, gingivitis o gingivorragias junto con la pérdida de piezas dentarias, cabello frágil, débil y despigmentado, dolor musculoesquelético, desorientación y alteración de los reflejos, síndrome constitucional, deshidratación, edemas en miembros inferiores, etc.

Como punto básico a la hora de realizar una exploración son las determinaciones antropométricas:

- El índice de masa corporal (IMC) ofrece una primera información acerca del estado nutricional del individuo.
- Determinación de los depósitos de grasa corporal: Se realiza a través de los pliegues cutáneos, en especial, el del tríceps. Si la medición obtenida es inferior al 50% de la media, indica que existe depleción de los depósitos grasos.
- Determinación de la masa muscular: Se obtiene con el cálculo del área muscular del brazo (AMB), a partir del pliegue del tríceps (PT) y de la circunferencia del brazo (CB) en su parte media. La fórmula es la siguiente:

$$AMB = \frac{[CB(cm)-(PT(cm) \times 3,14)]^2}{4\pi - (10(\text{hombre}) \text{ o } 6,5(\text{mujer}))}$$

Los valores considerados normales son: $54 \pm 11 \text{ cm}^2$ en el hombre y $30 \pm 7 \text{ cm}^2$ en la mujer. Un valor inferior al 35%, dependiendo de la edad, indica pérdida de masa muscular.

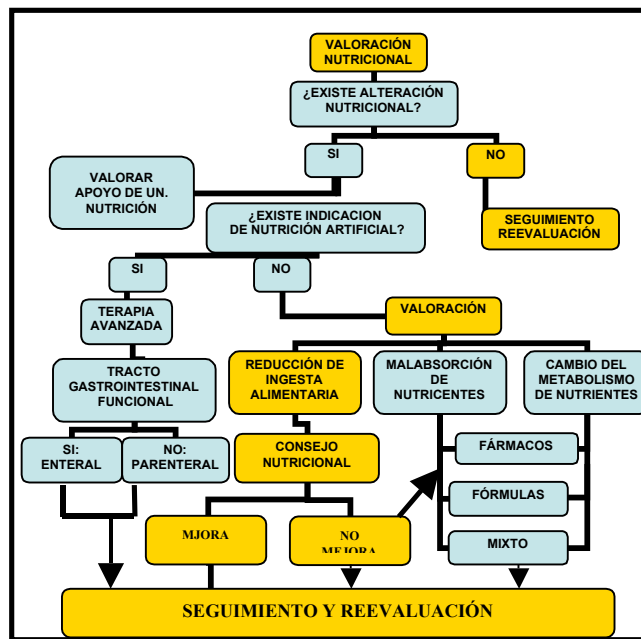
3. PRUEBAS DE LABORATORIO: los parámetros bioquímicos e inmunológicos estudiados para determinar la situación nutricional de un individuo son los siguientes: Albúmina (Indicador de desnutrición a largo plazo), transferrina (Indicador de desnutrición más agudo), y nivel sérico de linfocitos, ya que su depleción es frecuente en casos de malnutrición. En la tabla 3 se describen los valores orientativos para el diagnóstico de desnutrición.

TABLA 3: PARÁMETROS BIOQUÍMICOS DE DESNUTRICIÓN⁷

| | Albúmina (g/dl) | Transferrina (mg/dl) | Linfocitos (pormm ³) |
|------------------------------|-----------------|----------------------|----------------------------------|
| Normal | 3,6-4,5 | 250-350 | 2000-3500 |
| Desnutrición leve | 2,8-3,5 | 150-200 | 1200-2000 |
| Desnutrición moderada | 2,1-2,7 | 100-150 | 800-1200 |
| Desnutrición severa | <2,1 | <100 | <800 |

INTERVENCIÓN NUTRICIONAL

Una vez establecido el diagnóstico -alteración de la nutrición por defecto⁸-, podemos actuar integrados en un equipo multidisciplinar siguiendo el siguiente algoritmo de actuación. (En naranja, se refleja la función de enfermería).



NIVELES DE INTERVENCIÓN

1. CONSEJO NUTRICIONAL. Está demostrada su efectividad para promover cambios en la conducta alimentaria en el marco de la atención primaria⁹. Contemplará la elaboración de una dieta individualizada adecuada al gasto energético, equilibrada entre los diferentes nutrientes, con el fin de mantener un adecuado índice de masa corporal. Si presenta anorexia realizaremos las siguientes indicaciones¹⁰:

RECOMENDACIONES A PERSONAS CON ANOREXIA

- Tome los alimentos en pequeñas cantidades pero de forma frecuente. Las horas de mayor apetito suelen ser matutinas.
- Enriquezca las comidas para aumentar la energía que proporcionan.
- Beba líquidos, preferiblemente hipercalóricos, entre comidas y no durante ellas. Los alimentos líquidos y de consistencia pastosa (gelatinas y purés) reducen el esfuerzo de comer.
- Evite las bebidas alcohólicas.
- Escoja comidas poco olorosas, poco aromáticas, sin picantes.
- Mantenga los alimentos a la temperatura adecuada.
- Cuide la presentación de los platos.
- No muestre ni sirva el segundo plato sin haber retirado el anterior.
- Coma en un ambiente agradable y procure no comer solo.

2. FARMACOTERAPIA¹¹



V SIMPOSIUM
INTERNACIONAL DE
DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMERÍA

Se valorará la prescripción médica de fármacos estimulantes del apetito. Se incluyen en este apartado el acetato de megestrol y los antiserotoninérgicos (pizotifeno y ciproheptadina).

3. DIETOTERAPIA.

Nos referiremos con este término a la prestación sanitaria complementaria que proporciona, con cargo al Sistema Nacional de Salud, determinados productos considerados dietoterápicos o alimentos dietéticos destinados a usos médicos especiales. Este tipo de productos se clasifican en las siguientes categorías¹²:

a) Alimentos completos con una formulación en nutrientes normal que, si se consumen de acuerdo con las instrucciones de los fabricantes, pueden constituir la única fuente de alimento para las personas a las que van destinados.

b) Alimentos completos con una formulación en nutrientes específica adaptada para determinadas enfermedades, trastornos o afecciones que, si se consumen de acuerdo con las instrucciones de los fabricantes, pueden constituir la única fuente de alimento para las personas a las que van destinados.

c) Alimentos incompletos con una formulación normal o una formulación de nutrientes específica adaptada para determinadas enfermedades, trastornos o afecciones, que no son adecuados para servir de alimento exclusivo. Este tipo de tratamientos llamados dietoterápicos complejos, se utilizan para el tratamiento de trastornos metabólicos congénitos de los hidratos de carbono, los aminoácidos y el ciclo de la urea (figuran en el anexo de la OM 30/4/1997)¹³. La indicación podrán realizarla *especialistas de hospitales expresamente autorizados*¹⁴. La prescripción de continuidad puede realizarse en A. P.

Los alimentos contemplados en las letras a) y b) pueden asimismo utilizarse como sustitutivo parcial o complemento de la dieta del paciente. Son de uso habitual en nutrición enteral domiciliar y tienen como objetivo el mantenimiento de un correcto estado nutricional cuando el enfermo presente trastornos de deglución, tránsito, digestión o absorción de los alimentos naturales o cuando exista necesidad de nutrientes o de energía que no puedan obtenerse con los alimentos naturales (la patologías autorizadas se encuentran en el anexo de la OM de 2/6/1998)¹⁵. La indicación del tratamiento se hará por *especialistas de la Unidad de Nutrición de los hospitales*¹⁴. Es importante la coordinación con Atención Primaria donde se realizará la valoración nutricional, el seguimiento y la prescripción de continuidad.

No trataremos íntegramente los cuidados en la alimentación enteral¹⁶, ni de suplementos vitamínicos de interés en Atención Primaria¹⁷, nos centraremos en la utilización de productos dietoterápicos utilizados como sustitutivo parcial o complemento de la dieta del paciente.

A la hora de iniciar la administración de estos productos es necesario seguir una pauta de actuación⁷.

I. Valoración nutricional inicial.

II. Iniciar sustitución parcial o complementación si:

1. si prevé que el paciente va a ser sometido a situaciones de estrés o disminución de la ingesta (cirugía, tratamientos de quimio o radioterapia)
2. presencia de anorexia o restricción dietética secundaria a enfermedades crónicas (diabetes, insuficiencia renal o hepática, enfermedad inflamatoria intestinal, neoplasias, SIDA,...)
3. presencia de dificultades mecánicas o funcionales para la deglución (neoplasias de cabeza y cuello, falta de dentición,...)
4. ingesta energética inferior a 1200-1500 Cal/día en ausencia de prescripción de dieta hipocalórica.
5. ingesta proteica inferior a 0,8 g/Kg/día
6. I.M.C. inferior a 17 Kg/m²
7. pérdida de peso severa respecto al tiempo sin ninguna causa subyacente.
8. cifra de albúmina sérica inferior a 2,7 g/dl
9. presencia de desequilibrios alimentarios (ausencia de ingesta de alimentos de uno o varios grupos con especial atención a los grupos de alimentos ricos en proteínas o energía)

III. Estableceremos el sustitutivo parcial o complemento -energético, proteico o mixto- adecuado a la situación específica de cada paciente:

- Proteica: Si la cifra de albúmina es inferior a 2,7 g/dl o si la ingesta proteica es inferior a 0,8 g/Kg/día.
- Energética: Si la ingesta calórica es inferior a 1200-1500 Cal/día
- Mixta: En presencia de déficits mixtos o IMC <17



**V SIMPOSIUM
INTERNACIONAL DE
DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMERÍA**

- IV. El tipo de producto nutricional estará en función de la enfermedad de base, con módulos o fórmulas específicas para enfermedad renal, hepática, diabetes, etc.
- V. La formulación del producto, ya sea líquida o con textura modificada, se adaptará, al igual que su sabor, al gusto de cada paciente.
- VI. El horario de la toma se pactará con cada paciente siempre procurando que se administre cuando el apetito sea mayor (primeras horas de la mañana) y que no interfiera con las comidas habituales (1h. antes o después de las comidas)

PRESENTACIONES COMERCIALES*

1. DIETAS COMPLETAS

| DIETA COMPLETA ELEMENTAL (con aminoácidos) | | | | |
|--|--|--------------|-----------|---------------|
| TIPO | NOMBRE | Nº ENVASES | CONTENIDO | PMF** |
| CELE | ALITRAQ | 24 Sobres | 76g | 195,51 |
| CELE | DAMIRA ELEMENTAL | 6 estuche | 291g | 221,74 |
| CELE | ELEMENTAL 028 | 10 Sobres | 100g | 96,25 |
| CELE | ELEMENTAL 028 EXTRA | 18 Briks | 250ml | 85,74 |
| CELE | ELEMENTAL NUTRIL 2000/12 | 6 Sobres | 101g | 23,35 |
| CELE | ELEMENTAL NUTRIL 2000/7 | 6 Sobres | 95g | 17,05 |
| CELE | EMSOGEN | 10 Sobres | 100g | 103,33 |
| CELE | NEOCATE | 1 Bote | 400g | 39,15 |
| CELE | NEOCATE ADVANCE | 10 Sobres | 100g | 73,74 |
| CELE | NEOCATE ADVANCE | 1 Bote | 400g | 35,67 |
| CELE | NEOCATE ADVANCE CON AZÚCAR Y EDULCORANTE | 15 Sobres | 50g | 76,78 |
| CELE | NUTRI 2000 PEDIÁTRICO | 1 Lata | 400g | 38,58 |
| DIETA COMPLETA PEPTIDICA: COHI (hiperproteica) y CONO (normoproteica) | | | | |
| COHI | ADVERA | 24 Latas | 236ml | 114,2 |
| COHI | PEPTINUTRIL 2300/15 ELEMENTAL | 6 Sobres | 87g | 22,16 |
| CONO | PEPTAMEN | 24 Copas | 200ml | 88,9 |
| CONO | PEPTINAUT JUNIOR | 1 Bote | 450g | 24,04 |
| CONO | PEPTINUTRIL 2000/10 ELEMENTAL | 5 Sobres | 92g | 16,35 |
| DIETA COMPLETAS POLIMÉRICA: CPHI (hiperproteica). CNPF (normoproteica con fibra), CPNH (normoproteica hipercalórica), CPNN (normoproteica normocalórica), CPNI (normoproteica hipocalórica). | | | | |
| CPHI | CLINUTREN HP ENERGY (antes CLINUTREN HP) | 24 Copas | 200 ml | 62 |
| CPHI | ENSURE HIPERPROTEICO | 27 Briks | 215ml | 89,78 |
| CPHI | HIPERNUTRIL MCT | 5 Sobres | 92g | 8,82 |
| CPHI | HIPERNUTRIL MCT HIPOSÓDICO | 5 Sobres | 92g | 9,34 |
| CPHI | HIPERNUTRIL MCT PROTEICO | 7 Sobres | 76g | 10,89 |
| CPHI | MERITENE COMPLET | 24 Frascos | 250ml | 78,9 |
| CPHI | PROSURE | 27 Briks | 240ml | 167,94 |
| CPHI | RESOURCE 2.0 | 24 Briks | 200ml | 74,3 |
| CPHI | RESOURCE CREMA | 24 Tarrinas | 125g | 67,35 |
| CPHI | RESOURCE HIPERPROTEICO | 24 Combibloc | 200ml | 74,3 |
| CPHI | RESOURCE INSTANT (ahora RESOURCE MIX INSTANT HF) | 6 Estuche | 350g | 111,28 |
| CPHI | VEGENAT-3 PLUS | 30 Sobres | 69g | 109,14 |
| CPHI | VEGENAT - MED VERDURAS | 12 Sobres | 110g | 57,07 – 77,39 |
| CPNF | ENSURE CON FIBRA | 24 Lata | 250ml | 83,89 |
| CPNF | FORTISIP MULTIFIBRE (antes PENTADRINK FIBRA) | 30/3 Briks | 200ml | 83,89/8,39 |
| CPNH | FORTISIP (antes PENTADRINK) | 30/3 Briks | 200ml | 80,21/8,02 |
| CPNH | CLINUTREN 1,5 | 24 Copas | 200ml | 55,88 |
| CPNH | ENRICH PLUS | 27 Briks | 200ml | 72,18 |
| CPNH | ENSURE PLUS DRINK | 27 Briks | 200ml | 72,18 |
| CPNH | ENSURE PLUS FRESH | 27 Briks | 220ml | 78,87 |



**V SIMPOSIUM
INTERNACIONAL DE
DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMERÍA**

| | | | | |
|------|---|--------------|-------|------------|
| CPNH | ENSURE PLUS HN | 24 Latas | 250ml | 80,21 |
| CPNH | FORTIFRESH | 30/3 Briks | 200ml | 80,21/8,02 |
| CPNH | ISOSOURCE ENERGY (antes PRECITENE ENERGÉTICO) | 24 Botellas | 250ml | 80,21 |
| CPNH | ISOSOURCE JUNIOR FIBRA | 24 botellas | 250ml | 132,08 |
| CPNH | ISOSOURCE JUNIOR (antes PRECITENE JUNIOR) | 24 Botellas | 250ml | 114,29 |
| CPNH | NUTRINI ENERGY | 12 Botellas | 200ml | 53,51 |
| CPNH | NUTRINI ENERGY MULTI FIBRE | 12 Botellas | 200ml | 53,51 |
| CPNH | PEDIASURE PLUS DRINK | 27 Briks | 200ml | 121,72 |
| CPNH | RESOURCE ENERGY DRINK | 24 Combibloc | 200ml | 59,97 |
| CPNH | RESOURCE JUNIOR (antes MERITENE JUNIOR) | 24 Briks | 200ml | 62,96 |
| CPNH | RESOURCE JUNIOR | 24 Combibloc | 200ml | 111,28 |
| CPNH | SUPPORTAN | 20 Botellas | 200ml | 67,55 |
| CPNH | VEGENAT - MED CHOCOLATE | 12 Sobres | 110g | 57,07 |
| CPNN | CLINUTREN ISO | 24 Copas | 200ml | 43,8 |
| CPNN | DIETGRIF ESTANDAR | 24 Briks | 200ml | 42,05 |
| CPNN | ENSURE HN | 24 Latas | 250ml | 62,46 |
| CPNN | ENSURE POLVO | 50 Sobres | 54,1g | 53,5 |
| CPNN | ENSURE POLVO | 24 Botes | 380g | 169,83 |
| CPNN | FORTISIP POLVO | 10 Sobres | 54g | 12,27 |
| CPNN | MODULEN IBD | 12 Botes | 400g | 259,28 |
| CPNN | NUTRISON POWER (antes PENTASET POLVO) | 1 bote | 860g | 23,43 |
| CPNN | PEDIASURE | 27 Briks | 200ml | 87,98 |
| CPNN | PEDIASURE CON FIBRA | 27 Briks | 200ml | 121,72 |

2. DIETAS ESPECIALES:

Alimentos completos con formulación específica adaptada a determinadas enfermedades pueden utilizarse como sustitutivo parcial o complemento.

| | | | |
|-------------------|------------|-------|------------|
| DIASIP | 30/3 Briks | 200ml | 94,59/9,46 |
| GENERAID PLUS | 1 Bote | 400g | 32,14 |
| GLUCERNA | 24 Latas | 250ml | 108,2 |
| GLUCERNA SR | 27 Briks | 230ml | 122,88 |
| HEPATICAL | 10 Sobres | 100g | 52,81 |
| HEPATONUTRIL | 8 Sobres | 97g | 31,64 |
| IMPACT ORAL polvo | 6 estuche | 370g | 178,23 |
| INMUNONUTRIL | 6 Sobres | 98g | 27,65 |
| NEFRONUTRIL | 6 Sobres | 91g | 18,92 |

| | | | |
|----------------------------|-------------|-------|--------|
| NEPRO | 24 Latas | 236ml | 149,28 |
| NOVASOURCE GI CONTROL | | | |
| antes PRECITENE GI CONTROL | 24 Botellas | 250ml | 88,14 |
| PRODUCTO 80056 | 1 Bote | 454g | 29,99 |
| PULMOCARE | 24 Latas | 250ml | 149,28 |
| RENAPRO | 30 Sobres | 20g | 156,42 |
| RESOURCE DIABET | 24 Briks | 200ml | 100,83 |
| STRESNUTRIL | 6 Sobres | 91g | 28,92 |
| SUPLENA | 24 Latas | 236ml | 149,28 |

* Se seleccionan las presentaciones de dietas completas con un contenido inferior a 400ml/g, por ser los productos utilizados habitualmente como sustitutivo parcial o complemento, sin incluir los tratamientos dietoterápicos complejos.

** PMF: Precio máximo de facturación IVA incluido, fijado por el concierto de noviembre de 2002 para las recetas dispensables con cargo a la Consejería de Sanidad de Madrid. Fuente: Listado de productos dietoterápicos complejos y nutrición enteral domiciliaria incluidos en el concierto entre la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid y el Colegio Oficial de farmacéuticos.

SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

El programa de seguimiento debería incluir visitas a domicilio, contactos telefónicos, correspondencia y visitas al centro de Atención Primaria o a la unidad responsable de la indicación. Este programa deberá individualizarse y coordinarse entre los distintos niveles asistenciales¹⁸.

Se realizarán controles de peso semanales al inicio y, posteriormente y según la evolución de cada paciente, quincenales; controles de laboratorio con detección de cifra de albúmina y linfocitos mensual, o de transferrina inicialmente y a los quince días.

Se valora la retirada del producto dietoterápico cuando:

- el peso y la cifra de albúmina estén en rango de normalidad y se mantengan en el tiempo.
- ha desaparecido la situación causante del déficit alimentario y/o nutricional.
- se ha restaurado un adecuado equilibrio alimentario.

LUGAR EN LA TERAPÉUTICA

La eficacia de estos productos es avalado por estudios clínicos que demuestran que: mejoran el estado nutricional,^{19,20,22,24,27} favorecen el aumento de peso^{20,21,24,25,26} mejoran la respuesta inmunológica y reducen



V SIMPOSIUM
INTERNACIONAL DE
DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMERÍA

las infecciones²³, aceleran la cicatrización^{27,28} y disminuyen el riesgo de úlceras por presión,^{19,27,28} disminuyen el número de complicaciones,^{19,20,24} reducen el número de caídas,²⁶ reducen la estancia hospitalaria,^{19,21} favorecen una mayor independencia para las actividades de la vida diaria²² y disminuyen la mortalidad. Estos resultados se pueden lograr con el consejo sanitario eficaz utilizando la alimentación natural cuando no exista patología que la impida, considerándose el uso de sustitutivos parciales y complementos de la dieta de segunda elección.

CONCLUSIONES

- La intervención nutricional es eficaz clínicamente, y rentable en términos socioeconómicos, facilitando la rehabilitación y el mantenimiento de un estado de vida independiente
- Los cuidados de enfermería tienen especial importancia en la valoración, diagnóstico precoz, educación y consejo sanitario en la alteración nutricional por defecto.
- La necesidad de Nutrición Enteral no es causa de hospitalización, pero es necesaria una adecuada coordinación entre los distintos niveles asistenciales para optimizar la intervención domiciliaria.
- La utilización racional de sustitutivos parciales y complementos en la dieta del paciente forman parte de la Nutrición Enteral Domiciliaria. Es un recurso a considerar en la elaboración de los planes de cuidados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Edington J, Kon P, Martín CN. Prevalence of malnutrition in patients in general practice. *Clin Nutr* 1996; 15:60-63.
2. Green CJ. Existence, causes and consequences of disease-related malnutrition in the hospital and the community, and clinical and financial benefits of nutritional intervention. *Clin Nutr* 1999; 18(suppl 2): 3-28.
3. Capó Pallás M. Importancia de la nutrición en la persona de Edad Avanzada. Barcelona: Novartis Consumer Health; 2002.
4. Sánchez Juan CJ, Real Collado JT. Malnutrición, concepto, clasificación, etiopatogenia. Principales síndromes. Valoración clínica. *Medicine* 2002; 8(87): 4669-4674.
5. Córdoba García R. Guía para ayudar a promover una alimentación saludable. Madrid: SemFYC; 2001.
6. The Public Awareness Checklist. Consensus Conference of The Nutrition Screening Initiative, Nutrition Screening, I. Toward a Common View. Washington DC, 1991.
7. Gil Canalda I. Apuntes sobre Soporte Nutricional en Atención Primaria. Barcelona: Novartis Consumer Health; 2002.
8. NANDA. Diagnósticos de Enfermería: Taxonomía Nanda. Barcelona: Masson; 2002.
9. Baron JA, Gelson R, Crowe B, Mann JL. Preliminary of effect of general practice based nutritional advice. *Br J of General Practice*, 1990;40:137-141
10. Sánchez Juan CJ, Real Collado JT. Nutrición y enfermedades renales, pulmonares, tumorales e infecciosas. Valoración clínica. Consideraciones diagnósticas y terapéuticas aplicadas a la práctica asistencial. *Medicine* 2002; 8(87):4692-4699.
11. Ferriols Lisart F, Tordera Baviera M. Farmacología de la malnutrición. *Medicine* 2002; 8(87):4709-4716.
12. Ministerio de Sanidad y Consumo. Reglamentación técnico-sanitaria específica de los alimentos dietéticos destinados a usos médicos especiales. R.D. 1091/2000 de 9 de Junio.
13. Ministerio de Sanidad y Consumo. Tratamientos dietoterápicos complejos. O.M. de 30 de Abril de 1997.
14. Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía del usuario de las prestaciones sanitarias de la seguridad social. (Pte de completar datos bibliográficos)
15. Ministerio de Sanidad y Consumo. Nutrición enteral domiciliaria. O.M. de 2 de Junio de 1998.
16. Gamboa JC, Vázquez I, Martínez M. La alimentación enteral: cuidados desde atención primaria. *Notas Farmacoterapéuticas*, 1998;5 (10): 8-10.
17. Álvarez J, de la Fuente S, Carrión C, Ayala V. Algunos suplementos vitamínicos de interés en Atención Primaria. *Nuevos enfoques terapéuticos*. *Notas Farmacoterapéuticas*, 2000; 7(6): 21-26.
18. Guía de práctica clínica de nutrición enteral domiciliaria. Consejo Interterritorial del Sistema de Salud, Madrid, 1996.
19. Delmi M, Rapin CH, Bengoa JM, et al. Dietary supplementation in elderly patients with fractured neck of the femur. *The Lancet*; 1990, 335: 1013-16.
20. Keele AM. Two phase randomised controlled clinical trial of postoperative oral dietary supplements in surgical patients. *Gut* 1997; 40(3):393-9.
21. Potter JM. Oral supplements in the elderly. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*. 2001; 4(1):21-8.
22. Volkert D. Nutritional support and functional status in undernourished geriatric patients during hospitalization and 6-month follow-up. *Aging*. 1996;8(6):386-95.
23. Chandra RK. Efecto de los suplementos de vitaminas y oligoelementos sobre la respuesta inmunitaria y las infecciones en los individuos ancianos. *The Lancet* 1993; 22(4): 1997-200.
24. Rana, SK, Bray J, Menzies N, et al. Short term benefits of post-operative oral dietary supplements in surgical patients. *Clin Nutr* 1992; 11(6): 337-44.
25. Potter JM. Protein energy supplements in unwell elderly patients-a randomized controlled trial. *JPEN*; 1001; 25 (6): 323-9.
26. Gray-donald K. Randomized clinical trial of nutritional supplementation shows little effect on functional status among free-living frail elderly. *J Nutr*. 1995; 125(12):2965-71.
27. Himes D. Nutritional supplements in the treatment of pressure ulcers: practical perspectives. *Adv Wound Care*. 1997; 10(1):30-1.
28. Bourdel-Marchanson I. A multi-center trial of the effects of oral nutritional supplementation in critically ill older inpatients. *GAGE Group. Groupe Aquitain Geriatrique d'Évaluation. Nutrition*. 200; 16(1):1-5.



V SIMPOSIUM
INTERNACIONAL DE
DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMERÍA

CUANTIFICACIÓN DE RIESGOS POTENCIALES EN COLECTIVOS VULNERABLES. APLICACIÓN DE LA METODOLOGÍA CIENTÍFICA EN ENFERMERÍA COMUNITARIA.

**Alonso Blanco C. Área 8 AP; Villalvilla Soria DJ. Área 1 AP; Martínez
Moreno L. Área 7 AP; Salvadores Fuentes P. y Aguado González G.
Facultad Ciencias Salud .Universidad Rey Juan Carlos; Checa Blanco MJ.
Fundación Hospital Alcorcón. MADRID.**

**Innovación en el proceso de cuidar: conjunción de herramientas y saber.
Valencia – 13 y 14 de mayo de 2004**

INTRODUCCIÓN

Los Diagnósticos Enfermeros Potenciales o de Riesgo son aquellos que según la definición taxonómica de la NANDA describen respuestas humanas a estados de salud / procesos vitales que pueden desarrollarse en un individuo, familia o comunidad vulnerables. Está apoyado por factores de riesgo que contribuyen al aumento de la vulnerabilidad frente a otros a desarrollar un problema en situación igual o similar.

Por lo tanto, creemos imprescindible la creación de una guía rápida de detección e intervención precoz ante la presencia de problemas potenciales mediante diferentes escalas y test de valoración científicamente validados.

OBJETIVO

Facilitar una guía práctica orientada a potenciar la participación de enfermería en actividades preventivas aplicando la metodología científica en enfermería comunitaria.

MÉTODO

Realizamos una revisión bibliográfica con el fin de buscar asociaciones lógicas entre escalas y diagnósticos de enfermería de riesgo.

RESULTADOS

Una vez recopilada toda la información hallada, presentamos las distintas Escalas de Valoración relacionadas con los Diagnósticos de Enfermería Potenciales a los que previsiblemente se pueden asociar, para que de esta manera se optimice la primera fase del Proceso de Atención de Enfermería: la valoración inicial realizada por patrones o dominios.

DOMINIO 2: Nutrición

Actividades de ingerir, asimilar, y usar los nutrientes a fin de mantener y reparar los tejidos y producir energía

Diagnósticos de Riesgo

1. Riesgo de desequilibrio nutricional: por defecto
2. Riesgo de intoxicación

Escalas

1. Mini Nutritional Assessment y Nutrition Screening Initiative

DOMINIO 4: Actividad / Reposo

Producción, conservación, gasto o equilibrio de los recursos

Diagnósticos de Riesgo

1. Riesgo de intolerancia a la actividad
2. Riesgo de síndrome de desuso
3. Riesgo de déficits de autocuidados

Escalas



V SIMPOSIUM
INTERNACIONAL DE
DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMERÍA

1. Escala de Framingam
2. Escala neurológica de Glasgow
3. Escalas de Katz, OARS, Barthel y Lawton

DOMINIO 5: Percepción/Cognición

Sistema de procesamiento de la información humana incluyendo la atención, orientación, sensación, percepción, cognición y comunicación

Diagnósticos de Riesgo

1. Riesgo de trastorno de los procesos de pensamiento
2. Riesgo de deterioro de la memoria

Escalas

- 1 y 2. Test de Mini-examen cognoscitivo de Lobo y Pfeifer

DOMINIO 6: Autopercepción

Conciencia del propio ser

Diagnósticos de Riesgo

1. Riesgo de baja autoestima situacional
2. Riesgo de soledad

Escalas

1. Test de Filadelfia, Yesavage, Goldberg y Hamilton. Escala de autoestima.
2. Escala de Barbel y MOS

DOMINIO 7: Rol/Relaciones

Conexiones y asociaciones negativas y positivas entre personas o grupos de personas y los medios por los que se demuestran tales conexiones

Diagnósticos de Riesgo

1. Riesgo de deterioro parental-familiar
2. Riesgo de cansancio en el desempeño del rol de cuidador

Escalas

1. Cuestionario Apgar Familiar
2. Test de Zarit

DOMINIO 9: Afrontamiento / Tolerancia al estrés

Forma de hacer frente a los acontecimientos / procesos vitales

Diagnósticos de Riesgo

1. Riesgo de síndrome postraumático
2. Riesgo de síndrome de estrés del traslado

Escalas

1. Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático.
2. Cuestionario de sucesos vitales y de estrés diario.

DOMINIO 11: Seguridad / Protección

Ausencia de peligro, lesión o trastorno del sistema inmunitario, evitación de las pérdidas y preservación de la protección y seguridad.

Diagnósticos de Riesgo

1. Riesgo de caídas
2. Riesgo de intoxicación
3. Riesgo de deterioro de la integridad cutánea

**Innovación en el proceso de cuidar: conjunción de herramientas y saber.
Valencia – 13 y 14 de mayo de 2004**



V SIMPOSIUM
INTERNACIONAL DE
DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMERÍA

4. Riesgo de disfunción neurovascular periférica
5. Riesgo de violencia autodirigida
6. Riesgo de suicidio Escalas
 1. Escala de Tinetti y Cuestionario de la OMS para el estudio de caídas
 2. Escala de Cage
 3. Escalas de Norton, Arnell y Emina
 4. Escala de Framingam
 - 5 y 6. Escala de suicidio

DOMINIO 13: Crecimiento / Desarrollo

Aumento o mejor de las dimensiones físicas, sistemas corporales y logro de las tareas de desarrollo acordes con la edad

Diagnósticos de Riesgo

1. Riesgo de retraso en el desarrollo

Escalas

1. Test de Apgar

CONCLUSIONES

El desarrollo científico de Enfermería Comunitaria nos exige consensuar criterios, evaluar intervenciones, detectar precozmente problemas y justificar los Diagnósticos de Enfermería. La cuantificación de riesgos mediante Escalas de Valoración nos permite cumplir estos objetivos, mejorando la calidad asistencial, y dotando de instrumentos preventivos a la metodología científica aplicada al ámbito comunitario.

El objetivo final de nuestro trabajo no es otro que identificar personas y colectivos vulnerables, facilitando la priorización en la planificación del trabajo enfermero. Por lo tanto, y en vista a un sistema de prestación de cuidados sanitarios en el que el tiempo de intervención está muy limitado, la utilización de un sistema de diagnóstico de riesgo proporciona a la enfermera una herramienta muy necesaria para identificar personas más vulnerables a los problemas.



V SIMPOSIUM
INTERNACIONAL DE
DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMERÍA

CATÁLOGO DE INTERVENCIONES EN ATENCIÓN DOMICILIARIA EN EL PROYECTO IMAD DE LA COMUNITAT VALENCIANA Y EN LA NUEVA HISTORIA SANITARIA SIA (PROYECTO ABUCASIS II).

**Cardona Gómez, J.V; Costa Ferrer, E; Dasí García, M.J; Alonso Gallegos,
A; Guirao Goris, JA; Perpiñá, M.A; Ruiz Hontangas, A; Soler Leyva, P.**

INTRODUCCIÓN

Tanto la iMAD (iniciativa para la Mejora de la Atención Domiciliaria) como el SIA (Sistema de Información Ambulatoria) son proyectos de la Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana que pretenden generar mejoras en la atención domiciliaria y en la historia sanitaria de nuestra Comunidad. Dentro de estos proyectos se crearon diferentes grupos de trabajo para desarrollar ambas directrices. La creación de un grupo de enfermeros expertos seleccionados por perfiles asistenciales, decidió incorporar una metodología de trabajo basada en la amplia experiencia, validación y aceptación entre otras; de la valoración por patrones de Gordon, taxonomía diagnóstica NANDA, intervenciones NIC (CIE) y resultados NOC; de uso preferente en atención domiciliaria, UHD y atención primaria.

OBJETIVOS

Exponer la metodología de consenso y el resultado del mismo sobre las intervenciones y actividades seleccionadas para estos ámbitos.

METODOLOGÍA

Siguiendo en todo momento una metodología de consenso y técnica Delphi, se seleccionaron todas las intervenciones derivadas de los diagnósticos enfermeros más frecuentes en AP y en UHD.

Basándonos en la bibliografía existente y en la evidencia interna de los profesionales integrantes del grupo, cada intervención fue analizada y mediante igual se seleccionaron las actividades que por consenso superaban el 60% de las opiniones del grupo.

En una segunda fase se seleccionaron las intervenciones derivadas de problemas interdependientes, programas de salud y de los procesos clínicos más habituales.

En una tercera fase, se añadieron otras actividades no contempladas en la taxonomía NIC, que fueron objetivadas según la bibliografía disponible. Estas actividades se codificaron con los dígitos 99, disminuyendo en una unidad para cada nueva actividad sugerida.

En una cuarta fase se modificaron los nombres de algunas intervenciones para dotarlas de mayor validez aparente, otras intervenciones se desdoblaron a su vez en varias y también se desarrollaron nuevas intervenciones que no están incluidas en la clasificación NIC.

Finalmente y con el fin de hacer más práctica y comprensible la metodología, en cada intervención las actividades seleccionadas se clasificaron basándose en el método propuesto por E. Ferrer, en:

- Actividades de CUIDADO, que incluyen desde actividades instrumentales hasta actividades educativas, dirigidas tanto a modificar la salud de la persona como a prevenir la aparición de problemas.
- Actividades de VALORACIÓN, que pretenden medir el estado de salud del paciente.
- Actividades RECOMENDADAS asociadas a la intervención, que son un conjunto de actividades (*inespecíficas*) que nos orientan en el procedimiento que debemos utilizar al realizar una acción cuidativa; y que confieren al proceso una práctica de excelencia.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La realización de este trabajo consumió un total de 420 horas de reunión, además del trabajo individual que cada miembro realizó. Se seleccionaron 206 intervenciones. A siete intervenciones se le modificó la denominación para aumentar la validez aparente. Se desarrollaron tres intervenciones nuevas.

Se ha incorporado esta metodología como base de conocimientos en la nueva historia sanitaria (SIA) del proyecto ABUCASIS II i en los registros de la iMAD.

También se ha realizado un manual para aplicar mejor esta metodología en los centros piloto de estos nuevos proyectos; queda pendiente realizar una guía de bolsillo para la visita domiciliaria.

En septiembre de 2003 se inició el pilotaje de estas intervenciones. El Grupo Asesor de Enfermería de la iMAD ha creado un observatorio que está recopilando todas las sugerencias recibidas por parte de los profesionales implicados en el pilotaje, para ser valoradas por el grupo e introducidas en las nuevas versiones de los registros de la iMAD y el SIA del proyecto ABUCASIS II.

BIBLIOGRAFÍA

- ❑ Carpenito, L.J. Manual de diagnóstico de enfermería. 5 Ed. Interamericana-McGraw-Hill. Madrid. 1995.
- ❑ Clements, M. Cuidados geriátricos en enfermería. Barcelona:Doymqa, 1986
- ❑ Del Pino Casado, R. Cantón Ponce, D. Alarcón Juárez, A. Fuentes Martínez, A Navas Anguis, V. Rincón Montilla, M.C. Ruiz Cejudo, R. Poder de explicación del diagnóstico enfermero en la actividad desarrollada en consulta de enfermería de pacientes crónicos en atención primaria. Enfermería Clínica, 2001 ; 11: 3-8
- ❑ Ferrer Ferrandis, E. Taxonomía NIC: implicaciones en el proceso de cuidados. El Correo AENTDE [En prensa]
- ❑ G. Bustos Lozano Protocolo de actividades preventivas en la infancia y la adolescencia. Grupo de Expertos de Actividades Preventivas de 0 a 14 años del PAPPS.
- ❑ GedapS. Guía para el tratamiento de la Diabetes tipo 2 en atención primaria. 3ª ed. Madrid: Harcourt; 2000.
- ❑ Gordon,M. Diagnóstico enfermero. Proceso y aplicación. 3ª Ed. Mosby, Madrid, 1996.
- ❑ Guía para ayudar a promover una Alimentación Saludable. SEMFYC.1999
- ❑ ILLINWORTH.El niño normal. 1993
- ❑ J.J. Rodríguez Alonso, S. Holgado Catalán, F. León Vázquez, J. Cabello Suárez-Guanes,Protocolo de vendajes funcionales (I).
- ❑ Johnson M, Bulecheck g, McCloskey S, Maas M, Moorhead S. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. Interrelación NANDA, NIC y NOC. Barcelona: Harcourt, 2002.
- ❑ L. Busquet Duran, K. Naberán Toña, E. Hernández Huet, Protocolos de asma y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) en atención primaria. Barcelona: Ediciones Doyma, 1994; 1: s4.
- ❑ Loveman E, Royle P, Waugh N. Specialist nurses in diabetes mellitus (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2 2003. Oxford: Update Software.
- ❑ M. de la Figuera Von Wichman Hipertensión arterial en atención primaria Grupo de trabajo en Hipertensión Arterial.Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària
- ❑ M. Mata Cases, M. de la Torre Castañeda , A. Espluga Capdevila, X. Mundet Tuduri, P. Roura Olmeda. María Trilla Soler Protocolo de diabetes mellitus en atención primaria. Grupo de Trabajo de la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Barcelona.
- ❑ Manual de Exámenes de Salud escolar. Conselleria de Sanitat y Consum.2002
- ❑ Manual del niño sano. Conselleria de Sanitat.1998



V SIMPOSIUM
INTERNACIONAL DE
DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMERÍA

- ❑ **McCloskey, J.C; Bulechek, G.M. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE). Nursing Interventions Classification (NIC) 3ª ed. Harcourt, Madrid, 2001.**
- ❑ **Monografías de Educación para la salud en la escuela. Conselleria de Sanitat**
- ❑ **Ramon Ciurana Misol, Dolors Forés García, Amando Martín Zurro, Jorge Luis Tizón García , Protocolo de actividades preventivas para la población adulta.**
- ❑ **Recomendaciones para la atención del paciente con ASMA. SEMFYC.1998**
- ❑ **Renders CM, Valk GD, Griffin S, Wagner EH, Eijk JThM van, Assendelft WJJ. Interventions to improve the management of diabetes mellitus in primary care, outpatient and community settings (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2 2003. Oxford: Update Software.**
- ❑ **Rodrigo Córdoba, M.a Teresa Delgado, Manuel Botaya, Carmen Barberá, Pilar Lacarta, Concepción Sanz. Protocolo de tabaco en atención primaria.**
- ❑ **Smith B, Appleton S, Adams R, Southcott A, Ruffin R. Atención domiciliaria por medio de enfermería a distancia para la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Revisión Cochrane). In: La Cochrane Library Plus, Número 2, 2002. Oxford: Update Software.**
- ❑ **Strauch, P. Atención Primaria Cuidados de Enfermería. Barcelona:Doymqa, 1986**
- ❑ **V. Lisa Catón, P. Marco Aguilar, E. Millán Revuelta, J. Ochoa Prieto Protocolo de emergencias médicas (I).**
- ❑ **Y Lacasse, L Brosseau, S Milne, S Martin, E Wong, GH Guyatt, RS Goldstein, White J. Pulmonary rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2 2003. Oxford: Update Software.**



V Symposium Internacional de Diagnósticos de Enfermería Palau de Congressos de Valencia 13 y 14 de mayo de 2004

Título: Caso clínico, interrelacionando NANDA, NOC, NIC en paciente que inicia diálisis peritoneal.
Autor/es: Tejuca Marengo, Mercedes; García Palacios, Rosario; Tejuca Marengo, Amalia; Sálcas Sáez, Esther; Carmona Valiente, M^a del Carmen.

Dirección: Servicio de Nefrología. Hospital Universitario Puerto Real. Cádiz
Teléfono: 956005395
Correo Electrónico: rosarioga@ono.com

RESUMEN

VALORACIÓN

- Los datos de la valoración se ordenan y agrupan según los Patrones Funcionales de Gordón modificados (dominios y clases de la Taxonomía II NANDA).

Carmen, 65 años, con cardiopatía, retinopatía avanzada, desnutrición, edemas e hiperglucemia. con Insuficiencia renal crónica, inicia diálisis peritoneal domiciliaria, necesitando ayuda para ello. Casada con cuatro hijas, que acuden al domicilio materno para realizar las tareas del hogar. El marido ayuda con el aseo de Carmen y con la administración de la insulina. Desde la primera valoración hasta el alta de enfermería, transcurren diez días, sin ingreso hospitalario.

DIAGNÓSTICOS Y PLAN DE CUIDADOS.

- **Manejo inefectivo del régimen terapéutico r/c conocimientos deficientes m/p edemas, malnutrición e hiperglucemia.**

Datos: La paciente no controla su actual estado de salud por desconocimiento de su enfermedad, también por la complejidad del tratamiento

Resultados esperados:

Conocimientos de: - procedimiento enfermedad y tratamiento
- medicación
- dieta
- diabetes
- manejo de líquidos.

Indicador: el paciente conoce los procedimientos anteriormente señalados, pasando de un nivel 2 (escaso), en la valoración inicial, a 4 (sustancial) en el alta.

Intervenciones: Facilitar aprendizaje, manejo de líquidos enseñanza proceso enfermedad y tratamiento, medicamentos prescritos, dieta y diabetes.

- **Afrontamiento familiar comprometido r/c temor.**

Datos: El cuidador principal (marido) no acude a la primera cita, negándose a ayudar por miedo a perjudicar a su mujer.

Resultados esperados: Normalización familiar y participación en la asistencia sanitaria.

Indicador: el cuidador participa de la planificación asistencial, reconoce la existencia de alteraciones y sus posibilidades de alterar la rutina de la familia. En la valoración, en nivel 2 (raramente manifestado), al alta 5 (manifestado constantemente).

Intervenciones: Apoyo a la familia y movilización familiar.

Los resultados obtenidos indican que los diagnósticos anteriores desaparecen, identificándose al alta, un manejo efectivo del régimen terapéutico y una disposición para mejorar el afrontamiento familiar.



V Simposium Internacional de Diagnósticos de Enfermería
Palau de Congressos de Valencia
13 y 14 de mayo de 2004

Título: CASO CLINICO: ANSIEDAD-TEMOR

Autor/es: Claudia Gomes-Casseres Bertel

Dirección: Calle Iturbe Nº 3 4ºC

Teléfono: 915046375

Correo Electrónico: callitama@hotmail.com

RESUMEN

Mujer de 20 años derivada por su medico al cual acudió por sensación de ahogo, dificultad para deglutir.

Valoración:

Focalizada en el patrón de Autopercepción -Autoconcepto

Taquicardia, taquipnea, sudoración, tensión muscular.

Dificultad para concentrarse.

Nerviosa, irritable sentimientos de culpabilidad.

Escala de ansiedad de Golberg: 6.

Diagnostico:

Ansiedad R/C amenaza de autoconcepto M/P angustia, aprehensión y síntomas de estimulación simpática.

La ansiedad se define por inquietud y activación del SNA por amenazas vagas e inespecíficas, sin identificar causas.

Objetivo general:

Disminuir el nivel de ansiedad en un mes mediante la técnica de respiración de Lowen y relajación de Scultz y Jacobson.

Criterio de resultado:

Disminuir puntuación en escala de Golber.

Objetivos específicos:

Identificar situación ansiogena en un mes.

Manifestar aumento de bienestar en una semana.

Usar mecanismos eficaces de adaptación a la ansiedad en 6 meses.

Intervenciones:

Aumentar el afrontamiento.

Asesoramiento.

Apoyo emocional.

Presencia.

Es necesario que aprenda a reconocer sus manifestaciones de ansiedad, adquirir sus habilidades para enfrentarlas, afrontarla e identificar su causa. Ayudándola a expresar sus sentimientos.

Diagnostico diferencial. "Temor", se descarta por no identificarse las causas del malestar. Cuando se identificaron durante el seguimiento cambio el diagnostico:

Temor R/C falta de familiaridad con la experiencia y M/P identificación del objeto de miedo y síntomas de activación simpática.

Objetivo general:

Aumentar el control del temor en 6 meses.

Intervenciones:

Las anteriores, más reestructuración cognitiva.

Evaluación:

El caso se resuelve en 7 sesiones

Aprendió a disminuir los síntomas físicos controlando la respiración

Disminuyo la tensión muscular con de relajación.

Bajo de 6 a 2 puntos en la escala de Golberg.

Volverá a presentar ansiedad pero reconoce sus síntomas y tiene herramientas para controlarlos.

Seguimiento en 6 meses



V Simposium Internacional de Diagnósticos de Enfermería
Palau de Congressos de Valencia
13 y 14 de mayo de 2004

Título: EL CUIDADO DE LA UNIDAD FAMILIAR: AFRONTAMIENTO COMPROMETIDO EN LAS FAMILIAS CON PACIENTES CRONICOS

Autor/es: Martínez Marcos M; Bueno Ferran M; Arranz García P; Merino Cuesta ML.

Dirección: Universidad Europea de Madrid. Departamento de Enfermería C/ Tajo s/n Villaviciosa de Odón. 28670 Madrid

Teléfono: 912115661

Correo Electrónico: mmercedes.martinez@efm.cisa.uem.es

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el marco político de salud para todos en el siglo XXI, propone que en el núcleo del sistema sanitario debe estar una enfermera de salud familiar que proporcione asistencia familiar. Se considera fundamental la intervención en las etapas de crisis, maduración familiar, en la presencia de acontecimientos vitales estresantes. Uno de estos elementos estresantes es la aparición de enfermedades crónicas en algún miembro de la familia, que repercute en las relaciones interpersonales de la misma, ya que supone un doble estresor el problema de salud y el problema de dar cuidados. Diversos autores, como Steinberg et al describen las siguientes características de las familias de enfermos crónicos: las exigencias de la enfermedad tienden a dominar la vida familiar, abandonando otros aspectos; la enfermedad crónica propicia la aparición de coaliciones en el seno de la familia, la respuesta de afrontamiento ante la enfermedad se suele articular de forma rígida, viviendo cualquier cambio como amenaza; la familia tiende a aislarse en sí misma para dar respuesta a la enfermedad.

Estas características precisamente definen un patrón familiar afectado, con riesgo de ser incapaces de instaurar una "normalización familiar" con una dinámica familiar que posibilite el aumento de su competencia y el pleno desarrollo de sus funciones; entendiendo competencia familiar como una cualidad global de salud que capacita a la familia para dar apoyo y sustento, establecer los límites generacionales y un liderazgo eficaz, potenciar la autonomía de sus miembros y comunicar eficazmente.

El afrontamiento que involucra recursos y estrategias mediadoras de la situación comprende: manejar la situación (resolviendo problemas o buscando ayuda), modificar el significado o evaluación de la situación (focalizarse en el crecimiento de la propia de la propia existencia) y manejar los síntomas del estrés (buscar soporte, expresar frustraciones, etc.) En muchas ocasiones el trabajo enfermero se ha centrado en la perspectiva de la persona enferma o en el afrontamiento individual del cuidador, sin plantearse una intervención en el núcleo familiar, es decir, tener en cuenta que intervenir con la familia es más que intervenir con cada uno de sus miembros. La NANDA incorpora diagnósticos familiares que tratan de describir las variaciones en estas situaciones, con el fin de favorecer la intervención familiar, se propone el análisis de una intervención familiar con el diagnóstico Afrontamiento familiar comprometido.

MATERIAL Y MÉTODOS: Análisis de la bibliografía sobre competencia y afrontamiento familiar, recogida en la literatura enfermera, como en la literatura psicológica y terapéutica familiar. Análisis de Diagnóstico enfermero Afrontamiento Familiar Comprometido. Selección de intervenciones para la intervención familiar en Atención Primaria.

RESULTADOS: Valoración de la competencia familiar: basada en la estructura familiar: división del trabajo, autoridad y poder, patrones de comunicación, soporte emocional, roles, ritos y símbolos; y estilo familiar: familias centrípetas y centrífugas.

Diagnóstico NANDA Afrontamiento Familiar Comprometido: La persona que habitualmente brinda el soporte principal, proporciona un apoyo, consuelo, ayuda o estímulo insuficiente o ineficaz que puede ser necesario para manejar o dominar las tareas adaptativas relacionadas con la salud.

Análisis de factores relacionados a utilizar en el ámbito de Atención Primaria: estrés del cuidador principal, incapacidad de normalización familiar, falta de salud emocional, relación negativa entre el cuidador y la familia

Selección de Intervenciones Enfermeras NIC para aplicar en Atención Primaria: Apoyo Familiar: selección de actividades. Estimulación de la integridad familiar: selección de actividades. Aumento de la capacidad familiar de afrontamiento: selección de intervenciones.

Propuesta de resultados sugeridos: Normalización de la familiar



V SIMPOSIUM
INTERNACIONAL DE
DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMERÍA

VALIDACIÓN CLÍNICA DEL PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO DEL PACIENTE CON NEUMOTÓRAX ESPONTÁNEO.

**Asunción Merino Peralta, Paola Villalgorido Ortín, Blanca Marín
Fernández, Sagrario Legarra Muruzabal.**

**Dirección: C/ Irunlarrea, 3. 31008 - PAMPLONA
Teléfono: 848422185/ 848422863
Correo Electrónico: mmerinop@cfnavarra.es**

**Innovación en el proceso de cuidar: conjunción de herramientas y saber.
Valencia – 13 y 14 de mayo de 2004**

INTRODUCCIÓN

El Plan de Cuidados Estandarizado del paciente con Neumotórax Espontáneo (PCEPNE), elaborado por la Unidad de Cirugía Torácica, forma parte del proyecto de Sistematización de Cuidados de Enfermería puesto en marcha por la Dirección de Enfermería del Hospital de Navarra en mayo de 2000.

Su elaboración ha seguido una aproximación inductiva, partiendo de las actividades que de manera habitual se realizan para la resolución del proceso, hasta llegar a la definición de los Diagnósticos de Enfermería y Problemas Interdependientes vinculados al mismo. Además de que el PCEPNE ha sido validado metodológica y científicamente por un grupo de expertos, se ha sometido a una validación clínica para analizar si los cuidados de enfermería propuestos para solucionar los problemas planteados, se llevan a cabo en la realidad.

PACIENTES Y MÉTODO

La población la constituyen 66 pacientes dados de alta en la Unidad de Cirugía Torácica en el 2002 con el GRD 95 (Neumotórax sin complicaciones y/o comorbilidades) y con el diagnóstico 512.8. Por muestreo aleatorio se analizaron 33 historias clínicas, utilizándose dos hojas de registros de datos. Una para la recogida de datos generales y otra en la que se comparan los cuidados de enfermería vinculados a los Diagnósticos de Enfermería (DdE) y Problemas Interdependientes (PI) formulados en el PCEPNE (Ansiedad, Riesgo de Infección, Deterioro de la Movilidad, Hemorragia y Alteración del Patrón respiratorio)

RESULTADOS

El mayor porcentaje de cumplimiento de cuidados se produce en los DdE de “Riesgo de Infección” (100% control y registro de temperatura, 97% cuidados de mantenimiento de vía periférica) y “Deterioro de la Movilidad Física” (100% levantar al sillón, 100% valoración y registro de presencia de dolor). En el DdE de “Ansiedad” se realizaron el 100% de los cuidados, pero no se registraron en ningún caso. En el PI de Hemorragia, en el 100% de los casos se controla y registra la presión arterial, en el 84,62 % la cantidad y características del líquido



**V SIMPOSIUM
INTERNACIONAL DE
DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMERÍA**

drenado. En el PI de Alteración del Patrón respiratorio en el 51,5% se realiza y registra el adiestramiento en el inspirómetro y en el 42% la vigilancia tras la retirada del catéter torácico.

CONCLUSIONES

Con la elaboración de los planes de cuidados y su validación clínica se unifican criterios de actuación; permiten evaluar la efectividad de la atención de enfermería y mejorarla (se han propuesto 3 acciones de mejora) y aseguran el registro de los cuidados invisibles que presta la enfermera.



PLAN DE CUIDADOS DEL LACTANTE



Martos Monereo MA, García Fernández FP, Bellido Vallejo JC, Carrascosa García M^ªI, Guevara Sanz JM^ª, Morcillo Nieto MC^ª, Guirao Escrivá J.

INTRODUCCIÓN

En el periodo neonatal el niño se encuentra dependiente de los padres o cuidadores, lo cual es una situación muy especial sobre la que se requieren unos cuidados de calidad, teniendo en cuenta al niño y su entorno, lo que obliga a los profesionales a modular las actuaciones dependiendo de la fase de desarrollo y el entorno materno y familiar que rodea al niño.

METODOLOGÍA

Creación de un Plan de Cuidados Genérico, estandarizado, con el objetivo de contemplar los diagnósticos de enfermería más prevalentes en niños de 0 a 1 año que ingresan por ser recién nacidos o por padecer algún proceso médico durante el primer año de vida. Se desarrolla según los siguientes apartados establecidos para la línea genérica: Introducción, Justificación, Definición, Consideraciones generales, Plan de Cuidados, Bibliografía y Anexos (I: Criterios de Resultado; II: Intervenciones y Actividades; III: Hoja de Soporte del Plan de Cuidados; IV: Cumplimentación del soporte del plan de Cuidados). La fecha de aprobación ha sido el 1 de diciembre de 2003.



| PLAN DE CUIDADOS DEL LACTANTE Cumplimenta el Servicio de Hospitalización | | |
|---|--|---|
| NANDA | NOC | NIC |
| 194 LACTANCIA MATERNA INEFECTIVA. 196 LACTANCIA MATERNA INEFECTIVA. | 1000 Establecimiento de la lactancia materna: Lactarfe. • Lactarfe sustituido tras la lactación 1001 Establecimiento de la lactancia materna: Madre. • Satisfacción con el proceso de lactancia. 1002 Mantenimiento de la lactancia. • Crecimiento del lactante dentro del rango normal. | 5244 Aseoramiento en la lactancia. • Determinar el conocimiento de la alimentación de pecho. • Corregir conceptos equivocados, mala información e inseguridad acerca de la alimentación de pecho. • Evaluar la técnica de succion y deglución del recién nacido 1004 Ayuda en la lactancia materna. • Proporcionar a la madre la oportunidad de contacto con el bebé para que él se sienta cómodo de contacto con el pecho. • Enseñar a la madre la posición correcta que debe adoptar. |
| 35 RIESGO DE LESIÓN. | 0118 Adaptación del recién nacido. • Frecuencia cardíaca de 100-160 LPM. • Frecuencia respiratoria de 30-60. • Termorregulación. • Coloración cutánea. • Tono muscular. | 6809 Cuidados del recién nacido. • Preca y modo al recién nacido. • Mantener la temperatura corporal del recién nacido. • Mantener el estado ocular protegido. 6820 Cuidado de bebés. • Monitorizar la ingesta y eliminación, si procede. • Monitorizar el peso y la altura del bebé. • Monitorizar la seguridad del ambiente del bebé. |
| 4 RIESGO DE INFECCIÓN. | 1902 Control del riesgo • Supervisa los factores de riesgo medioambientales. 0762 Estado inmune. • Ausencia de infecciones recurrentes. • Temperatura corporal en el rango esperado. | 6840 Control de infecciones. • Promer en practica precauciones universales. • Usar guantes según lo exigen las normas de precaución universal. • Garantizar una manipulación aséptica de todas las líneas IV. 6550 Protección contra las infecciones. • Observar el grado de vulnerabilidad del paciente a las infecciones. • Fortalecer una ingesta nutricional suficiente. |
| 95 DETERIORO DEL PATRÓN DEL SUEÑO. | 0004 Sueño. • Horas de sueño. • Calidad del sueño. | 1850 Fomentar el sueño. • Aplicar el ambiente (luz, ruido, temperatura, cobijón y cama) para favorecer el sueño. • Ayudar a eliminar situaciones estresantes antes de ir a la cama. |
| 58 RIESGO DE DETERIORO DE LA VINCULACIÓN ENTRE LOS PADRES Y EL LACTANTE/NIÑO. | 1500 Lazos afectivos padre-hijo. • Los padres verbalizan sentimientos positivos hacia el lactante. • Los padres tocan, acarician y dan palmaditas al lactante. • Los padres mantienen al lactante seco, limpio y caliente. | 8710 Fomento del acercamiento. • Animar a los padres a que copen al bebé apoyándolo en su cuerpo. • Disponer actividad familiar durante la interacción inicial con el recién nacido. 7130 Mantenimiento en proceso familiar. • Facilitar la flexibilidad de las visitas para cumplir con las necesidades de los miembros de la familia y el paciente. |
| 146 ANSIEDAD (DE LOS PADRES) | 1402 Control de la ansiedad • Buena información para reducir la ansiedad. • Refiere control de forma adecuada • Refiere ausencia de manifestaciones físicas de ansiedad. • Conserva las relaciones sociales. | 5829 Disminuir la ansiedad. • Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento. • Animar a los padres a permanecer el mayor tiempo posible. • Crear un ambiente que facilite la confianza. |
| 148 TEMOR (DEL NIÑO). | 1404 Control del miedo. • Interacción social con el personal sanitario. | 5820 Disminuir la ansiedad. • Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento. • Crear un ambiente que facilite la confianza. |
| 126 CONOCIMIENTOS DEFICIENTES DE LOS PADRES. | 1819 Conocimiento: Asistencia de recién nacidos. • Descripción de la técnica de alimentación del lactante. • Descripción de cómo bañar y vestir al lactante de forma adecuada. • Descripción de los cuidados del cordón umbilical. 1824 Conocimiento: Asistencia médica. • Recursos sanitarios. | 5064 Enseñanza paterna: niño. • Determinar los conocimientos y la buena disposición y la habilidad de los padres para aprender los cuidados del bebé. • Observar las necesidades de aprendizaje de la familia. • Enseñar a los padres habilidades para cuidar al recién nacido. 7409 Guía del sistema sanitario. • Explicar el sistema de cuidados sanitarios inmediato y su funcionamiento. • Instruir sobre el tipo de servicio que puede esperar. |

CONCLUSIONES

El plan de cuidados en taxonomía NANDA-NOC-NIC supone la integración de cada uno de los elementos necesarios para atender y prestar cuidados de calidad al grupo de población de 0 a 1 año, contemplando cada uno de los pasos del proceso enfermero con una metodología moderna y actualizada.

Entre otras ventajas, dirige la aplicación del método científico con una mejora cualitativa, facilitando la comunicación entre las propias enfermeras y el equipo interdisciplinario, proporcionando un mayor grado de difusión de conocimientos entre ellos.

Miguel Ángel Martos Monereo, F^o Pedro García Fernández, José Carlos Bellido Vallejo, M^a Isabel Carrascosa García, Jesús M^a Guevara Sanz, M^a del Carmen Morcillo Nieto, Jaime Guirao Escrivá.

INTRODUCCIÓN.

Podemos afirmar que enfermería nació con el hombre ya que la base de esta - CUIDAR - es algo innato a la humanidad; solo había que poner nombre a esta tarea en un principio vocacional y ligada al voluntariado, dotándola de aquellas características que la han convertido en una profesión dinámica que ha evolucionado (quizá respondiendo a las exigencias de una sociedad cambiante) enriqueciendo esta inicial tendencia humanística con un complemento científico-técnico que nos ayude a obtener la mejora, conservación y promoción de la salud del individuo y la colectividad. Nuestra profesión se ha ido haciendo –y se hace- con el trabajo del día a día, de manera que si tuviésemos que responder a la pregunta ¿qué es Enfermería?, la respuesta mas correcta sería: “lo que hacen las enfermeras”, y quizá por ello nuestra profesión se ha movido casi en exclusiva en el ámbito de la acción sin preocuparnos por reflexionar sobre nosotros mismos, nuestras funciones, planificación de cuidados, marco conceptual y de actuación, en definitiva identificar, definir, establecer y apuntalar los pilares que nos sustentan.. Fruto de este proceso, en la última década del siglo pasado diversos grupos de investigación, auspiciados por las mas altas instancias de nuestra profesión, se han embarcado en la estructuración-planificación de la acción enfermera relacionando: el enunciando de los problemas que detectamos pero en un lenguaje enfermero (Diagnósticos de Enfermería), los objetivos para superarlos (NOC) y nuestras intervenciones (NIC). Si a ello le añadimos la identificación del problema en sí (Valoración) y la comprobación del efecto de nuestra intervención (Evaluación), tendremos todos y cada uno de los elementos que constituyen un PLAN DE CUIDADOS, que creemos especialmente útil en el campo de la infancia.

En el periodo neonatal el niño se encuentra dependiente de los padres o cuidadores, lo cual es una situación muy especial sobre la que se requieren unos cuidados de calidad, teniendo en cuenta al niño y su entorno, lo que obliga a los profesionales a modular las actuaciones dependiendo de la fase de desarrollo y el entrono materno y familiar que rodea al niño.

Definición funcional: Persona de 0 a 1 año de vida (lactante), ingresado en unidades de hospitalización.

Límite de entrada: Llegada del usuario a la unidad de hospitalización.

Límite final:

- Mejora de su patología.
- Finalización de estudio y/o tratamiento.
- Traslado a otro Hospital.
- Alta voluntaria.
- Exitus vitae.
- Fuga.
- Traslado a otras plantas de pediatría.

Las causas más frecuentes de ingreso en la unidad son:

- ☒ Proceso agudo de enfermedad: ITU, SF, traumatismos, sepsis, prematuridad....
- ☒ Reagudización de un proceso crónico: Insuficiencia cardiaca, respiratoria...
- ☒ Procedimientos diagnósticos: Observación, análisis de sangre, orina....
- ☒ Procedimientos terapéuticos: hematológicos, intervención quirúrgica....

- ☒ Desamparo o problema social: Cuando eventual o definitivamente no existen familiares que se hagan cargo del niño o sobre los que lo hacían existen razones para pensar que, al menos temporalmente, no deben seguir haciéndolo.

METODOLOGÍA.

Creación de un Plan de Cuidados Genérico, estandarizado, con el objetivo de contemplar los diagnósticos de enfermería más prevalentes en niños de 0 a 1 año que ingresan por ser recién nacidos o por padecer algún proceso médico durante el primer año de vida. Se desarrolla según los siguientes apartados establecidos para la línea genérica: Introducción, Justificación, Definición, Consideraciones generales, Plan de Cuidados, Bibliografía y Anexos (I: Criterios de Resultado; II: Intervenciones y Actividades; III: Hoja de Soporte del Plan de Cuidados; IV: Cumplimentación del soporte del plan de Cuidados). La fecha de aprobación ha sido el 1 de diciembre de 2003.

RESULTADOS.

PLAN DE CUIDADOS.

| PLAN DE CUIDADOS DEL LACTANTE Cumplimenta el Servicio de Hospitalización | | |
|---|--|--|
| NANDA | NOC | NIC |
| <p>104 LACTANCIA MATERNA INEFECTIVA.</p> <p>106 LACTANCIA MATERNA INEFECTIVA.</p> | <p>1000 Establecimiento de la lactancia materna: Lactante.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lactante satisfecho tras la lactación <p>1001 Establecimiento de la lactancia materna: Madre.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Satisfacción con el proceso de lactancia. <p>1002 Mantenimiento de la lactancia.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Crecimiento del lactante dentro del rango normal. | <p>5244 Asesoramiento en la lactancia.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar el conocimiento de la alimentación de pecho. • Corregir conceptos equivocados, mala información e imprecisiones acerca de la alimentación de pecho. • Evaluar la forma de succión / deglución del recién nacido. <p>1054 Ayuda en la lactancia materna.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar a la madre la oportunidad de contacto con el bebé para que dé el pecho dentro de las dos horas siguientes al nacimiento. • Enseñar a la madre la posición correcta que debe adoptar. |
| <p>35 RIESGO DE LESIÓN.</p> | <p>0118 Adaptación del recién nacido.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia cardíaca de 100-160 LPM. | <p>6880 Cuidados del recién nacido.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pesar y medir al recién nacido. • Mantener la temperatura corporal del recién nacido. |

| | | |
|--|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia respiratoria de 30-60. • Termorregulación. • Coloración cutánea. • Tono muscular. | <ul style="list-style-type: none"> • Realizar el cuidado ocular profiláctico. <p>6820 Cuidado de bebés.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar la ingesta y eliminación, si procede. • Monitorizar el peso y la altura del bebé. • Monitorizar la seguridad del ambiente del bebé. |
| 4 RIESGO DE INFECCIÓN. | <p>1902 Control del riesgo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Supervisa los factores de riesgo medioambientales. • Desarrolla estrategias de control del riesgo efectivas. <p>0702 Estado inmune.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de infecciones recurrentes. • Temperatura corporal en el rango esperado. | <p>6540 Control de infecciones.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Poner en practica precauciones universales. • Usar guantes según lo exigen las normas de precaución universal. • Garantizar una manipulación aséptica de todas las líneas IV. <p>6550 Protección contra las infecciones.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observar el grado de vulnerabilidad del paciente a las infecciones. • Fomentar una ingesta nutricional suficiente. |
| 95 DETERIORO DEL PATRÓN DEL SUEÑO. | <p>0004 Sueño.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Horas de sueño. • Calidad del sueño. | <p>1850 Fomentar el sueño.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón y cama) para favorecer el sueño. • Ayuda a eliminar situaciones estresantes antes de irse a la cama. |
| 58 RIESGO DE DETERIORO DE LA VINCULACIÓN ENTRE LOS PADRES Y EL LACTANTE/NIÑO. | <p>1500 Lazos afectivos padre-hijo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los padres verbalizan sentimientos positivos hacia el lactante. • Los padres tocan, acarician y dan palmaditas al lactante. • Los padres mantienen al lactante seco, limpio y caliente. | <p>6710 Fomento del acercamiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Animar a los padres a que cojan al bebé apoyándolo en su cuerpo. • Disponer intimidad familiar durante la interacción inicial con el recién nacido. <p>7130 Mantenimiento en procesos familiares.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Facilitar la flexibilidad de las visitas para cumplir con las necesidades de los miembros de la familia y el paciente. |
| 146 ANSIEDAD (DE LOS PADRES) | 1402 Control de la ansiedad | <p>5820 Disminuir la ansiedad.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Explicar toados los |



| | | |
|---|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Busca información para reducir la ansiedad. • Refiere dormir de forma adecuada. • Refiere ausencia de manifestaciones físicas de ansiedad. • Conserva las relaciones sociales. | <p>procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Animar a los padres a permanecer el mayor tiempo posible. • Crear un ambiente que facilite la confianza. |
| 148 TEMOR (DEL NIÑO). | <p>1404 Control del miedo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Interacción social con el personal sanitario. | <p>5820 Disminuir la ansiedad.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Explicar toados los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento. • Crear un ambiente que facilite la confianza. |
| 126 CONOCIMIENTOS DEFICIENTES DE LOS PADRES. | <p>1819 Conocimiento: Asistencia de recién nacidos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Descripción de la técnica de alimentación del lactante. • Descripción de cómo bañar y vestir al lactante de forma adecuada. • Descripción de los cuidados del cordón umbilical. | <p>5564 Enseñanza paterna: niño.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar los conocimientos y la buena disposición y la habilidad de los padres para aprender los cuidados del bebé. • Observar las necesidades de aprendizaje de la familia. • Enseñar a los padres habilidades para cuidar al recién nacido. <p>7400 Guía del sistema sanitario.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Explicar el sistema de cuidados sanitarios inmediato y su funcionamiento. • Instruir sobre el tipo de servicio que puede esperar. |
| | <p>1824 Conocimiento: Asistencia médica.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recursos sanitarios | |

CONCLUSIONES.

El plan de cuidados en taxonomía NANDA-NOC-NIC supone la integración de cada uno de los elementos necesarios para atender y prestar cuidados de calidad al grupo de población de 0 a 1 año, contemplando cada uno de los pasos del proceso enfermero con una metodología moderna y actualizada.

Entre otras ventajas, dirige la aplicación del método científico con una mejora cualitativa, facilitando la comunicación entre las propias enfermeras y el equipo



V SIMPOSIUM
INTERNACIONAL DE
DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMERÍA

interdisciplinario, proporcionando un mayor grado de difusión de conocimientos entre ellos.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Gómez García, M. C. Enfermería Pediátrica, capítulo 1: Pasado, presente y futuro de la enfermería dedicada al cuidado de la infancia. Masson- Salvat Enfermería, Barcelona 1992.
2. VVAA. Diagnósticos Enfermeros, Resultados e Intervenciones, capítulo 1: Los lenguajes. Ediciones Harcourt-Mosby. Madrid 2002.
3. Guevara Sanz, J. M. y Requena Castillo, M. D. Filosofía de la calidad en enfermería clínica. Revista Enfermería Científica, Marzo- Abril 2002. Pgs. 240-1.
4. VVAA. Clasificación de Intervenciones de Enfermería. Apartado: Focos de acción y tendencias en la clasificación terminológica de Enfermería. Edt. Síntesis. Madrid 1999. Pgs. 13-21.
5. Ortega Martínez, C. y Sánchez González, N. Lenguaje de enfermería en las publicaciones científicas, Enfermería Científica, Mayo- Junio 1999. Pgs. 206-7.
6. VVAA. Documentación de Apoyo del Curso de Enfermería Materno-Infantil. Módulo IV: Perspectivas de la Pediatría. Edt. Escuela de Ciencias de la Salud.
7. Sánchez Gómez, N. Metodología enfermera, una estrategia de motivación. Enfermería Científica, Enero- Febrero 1999. Pgs 85-8.
8. Gómez Arcas, M. y Terol Fernández, E. Identidad Enfermera: hacia un lenguaje común. Enfermería Docente nº 78/2003, pg. 5 – 13.

PLAN DE CUIDADOS DEL PACIENTE QUIRÚRGICO

Pereira Becerra F, Cruz Hervas J, García Fernández FP, Bellido Vallejo JC, Carrascosa García M^a, Guevara Sanz JM^a, Morcillo Nieto M^aC, Guirao Escrivá J



INTRODUCCIÓN

El enfrentarse a un proceso quirúrgico pone a las personas en una situación de vulnerabilidad física y psicológica. La actividad quirúrgica se ha incrementado en Andalucía (Atención Especializada) mas de un 20% en los cinco últimos años, y esto supone un amplio despliegue de actividad enfermera en torno a los pacientes quirúrgicos, que por otro lado cada vez demandan más y mejores prestaciones.

METODOLOGÍA

Creación de un Plan de Cuidados Genérico, en formato mapa de cuidados con el objetivo de contemplar los diagnósticos de enfermería más prevalentes en el entorno perioperatorio, intentando dar respuesta a un amplio grupo de pacientes que por diversas causas son intervenidos en nuestro Complejo Hospitalario. Se desarrolla según los siguientes apartados establecidos para la línea genérica: Introducción, Justificación, Definición, Consideraciones generales, Plan de Cuidados, Bibliografía y Anexos (I: Criterios de Resultado; II: Intervenciones y Actividades; III: Hoja de Soporte del Plan de Cuidados; IV: Cumplimentación del soporte del plan de Cuidados). La fecha de aprobación ha sido el 21 de enero de 2004.

| PREOPERATORIO Cumplimenta la Unidad de Recuperación | | |
|--|-----------------------------|--|
| NANDA | NOC | NIC |
| 146 ANSIEDAD | 1462 Control de la ansiedad | <p>14621 Disminuir la ansiedad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar información clara sobre el proceso (diagnóstico, tratamiento, pronóstico, procedimientos diagnósticos, terapéuticos, relativos al servicio, los nombres de medicamentos, etc.) • Actuar en la expresión de sentimientos, percepciones y miedos. <p>14622 Enseñarles preoperatorio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al paciente a comprender y prepararse mentalmente para la cirugía y el postoperatorio. |

| INTRAOPERATORIO Cumplimenta la enfermería del Área Quirúrgica | | |
|--|-----------------------------|--|
| NANDA | NOC | NIC |
| 146 ANSIEDAD | 1462 Control de la ansiedad | <p>14621 Disminuir la ansiedad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colocar al paciente a comprender y prepararse mentalmente para el postoperatorio. • Proporcionar información clara sobre el proceso (diagnóstico, tratamiento, pronóstico, procedimientos diagnósticos, terapéuticos, relativos al servicio, los nombres de medicamentos, etc.) • Actuar en la expresión de sentimientos, percepciones y miedos. <p>14622 Enseñarles preoperatorio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al paciente a comprender y prepararse mentalmente para la cirugía y el postoperatorio. |
| 4 RIESGO DE INFECCIÓN | 4102 Control del riesgo | <p>41021 Control de la temperatura intra operatoria:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prevenir y regular los incrementos de temperatura durante el procedimiento. • Mantener la temperatura del paciente. <p>41022 Control de la humedad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vigilar el nivel de humedad, antes de la y durante la cirugía. <p>41023 Control de la oxigenación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vigilar el estado respiratorio y de oxigenación, al paciente. <p>41024 Control de la perfusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vigilar el estado de perfusión, antes de la y durante la cirugía. |
| 25 RIESGO DE DESEQUILIBRIO DEL VOLUMEN DE LIQUIDOS | 2501 Equilibrio hídrico | <p>25011 Equilibrio hídrico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prevenir el déficit de líquidos. • Monitorizar el estado de hidratación. |

| POSTQUIRURGICO INMEDIATO Cumplimenta la Unidad de Recuperación Postoperatoria (URPA) | | |
|---|---|---|
| NANDA | NOC | NIC |
| 87 RIESGO DE LESIÓN PERIOPERATORIA | 8701 Estado respiratorio perianestésico | <p>87011 Estado respiratorio perianestésico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vigilar el nivel de oxígeno. • Vigilar el nivel de saturación de oxígeno. • Vigilar el nivel de saturación de oxígeno. |
| 133 DOLOR AGUDO | 1330 Control del dolor | <p>13301 Control del dolor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vigilar el nivel de dolor. • Vigilar el nivel de dolor. |
| 25 RIESGO DE DESEQUILIBRIO DEL VOLUMEN DE LIQUIDOS | 2501 Equilibrio hídrico | <p>25011 Equilibrio hídrico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prevenir el déficit de líquidos. • Monitorizar el estado de hidratación. |

| POSTQUIRURGICO TARDIO Cumplimenta la Unidad de Hospitalización | | |
|---|---|---|
| NANDA | NOC | NIC |
| 133 DOLOR AGUDO | 1330 Control del dolor | <p>13301 Control del dolor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vigilar el nivel de dolor. • Vigilar el nivel de dolor. |
| 41 RIESGO DE LA AUTONOMÍA | 4101 Estado de la actividad de la vida diaria | <p>41011 Estado de la actividad de la vida diaria:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vigilar el nivel de actividad de la vida diaria. • Vigilar el nivel de actividad de la vida diaria. |
| 133 DOLOR AGUDO | 1330 Control del dolor | <p>13301 Control del dolor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vigilar el nivel de dolor. • Vigilar el nivel de dolor. |
| 133 DOLOR AGUDO | 1330 Control del dolor | <p>13301 Control del dolor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vigilar el nivel de dolor. • Vigilar el nivel de dolor. |
| 133 DOLOR AGUDO | 1330 Control del dolor | <p>13301 Control del dolor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vigilar el nivel de dolor. • Vigilar el nivel de dolor. |



CONCLUSIONES

La importante actuación de la enfermería en torno al proceso perioperatorio queda de manifiesto en el despliegue de actividad enfermera que se realiza con el plan de cuidados del paciente quirúrgico. La planificación de cuidados en lenguajes estandarizados NANDA-NOC-NIC es un cambio importante en el sistema de trabajo relacionado con la actividad quirúrgica, respecto al desarrollado hasta este momento en nuestro Complejo Hospitalario. Indudablemente con este instrumento enfermero se podrá prestar un servicio y unos cuidados de mayor calidad y mayor satisfacción para los pacientes que van a ver mejor atendidas sus necesidades.

F^o Pereira Becerra, José Cruz Hervas, F^o Pedro García Fernández, José Carlos Bellido Vallejo, M^a Isabel Carrascosa García, Jesús M^a Guevara Sanz, M^a del Carmen Morcillo Nieto, Jaime Guirao Escrivá.

Innovación en el proceso de cuidar: conjunción de herramientas y saber.
Valencia – 13 y 14 de mayo de 2004



V SIMPOSIUM
INTERNACIONAL DE
DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMERÍA

INTRODUCCIÓN

Hay procesos patológicos en el ser humano, cuya curación puede ser únicamente mediante la intervención quirúrgica. El proceso quirúrgico es muy heterogéneo y multifactorial debido a la variabilidad de patologías susceptibles del acto quirúrgico, de diferentes procesos asistenciales y de pacientes con muy diversas necesidades y por tanto con diversas respuestas.

El enfrentarse a un proceso quirúrgico pone a las personas en una situación de vulnerabilidad física y psicológica. A partir de la indicación de intervención quirúrgica, comienza la preparación del paciente tanto desde el punto de vista orgánico como psicológico.

En los últimos cinco años la actividad quirúrgica se ha incrementado en Andalucía (Atención Especializada) más de un 20 %, este aumento supone un amplio despliegue de actividad enfermera en torno a pacientes quirúrgicos, que por otro lado cada vez demandan más y mejores prestaciones.

Las instituciones sanitarias movidas por criterios basados en la reducción de las estancias medias hospitalarias, la necesidad de contar con instrumentos que indiquen la calidad de la atención sanitaria prestada y que ayuden en la toma de decisiones, además de ayudar a eliminar ineficiencia y contribuir a la satisfacción de necesidades de los pacientes, se orientan a planificar el trabajo por objetivos. Trabajar con objetivos, es trabajar con planteamientos científicos que nos obliguen a estudiar, es investigar sobre nuestra profesión, es ofrecer a la sociedad nuestra cartera de servicios y que los conozcan, es ofrecer a otros profesionales nuestras competencias para que nos reclamen en su momento, en definitiva es compartir la responsabilidad de la atención integral del paciente.

La complejidad cada vez mayor de los procesos quirúrgicos y la multiplicidad de los profesionales participantes, pueden propiciar una visión compartimental y poner de manifiesto la falta de coordinación entre ellos. De modo que cuanto más uniforme y estabilizado esté el proceso asistencial quirúrgico, es decir, que se reduzca al máximo la variabilidad y se mantengan los resultados a unos niveles adecuados, más ayudará a todos los profesionales. Para ello es preciso la colaboración mutua y responsable, y para llegar a esta hace falta tener identificados los campos de actuación y de responsabilidad.

La sistematización de los cuidados habituales del paciente quirúrgico constituye una herramienta eficaz en la atención individualizada de estos pacientes, que al mismo tiempo, permite evaluar la calidad de los cuidados prestados y modificar actividades o su frecuencia de realización.

La estandarización de cuidados y su aplicación en la práctica asistencial en forma de planes de cuidados estandarizados, son uno de los elementos clave para la resolución de problemas de salud de la población. Suponen una fase más del proceso de normalización de los cuidados de enfermería, representan un avance en el diseño de pautas que facilitan el trabajo a enfermería y aportan orientaciones precisas. Del mismo modo, incorporan al proceso asistencial sanitario un valor añadido, ya que establecen un lenguaje y metodología común, que nos permite una señal de identidad y nos proporciona herramientas de medición, de universalización, de homogeneización en la práctica profesional.

Compartimos junto con otros autores que trabajar con métodos científicos, que nos permitan definir los problemas que atiende la enfermera, son pasos a dar en el desarrollo profesional.

JUSTIFICACIÓN

Se ha objetivado que muchas de las intervenciones que actualmente realiza la enfermera está basadas en la experiencia, la tradición, la intuición, el sentido común o teorías no probadas. De modo

**Innovación en el proceso de cuidar: conjunción de herramientas y saber.
Valencia – 13 y 14 de mayo de 2004**

que uno de los grandes retos de las enfermeras en la actualidad: es acercar lo que se sabe a lo que se hace.

Por otra parte, Rosa M^a Alberdi nos dice que dentro de la práctica asistencial registrada, se trata de incorporar " la mirada enfermera". La visión enfermera nos permite ver a la persona más allá de la enfermedad, junto a la tarea de vigilar parámetros y administrar la medicación pautaada. Nuestra perspectiva permite ver a un ser humano inmerso en un proceso en el que necesita cuidarse y que se le cuide en un entorno determinado, y esto además de vigilar su órgano enfermo.

Sobre esta base y para facilitar la ejecución de este plan de cuidados estandarizado, se ha estructurado como un mapa de cuidados, partiendo desde el preoperatorio, pasando por el intraoperatorio, postoperatorio inmediato, postoperatorio tardío y alta domiciliaria.

El mapa de cuidados forma parte del modelo organizativo denominado gestión de casos, en el que se integran y coordinan las actuaciones de diferentes profesionales, desde el principio de la estancia hospitalaria hasta el fin, para alcanzar los resultados clínicos óptimos.

Esta iniciativa pretende reflejar una experiencia concreta, respecto a la elaboración e implantación bajo soporte papel e informático de la estandarización de cuidados. Mediante el consenso de los profesionales de enfermería de las diferentes unidades asistenciales por las que el paciente quirúrgico es atendido, se pretende establecer una interrelación de tareas programadas, secuencia a secuencia, desde el inicio hasta el final del proceso quirúrgico, de modo que todos los diagnósticos de enfermería (DdE), objetivos e intervenciones /actividades de enfermería más prevalentes durante el proceso puedan estar previamente determinados.

El conocer de antemano, por ejemplo, cuáles son los DdE más frecuentes en una determinada intervención quirúrgica, en función de la etapa del proceso quirúrgico en la que se encuentre el paciente, o que día hay que levantar al paciente, que dieta o ejercicios respiratorios o articulares hay que realizar a lo largo de la estancia hospitalaria, qué profilaxis antibiótica ha de administrarse antes de la intervención, qué día tiene previsto el alta, etc. Reducirá la variabilidad del proceso, asegurando una atención eficaz a lo largo de la hospitalización, permitiendo planificar más adecuadamente las actividades que el paciente/familia deben conocer para el autocuidado en su domicilio y asegurar la continuidad de cuidados de enfermería en otro nivel asistencial siempre que el paciente lo requiera.

Con ello pretendemos evitar la incertidumbre en la toma de decisiones y las respuestas diferentes y/o parciales ante problemas conocidos. Disminuir la variabilidad y subjetividad en los cuidados por parte de cada enfermera y conocer la incidencia y prevalencia de las diferentes respuestas humanas en el proceso quirúrgico.

Este plan de cuidados estandarizado define el plan de actuación de cuidados genéricos que serán necesarios para todos o para la mayoría de los pacientes que son sometidos a una intervención quirúrgica. A este plan de cuidados genérico, se le anejará otro plan de cuidados específico sobre el problema de salud, procedimiento quirúrgico y/o terapéutico del paciente.

Por cada DdE, el plan de cuidados ofrece objetivos (NOC) y sugerencias de intervenciones / actividades (NIC); así mismo para cada paciente se ha de decidir y registrar el DdE, los resultados esperados, las intervenciones empleadas y los resultados obtenidos.

Los problemas reales detectados y definidos se tratarán de resolver con las intervenciones de enfermería adecuadas. Y para los DdE de referencia que reflejen una situación de riesgo, se realizarán determinadas intervenciones preventivas, ya que está totalmente demostrado que su utilización disminuye la conversión de estos en problemas reales.

Pero hay que indicar que no estamos ante un plan de cuidados cerrado. El catálogo de DdE seleccionado se concibe como un instrumento dinámico, sometido a cambio y a actualización en función del debate enfermero, los resultados de implantación y la detección de otros problemas de

autocuidado susceptibles de ser tratados, en función del criterio que la enfermera estime oportuno ante una situación determinada.

Busquets afirma que " En situaciones de trabajo en equipo, la ética obliga al consenso". Si pensamos en la autonomía y la responsabilidad como transformación ética, buscar estrategias que ayuden a implementar el diagnóstico enfermero será algo básico en esta transformación. Enfermería no puede olvidar que aquello que no se describe, estudia y se comunica en la sociedad actual no existe.

Por último, el ejercicio profesional debe tener presente que el destinatario de los cuidados es un ser humano. De la consideración del paciente como sujeto, y no como objeto, se deriva su singularización, el trato personal adecuado y el respeto profundo a su autonomía, a su intimidad y a los límites que el paciente pone.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Todo paciente mayor de 14 años que ingresa en cualquier unidad del Complejo Hospitalario de Jaén para ser sometido a una intervención quirúrgica independientemente del tipo de la misma.

Límite de entrada: Llegada del usuario a la unidad de hospitalización, adscrito a los servicios quirúrgicos.

Límite final: Alta médica por mejoría de su patología, traslado a otro hospital, alta voluntaria, exitus vitae, fuga

METODOLOGÍA.

Creación de un Plan de Cuidados Genérico, en formato mapa de cuidados con el objetivo de contemplar los diagnósticos de enfermería más prevalentes en el entorno perioperatorio, intentando dar respuesta a un amplio grupo de pacientes que por diversas causas son intervenidos en nuestro Complejo Hospitalario. Se desarrolla según los siguientes apartados establecidos para la línea genérica: Introducción, Justificación, Definición, Consideraciones generales, Plan de Cuidados, Bibliografía y Anexos (I: Criterios de Resultado; II: Intervenciones y Actividades; III: Hoja de Soporte del Plan de Cuidados; IV: Cumplimentación del soporte del plan de Cuidados). La fecha de aprobación ha sido el 21 de enero de 2004.

RESULTADOS.

PLAN DE CUIDADOS DEL PACIENTE QUIRÚRGICO.

| PREOPERATORIO Cumplimenta la Unidad de Hospitalización | | |
|---|---|---|
| NANDA | NOC | NIC |
| 146 ANSIEDAD | 1402 Control de la ansiedad: <ul style="list-style-type: none"> El paciente busca información para reducir la ansiedad. Refiere dormir de forma adecuada. Refiere estar más tranquil. | 5820 Disminuir la ansiedad: <ul style="list-style-type: none"> Proporcionar información objetiva sobre: su proceso (diagnostico, tratamiento, pronostico), procedimientos (diagnósticos, terapéuticos) estancia en el centro, las normas del mismo. Animar a la expresión de: sentimientos, percepciones y miedos. 5820 Enseñanza prequirúrgica. |



V SIMPOSIUM
INTERNACIONAL DE
DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMERÍA

| | | |
|--|--|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al paciente a comprender y prepararse mentalmente para la cirugía y el post-operatorio |
|--|--|---|

| INTRAOPERATORIO Cumplimenta la enfermera del Área Quirúrgica | | |
|--|---|--|
| NANDA | NOC | NIC |
| 146 ANSIEDAD | 1402 Control de la ansiedad. <ul style="list-style-type: none"> • Refiere ausencia de manifestaciones de ansiedad. | 5610 Enseñanza prequirúrgica. <ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al paciente a comprender y prepararse mentalmente para el periodo anestésico. |
| 87 RIESGO DE LESIÓN PERIOPERATORIA | 1913 Estado de seguridad: lesión física. <ul style="list-style-type: none"> • Abrusiones cutáneas. • Laceraciones. • Quemaduras | 5920 Precauciones quirúrgicas <ul style="list-style-type: none"> • Asegurar la documentación y comunicación de cualquier alergia. • Verificar la ausencia de marcapasos cardíaco u otros implantes eléctricos o prótesis metálicas que contraindiquen la cauterización electro quirúrgica. 6654 Vigilancia: Seguridad <ul style="list-style-type: none"> • Determinar el grado de vigilancia requerido por el paciente en función de su nivel de movilidad y de los peligros presentes. • Utilizar dispositivos de protección. |
| | 0410 Estado respiratorio: permeabilidad vías aéreas. <ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de ruidos respiratorios patológicos. • Ausencia de asfixia. | 3140 Manejo de las vías aéreas <ul style="list-style-type: none"> • Colocar al paciente en la posición que permita que la ventilación aérea sea la máxima posible. • Vigilar el estado respiratorio y de oxigenación, si procede. • Realizar la aspiración de secreciones, según proceda. 3200 Precauciones para evitar la aspiración <ul style="list-style-type: none"> • Vigilar el nivel de conciencia, reflejos de tos y capacidad deglutoria. • Mantener el equipo de aspiración disponible. |
| | 0403 Estado respiratorio: ventilación. <ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia respiratoria en rango esperado | 3390 Ayuda a la ventilación <ul style="list-style-type: none"> • Vigilar el nivel de conciencia, reflejos de tos y capacidad deglutoria. |
| | 0800 Termorregulación <ul style="list-style-type: none"> • Temperatura cutánea en rango esperado | 3902 Regulación de la temperatura intra operatoria <ul style="list-style-type: none"> • Preparar y regular los dispositivos de calefacción / refrigeración correspondientes. • Calentar / Enfriar todas la soluciones de irrigación. • Vigilar la temperatura del paciente. |

Innovación en el proceso de cuidar: conjunción de herramientas y saber.
Valencia – 13 y 14 de mayo de 2004



V SIMPOSIUM
INTERNACIONAL DE
DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMERÍA

| | | |
|---|--|--|
| 4 RIESGO DE INFECCIÓN | _ 1902. Control del riesgo • Desarrolla estrategias de control del riesgo. | 6545 Control de infecciones • Comprobar la esterilidad del instrumental. • Mantener la asepsia del campo quirúrgico. • Poner en práctica las precauciones universales. |
| 25 RIESGO DE DESEQUILIBRIO DEL VOLUMEN DE LÍQUIDOS | _ 0601. Equilibrio hídrico. • Presión arterial en rango esperado. • Ausencia de edemas periféricos. | 4130 Manejo de líquidos • Comprobar Identificar posibles factores de riesgo de desequilibrio de líquidos (hipertermia, diaforesis, poliuria, diarrea). • Observar color y cantidad de la orina. |

| POSTQUIRÚRGICO INMEDIATO Cumplimenta la Unidad de Reanimación Postanestésica (URPA) | | |
|---|--|--|
| NANDA | NOC | NIC |
| 87. RIESGO DE LESIÓN PERIOPERATORIA | 1913 Estado de seguridad: lesión física. • Abrasiones cutáneas. • Laceraciones. • Quemaduras | 6654 Vigilancia: Seguridad • Determinar el grado de vigilancia requerido por el paciente en función de su nivel de movilidad y de los peligros presentes. |
| | 0800 Termorregulación • Temperatura cutánea en rango esperado | 3900Regulación de la temperatura • Vigilar la temperatura del paciente. Observar el color y la temperatura de la piel. |
| | 0410 Estado respiratorio: permeabilidad vías aéreas. • Ausencia de ruidos respiratorios patológicos. • Ausencia de asfixia. | 3140 Manejo de las vías aéreas • Vigilar el estado respiratorio y de oxigenación. • Realizar la aspiración de secreciones, si precisa. 3200 Precauciones para evitar la aspiración • Vigilar el nivel de conciencia, reflejos de tos y capacidad deglutoria. • Mantener el equipo de aspiración disponible. |
| | 0403 Estado respiratorio: ventilación. • Frecuencia respiratoria en rango esperado. • Ausencia de disnea | 2870 Cuidados post anestesia • Controlar calidad y número de respiraciones. • Vigilar y registrar signos vitales y diuresis. • Observar el nivel de conciencia, • Proporcionar mantas para combatir los escalofríos. 3320 Oxigenoterapia • Administrar oxígeno complementario, según prescripción, vigilando flujo. |



V SIMPOSIUM
INTERNACIONAL DE
DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMERÍA

| | | |
|---|--|---|
| 133. DOLOR AGUDO | 2102. Nivel del dolor. • Expresiones orales de dolor. • Inquietud. | <p>1400 Manejo del dolor.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observar claves no verbales de molestias. • Asegurarse de que el paciente recibe los cuidados analgésicos correspondientes <p>2210 Administración de analgésicos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comprobar el historial de alergias. • Comprobar las órdenes médicas en cuanto al fármaco, dosis y pauta de administración. |
| | 1605. Control del dolor. • Expresiones orales de dolor. • Inquietud. | <p>2400 Asistencia en la analgesia controlada</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enseñar al paciente a establecer una frecuencia de infusión correcta en la PCA. • Registrar el dolor del paciente, cantidad y frecuencia de la dosis del fármaco y la respuesta al tratamiento del dolor. <p>6482 Manejo ambiental: Confort</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colocar al paciente de forma que se facilite su comodidad. • Controlar o evitar ruidos indeseables o excesivos, en lo posible |
| 25. RIESGO DE DESEQUILIBRIO DEL VOLUMEN DE LÍQUIDOS | <p>0601. Equilibrio hídrico.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presión arterial en rango esperado. • Ausencia de edemas periféricos. | <p>4130 Manejo de líquidos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comprobar Identificar posibles factores de riesgo de desequilibrio de líquidos (hipertermia, diaforesis, poliuria, diarrea). • Observar color y cantidad de la orina. |

| POSTQUIRÚRGICO TARDÍO Cumplimenta la Unidad de Hospitalización | | |
|---|--|---|
| NANDA | NOC | NIC |
| 133. DOLOR AGUDO | 2102. Nivel del dolor. • Expresiones orales de dolor. • Inquietud. | <p>1400 Manejo del dolor.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar una valoración exhaustiva del dolor. • Instaurar y modificar las medidas de control del dolor en función de la respuesta. <p>2210. Administración de analgésicos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comprobar el historial de alergias. • Comprobar las órdenes médicas en cuanto al fármaco, dosis y pauta de administración. |
| | 1605. Control del dolor. • Expresiones orales de dolor. • Inquietud. | <p>6482 Manejo ambiental: Confort</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colocar al paciente de forma que se facilite su comodidad. • Controlar o evitar ruidos indeseables o excesivos, en lo posible |



V SIMPOSIUM
INTERNACIONAL DE
DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMERÍA

| | | |
|--|--|---|
| <p>47 DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA.</p> | <p>1102. Curación de la herida por primera intención. •Aproximación cutánea.</p> | <p>3440Cuidado del sitio de incisión. • Limpiar desde la zona más limpia hacia la zona menos limpia, incluyendo drenajes y tubos. • Cambiar los apósitos a intervalos adecuados. • Vigilar el proceso de cicatrización en el sitio de incisión.</p> |
| <p>100. RETRASO EN LA RECUPERACIÓN QUIRÚRGICA</p> | <p>0204. Consecuencias de la Inmovilidad: Fisiológicas • Úlcera por presión. • Estreñimiento. •Disminución Estado nutricional • Fiebre • Disminución de la fuerza muscular.</p> | <p>0704 Cuidados del paciente encamado. • Colocar al paciente con una alineación corporal adecuada. • Mantener la cama limpia, seca y sin arrugas. • Cambiarlo de posición de manera pautada. 1800Ayuda en los auto cuidados. • Comprobar la capacidad del paciente para ejercer autocuidados independientes. • Establecer una rutina de actividades • Alentar la independencia, pero interviniendo si el paciente no puede realizar la acción dada.</p> |
| | <p>0204. Consecuencias de la Inmovilidad: Fisiológicas • Úlcera por presión. • Estreñimiento. •Disminución Estado nutricional • Fiebre • Disminución de la fuerza muscular.</p> | <p>3590 Vigilancia de la piel. • Observar si hay pérdida de integridad de la piel, drenaje y magulladuras. 3540 Prevención de úlceras por presión. • Determinar el nivel de riesgo. • Realizar cambios posturales pautados y colocar una superficie de alivio de la presión. • Utilizar ácidos grasos hiperoxigenados en las zonas expuestas a la presión 0430 Manejo Intestinal. • Tomar nota del último movimiento intestinal. • Identificar los factores que puedan ser la causa de trastornos intestinales.</p> |
| | <p>1004. Estado nutricional. • Ingestión alimentaria y de líquidos.</p> | <p>4130 Manejo de líquidos • Determinar la cantidad y tipo de ingesta de líquidos y hábitos de eliminación. • Observar el estado de hidratación. 1100Manejo Nutricional. •Comprobar la ingesta haciendo un seguimiento del contenido nutricional y calórico.</p> |
| | <p>1101. Integridad Tisular: Piel y membranas mucosas. • Ausencia de lesión tisular.</p> | <p>3660 Cuidados de las Heridas. • Limpiar la zona afectada con una solución salina a presión, si procede. • Aplicar un producto adecuado a la piel/lesión, si procede. 3520 Cuidados de las úlceras por presión. • Describir las características las lesión • Limpiar con suero salino. •Seleccionar el producto adecuado, según protocolo.</p> |

CONCLUSIONES.

La importante actuación de la enfermería en torno al proceso perioperatorio queda de manifiesto en el despliegue de actividad enfermera que se realiza con el plan de cuidados del paciente quirúrgico.

La planificación de cuidados en lenguajes estandarizados NANDA-NOC-NIC es un cambio importante en el sistema de trabajo relacionado con la actividad quirúrgica, respecto al desarrollado hasta este momento en nuestro Complejo Hospitalario.

El desarrollo efectivo y la implantación práctica del mapa de cuidados del Paciente Quirúrgico en nuestro Complejo Hospitalario de Jaen, pensamos que será un instrumento muy importante a través del cual los profesionales de enfermería podrán prestar un servicio y unos cuidados de mayor calidad, con una mayor satisfacción de los pacientes, que van a ver mejor atendidas sus expectativas y necesidades.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguarón García, M.J, Ricomà Muntané, R.; Ferrater Cubells, M.A.; Acebedo Urdiales, S y Rubio Rico, L.: Intervención enfermera en la persona en coma y su familia. Rev ROL Enferm. 23(10):688-694
- Alfaro-Lefevre, R.- Aplicación Del Proceso Enfermero; 4ª edición. Ed. Masson. Barcelona. 2002.
- Brunner L.S., Suddart D.S: enfermería Medico-Quirurgica. 8ª edición. Ed. Masson. Barcelona. 2000.
- Gonzalo Jiménez, E.: La Gestión de los cuidados enfermeros: Una propuesta en busca de a Excelencia de los cuidados. Libro de Actas. 1er. encentro científico ASANEC. Málaga. 2001.
- González Linares, RMª. La estandarización de cuidados en la gestión del proceso asistencial. Rev. Calidad Asistencial 1999. 14 :273-278.
- Guillament A., Jerez J.M.: enfermería Quirúrgica:Planes De Cuidados; 1ª edición. Ed. Masson. Barcelona. 1999
- Hinojosa Castillo, Julián: Implantación de planes de cuidados: un reto para la enfermería. 2001. Enferm Docente. 73:6-15.
- López Medina I.M., Sánchez Criado V.: Paciente Postquirúrgico. Plan de cuidados. Rev. Rol Enf. 2001. 24(3):219-224.
- Luis Rodrigo M.T. , Fernández Ferrín C., Navarro Gómez M.V. De la teoría a la practica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. Ed. Masson. Barcelona. 1998
- Johnson M, Bulechek G, McCloskey J, Maas M, Moorhead S.: Diagnostico Enfermeros, Resultados e Intervenciones. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. Harcourt-Mosby. Madrid. 2002
- Johnson M, Maas M, Moorhead S: Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE). 2ª Edición. Harcourt-Mosby. Madrid. 2001
- McCloskey JC, Bulechek GM: Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE). 3ª Edición. Harcourt-Mosby. Madrid. 2003.
- Martín Buigas AA: Planes de cuidados estandarizados, diagnosticos de enfermería y proceso enfermero si, pero ¿para qué sirve?. 2000. Enferm Docente. 69:4-6
- Morilla Herrera J.C., Martín Santos F.J.: La visión enfermera en la consulta de enfermería para pacientes crónicos. Rev. Rol Enf. 2001. 24(6):467-471
- North America Nursing Diagnoses Association: Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2003-2004. Elsevier. Madrid. 2003.
- **Rosa Ruiz A: Planes de cuidados estandarizados, diagnosticos de enfermería y proceso enfermero: sí. 2000. Enferm Docente. 69:9-10.**



**V SIMPOSIUM
INTERNACIONAL DE
DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMERÍA**

- Torres Pérez, L; Morales Asencio, JM; Rodríguez Salvador, MM y Castillo Lorente, JI: Estimación de la incidencia de respuestas humanas en el paciente crítico. *Tempus Vitalis*. 2(2):31-35.

PLAN DE CUIDADOS DEL NIÑO DE 1 A 14 AÑOS



Bellido Vallejo JC, Martos Monereo MA, García Fernández FP, Carrascosa García M^a, Guevara Sanz JM^a, Morcillo Nieto MC, Guirao Escrivá J



INTRODUCCIÓN

El periodo de vida que transcurre desde un año a los catorce se caracteriza por lo cambiante y la transformación tan importante que ocurre en tan poco tiempo tanto a nivel físico como psicológico y en las relaciones familiares / sociales. En la hospitalización de este grupo de paciente ocurren multitud de respuestas humanas que han de ser tenidas en cuenta a la hora de prestarles la mejor atención, intentando conseguir la mayor independencia y seguridad durante el periodo hospitalario.

METODOLOGÍA

Creación de un Plan de Cuidados Genérico, estandarizado, con el objetivo de contemplar los diagnósticos de enfermería más prevalentes en niños de 1 a 14 años que ingresan por presentar algún proceso de salud. Se desarrolla según los siguientes apartados establecidos para la línea genérica: Introducción, Justificación, Definición, Consideraciones generales, Plan de Cuidados, Bibliografía y Anexos (I: Criterios de Resultado; II: Intervenciones y Actividades; III: Hoja de Soporte del Plan de Cuidados; IV: Cumplimentación del soporte del plan de Cuidados). La fecha de aprobación ha sido el 1 de diciembre de 2003.



| PLAN DE CUIDADOS DEL NIÑO DE 1 A 14 AÑOS | | |
|--|--|---|
| NANDA | NOC | NIC |
| 155 Riesgo de Caídas | <p>9909 Conducta de seguridad. Prevención de caídas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uso correcto de dispositivos de ayuda. • Colocación de barandales para prevenir caídas. • Comprensión de las limitaciones físicas. | <p>8490 Prevención de caídas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar las características del ambiente que puedan aumentar la posibilidad de caídas en un ambiente dado. • Utilizar barandillas laterales de longitud y altura adecuadas para evitar caídas desde la cama, si es necesario. • Disponer estrecha vigilancia y / o dispositivos de retención (asiento de bebé con cinturón) al colocar niños en superficies elevadas (mesas o sillas altas). |
| 4 Riesgo de infección | <p>1902 Control del riesgo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Superar los factores de riesgo medicamentosos. • Desarrollar estrategias de control del riesgo efectivas. <p>1908 Detección del riesgo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reconocer los signos y síntomas que indican riesgo. • Utilizar los servicios sanitarios de acuerdo a sus necesidades. | <p>8543 Control de infecciones.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Poner en practica precauciones universales. • Usar guantes según lo exigen las normas de prevención universal. • Garantizar una manipulación aséptica de todas las líneas IV. • Asegurar una técnica de cuidado de heridas adecuada. |
| 85 Deterioro del Patrón del sueño | <p>4 Sueño.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Horas de sueño. • Calidad del sueño. | <p>1850 Fomentar el sueño.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón y cama) para favorecer el sueño. • Ayudar a disminuir situaciones estresantes. • Disponer / llevar a cabo medidas agrables: masajes, colocación y contacto afectivos. • Agrupar las actividades para minimizar el número de despertares, permitir ciclos de sueño de al menos 90 minutos. • Regular los estímulos del ambiente para mantener los ciclos día-noche normales. |
| 97 Déficit de actividades recreativas | <p>1604 Participación en Actividades de ocio.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Expresión de satisfacción con las actividades de ocio. | <p>3263 Terapia de entretenimiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incluir al paciente en la planificación de actividades recreativas. • Ayudar al paciente a elegir actividades recreativas coherentes con sus capacidades físicas, psicológicas y sociales. • Comprender la respuesta emocional, física y social a la actividad recreacional. |
| 146 Ansiedad (de los padres) (del niño) | <p>1402 Control de la Ansiedad.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los padres buscan información para reducir la ansiedad. • Los padres utilizan estrategias de superación efectivas. <p>130 Adaptación del niño a la hospitalización.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Resolución de la ansiedad. • Reconocimiento de la necesidad de hospitalización. • Cooperación con los procedimientos. | <p>8820 Disminución de la Ansiedad.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento. • Animar a los padres a permanecer el mayor tiempo posible. • Crear un ambiente que facilite la confianza. |
| 126 Conocimientos deficientes de los padres / del niño | <p>1803 Conocimiento: Proceso de enfermedad.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Familiaridad con el nombre de la enfermedad. • Descripción del proceso de enfermedad. <p>1824 Conocimiento: Asistencia médica.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Procedimiento terapéutico. • Recursos sanitarios. | <p>8802 Enseñanza: Proceso de Enfermedad.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente relacionado con el proceso de enfermedad específico. • Descubrir los signos y síntomas comunes de la enfermedad, si procede. • Proporcionar información a la familia / ser querido acerca del progreso del paciente, según proceda. • Descubrir el fundamento de las recomendaciones del médico/aguafortamento. <p>8618 Enseñanza: Procedimiento / Tratamiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informar al paciente / ser querido acerca de cuándo y dónde tendrá lugar el procedimiento / tratamiento, si procede. • Explicar el propósito del procedimiento / tratamiento. • Enseñar al paciente cómo cooperar / participar durante el procedimiento / tratamiento, si procede. |

CONCLUSIONES

El periodo de vida que transcurre de 1 a 14 años, como periodo de profundo cambio a todos los niveles del ser humano, requiere una atención muy especial, exigiendo al personal de enfermería una continua adaptación a las necesidades de este grupo de población.

Los planes de cuidados estandarizados permiten normalizar las actuaciones de todo el personal de enfermería, al tiempo que permiten adaptarse a esta situación cambiante de esta etapa del desarrollo del ser humano. Las taxonomías NANDA-NOC-NIC suponen realizar el trabajo enfermero con los niños de manera estructurada, estandarizada y actualizada, favoreciendo que la atención y los cuidados sean de calidad.

José Carlos Bellido Vallejo, Miguel Ángel Martos Monereo, F^o Pedro García Fernández, M^a Isabel Carrascosa García, Jesús M^a Guevara Sanz, M^a del Carmen Morcillo Nieto, Jaime Guirao Escrivá.

INTRODUCCIÓN.

El periodo de vida que transcurre desde un año a los catorce se caracteriza por lo cambiante y la transformación tan importante que ocurre en tan poco tiempo tanto a nivel físico como psicológico y en las relaciones familiares / sociales. En la hospitalización de este grupo de paciente ocurren multitud de respuestas humanas que han de ser tenidas en cuenta a la hora de prestarles la mejor atención, intentando conseguir la mayor independencia y seguridad durante el periodo hospitalario.

Alguna de las ventajas de los Planes de Cuidados son: Unificación tanto del lenguaje enfermero y los criterios de actuación ante problemas que son de nuestra competencia, mejora y facilita la comunicación interdisciplinar, proporciona mayor grado de difusión de conocimientos y por último y quizás más importante, dirige la aplicación del método científico en la atención enfermera con una mejora cualitativa de esta, en cada una de sus facetas, asistencial, investigadora, docente y administrativa.

Una definición del objeto de nuestra atención en el presente plan de cuidados sería: “ Ser cambiante en continua y rápida evolución en los aspectos físico-emocional-social que pasa de ser completamente dependiente en un principio, a poseer características físicas semejantes a las del adulto en los últimos años de la infancia, pero aún con serias carencias madurativas en el aspecto psicosocial”.

Ante ello nuestra oferta es una atención integral dirigida tanto al individuo sano como al enfermo, que abarque tanto la recuperación de la salud como su fomento y la prevención de la enfermedad, todo ello con la indispensable modulación para adaptar nuestra actuación a las necesidades cronológicas, sopesando las limitaciones que la edad impone y marcando metas realizables, sin olvidar las características individuales, y teniendo permanentemente presente el componente materno y familiar que lleva asociado.



V SIMPOSIUM
INTERNACIONAL DE
DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMERÍA

La utilización de los Planes de Cuidados estandarizados aplicados a una tarea tan compleja nos aportaría, desde el punto de vista del enfermero/a una guía en la que apoyarse; para el niño y familia, el ser perceptores de unos cuidados que no solamente les pondrán en el mejor camino para conseguir una mejor calidad de vida sino que aprenderán, en gran parte, a lograrlo por sí mismos gracias a la importancia que se le otorga a la EPS en estos planes.

Definición funcional: Persona de 1 a 14 años de vida (niño no lactante), ingresado en unidades de hospitalización.

Límite de entrada: Llegada del usuario a la unidad de hospitalización.

Límite final:

- ☒ Mejora de su patología.
- ☒ Finalización de estudio y/o tratamiento.
- ☒ Traslado a otro Hospital.
- ☒ Alta voluntaria.
- ☒ Exitus vitae.
- ☒ Fuga.

Para la realización de este Plan de cuidados Generalizado hemos partido de una serie de criterios comunes:

Niño: Persona de más de uno y hasta 14 años de vida.

Estancia media: Tiempo que el paciente de manera general está ingresado en la Unidad.

Las causas más frecuentes de ingreso en la unidad son:

Proceso agudo de enfermedad: ITU, SF, traumatismos, Sepsis....

Reagudización de un proceso crónico: Insuficiencia cardíaca, respiratoria...

Procedimientos diagnósticos: Observación, análisis de sangre, orina....

Procedimientos terapéuticos: hematológicos, intervención quirúrgica....

METODOLOGÍA. Creación de un Plan de Cuidados Genérico, estandarizado, con el objetivo de contemplar los diagnósticos de enfermería más prevalentes en niños de 1 a 14 años que ingresan por presentar algún proceso médico. Se desarrolla según los siguientes apartados establecidos para la línea genérica: Introducción, Justificación, Definición, Consideraciones generales, Plan de Cuidados, Bibliografía y Anexos (I:

Innovación en el proceso de cuidar: conjunción de herramientas y saber.
Valencia – 13 y 14 de mayo de 2004

Criterios de Resultado; II: Intervenciones y Actividades; III: Hoja de Soporte del Plan de Cuidados; IV: Cumplimentación del soporte del plan de Cuidados). La fecha de aprobación ha sido el 1 de diciembre de 2003.

RESULTADOS.

| PLAN DE CUIDADOS DEL NIÑO DE 1 A 14 AÑOS | | |
|--|---|---|
| NANDA | NOC | NIC |
| 155 Riesgo de Caídas | <p>1909 Conducta de seguridad. Prevención de caídas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uso correcto de dispositivos de ayuda. • Colocación de barreras para prevenir caídas. • Compensación de las limitaciones físicas. | <p>6490 Prevención de caídas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar las características del ambiente que puedan aumentar la posibilidad de caídas en un ambiente dado. • Utilizar barandillas laterales de longitud y altura adecuadas para evitar caídas de la cama, si es necesario. • Disponer estrecha vigilancia y / o dispositivos de retención (asiento de bebé con cinturón) al colocar niños en superficies elevadas (mesas o sillas altas). |
| 4 Riesgo de infección | <p>1902 Control del riesgo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Supervisa los factores de riesgo medioambientales. • Desarrolla estrategias de control del riesgo efectivas. <p>1908 Detección del riesgo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reconoce los signos y síntomas que indican riesgos. • Utiliza los servicios sanitarios de acuerdo a sus necesidades. | <p>6540 Control de infecciones.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Poner en práctica precauciones universales. • Usar guantes según lo exigen las normas de precaución universal. • Garantizar una manipulación aséptica de todas las líneas IV. • Asegurar una técnica de cuidados de heridas adecuadas. |



V SIMPOSIUM
INTERNACIONAL DE
DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMERÍA

| | | |
|--|--|--|
| <p>95 Deterioro del Patrón del sueño</p> | <p>4 Sueño.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Horas de sueño. • Calidad del sueño. | <p>1850 Fomentar el sueño.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón y cama) para favorecer el sueño. • Ayudar a eliminar situaciones estresantes. • Disponer / llevar a cabo medidas agradables: masajes, colocación y contacto afectuoso. • Agrupar las actividades para minimizar el número de despertares; permitir ciclos de sueño de al menos 90 minutos. • Regular los estímulos del ambiente para mantener los ciclos día-noche normales |
| <p>97 Déficit de actividades recreativas</p> | <p>1604 Participación en Actividades de ocio.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Expresión de satisfacción con las actividades de ocio. | <p>5360 Terapia de entretenimiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incluir al paciente en la planificación de actividades recreativas. • Ayudar al paciente a elegir actividades recreativas coherentes con sus capacidades físicas, psicológicas y sociales. • Comprobar la respuesta emocional, física y social a la actividad recreacional. |
| <p>146 Ansiedad (de los padres) (del niño)</p> | <p>1402 Control de la Ansiedad.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los padres buscan información para reducir la ansiedad. • Los padres utilizan | <p>5820 Disminución de la Ansiedad.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que se |



V SIMPOSIUM
INTERNACIONAL DE
DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMERÍA

| | | |
|---|---|--|
| | <p>estrategias de superación efectivas. 130 Adaptación del niño a la hospitalización.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Resolución de la ansiedad. • Reconocimiento de la necesidad de hospitalización. • Cooperación con los procedimientos. | <p>han de experimentar durante el procedimiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Animar a los padres a permanecer el mayor tiempo posible. • Crear un ambiente que facilite la confianza. |
| <p>126 Conocimientos deficientes de los padres / del niño</p> | <p>1803 Conocimiento: Proceso de enfermedad.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Familiaridad con el nombre de la enfermedad. • Descripción del proceso de enfermedad. <p>1824 Conocimiento: Asistencia médica.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Procedimiento terapéutico. • Recursos sanitarios. | <p>5602 Enseñanza: Procesos de Enfermedad.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente relacionado con el proceso de enfermedad específico. • Describir los signos y síntomas comunes de la enfermedad, si procede. • Proporcionar información a la familia / ser querido acerca de los progresos del paciente, según proceda. • Describir el fundamento de las recomendaciones del control/terapia/tratamiento. <p>5618 Enseñanza: Procedimiento / Tratamiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informar al paciente / ser querido acerca de cuándo y dónde tendrá lugar el procedimiento / tratamiento, si procede. • Explicar el propósito del procedimiento / tratamiento. • Enseñar al paciente cómo |

| | | |
|--|--|---|
| | | cooperar / participar durante el procedimiento / tratamiento, si procede. |
|--|--|---|

CONCLUSIONES.

El periodo de vida que transcurre de 1 a 14 años, como periodo de profundo cambio a todos los niveles del ser humano, requiere una atención muy especial, exigiendo al personal de enfermería una continua adaptación a las necesidades de este grupo de población.

Los planes de cuidados estandarizados permiten normalizar las actuaciones de todo el personal de enfermería, al tiempo que permiten adaptarse a esta situación cambiante de esta etapa del desarrollo del ser humano.

Las taxonomía NANDA-NOC-NIC suponen realizar el trabajo enfermero con los niños de manera estructurada, codificada y actualizada, favoreciendo que la atención y los cuidados sean de calidad.

BIBLIOGRAFÍA

- Gómez García, M. C. Enfermería Pediátrica, capítulo 1: Pasado, presente y futuro de la enfermería dedicada al cuidado de la infancia. Masson- Salvat Enfermería, Barcelona 1992.
- VVAA. Diagnósticos Enfermeros, Resultados e Intervenciones, capítulo 1: Los lenguajes. Ediciones Harcourt-Mosby. Madrid 2002.
- Guevara Sanz, J. M. y Requena Castillo, M. D. Filosofía de la calidad en enfermería clínica. Revista Enfermería Científica, Marzo- Abril 2002. Pgs. 240-1.
- VVAA. Clasificación de Intervenciones de Enfermería. Apartado: Focos de acción y tendencias en la clasificación terminológica de Enfermería. Edt. Síntesis. Madrid 1999. Pgs. 13-21.
- Ortega Martínez, C. y Sánchez González, N. Lenguaje de enfermería en las publicaciones científicas, Enfermería Científica, Mayo- Junio 1999. Pgs. 206-7.
- VVAA. Documentación de Apoyo del Curso de Enfermería Materno-Infantil. Módulo IV: Perspectivas de la Pediatría. Edt. Escuela de Ciencias de la Salud.
- Sánchez Gómez, N. Metodología enfermera, una estrategia de motivación. Enfermería Científica, Enero- Febrero 1999. Pgs 85-8.

PLANES DE CUIDADOS ESTANDARIZADOS EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN

Bellido Vallejo JC, Carrascosa García MI, García Fernández FP, Guevara Sanz JM^a, Morcillo Nieto MC, Guirao Escrivá J



Existe un interés creciente por parte de los proveedores de salud y de los profesionales, por ofrecer cuidados de calidad, que sintoniza con la mayor demanda de los ciudadanos. Enfermería se sitúa en una posición estratégica para incidir en unos cuidados y prestaciones que incrementen la satisfacción, sabiendo recoger las inquietudes ciudadanos e incluir en su quehacer las nuevas herramientas de trabajo.

METODOLOGÍA

- * La unificación de los cuatro Hospitales en el Complejo Hospitalario de Jaén (CHJ), propicia la creación de Planes de Cuidados Estandarizados en todo el CHJ.* Desde la Dirección de Enfermería y coordinado por Unidad de Formación, Investigación y Calidad (UFIC) se establecen los criterios para desarrollar una línea de Planes de Cuidados Estandarizados Genéricos, a través de la Comisión de Planes de Cuidados de la Junta de Enfermería.
- * Siete líneas genéricas de Planes de Cuidados, que servirán para desarrollar Planes específicos de una determinada situación de salud que irán anexándose al Genérico.
- * Cada Plan de Cuidados, generalizado y estandarizado, se desarrolla según los siguientes apartados:

I. Introducción y Justificación. II. Objetivos. III. Consideraciones generales. IV. Necesidades Básicas Humanas. V. Diagnóstico de Enfermería y Anexo I. Criterios de Resultado. VI. Intervenciones y Actividades. VII. Hoja de Soporte de Plan de Cuidados. VIII. Cumplimentación del soporte de plan de Cuidados.



RESULTADOS

Desarrollo, creación y aprobación de seis Planes de Cuidados Genéricos: Plan de Cuidados Paciente Agudo; Salud Mental; Paciente Quirúrgico; Embarazo-Parto-Puerperio; Del Lactante y Del Niño de 1 a 14 años. Cuatro de ellos se desarrollan atendiendo al Registro de Valoración al Ingreso de nuestro Complejo Hospitalario según los distintos apartados que en él se establecen (Necesidades Básicas Humanas - Modelo de Virginia Henderson modificado), los otros dos se configuran como mapa de cuidados (Embarazo-Parto y Puerperio; Paciente Quirúrgico), quedando pendiente la línea del Paciente Crónico. Los Diagnósticos de Enfermería se expresan en Taxonomía NANDA II, los Criterios de Resultado en Taxonomía NOC (segunda edición) y las Intervenciones / Actividades en Taxonomía NIC (tercera edición). En el Anexo 1 se desarrollan los criterios de Resultado con los indicadores adecuados, con la escala de Medida de los Criterios (Likert). En el Anexo 2 se desarrollan las Intervenciones con las actividades ajustadas a la situación de este grupo de pacientes, diferenciando entre actividades necesarias y recomendadas, con un cronograma diario que incluye cuatro grados de actuación. El Anexo 3 es la hoja de soporte que sirve para el seguimiento del Plan con la activación de Diagnósticos, Criterios e Intervenciones, donde se monitorizan los indicadores en el tiempo. En el Anexo IV se establecen las orientaciones para la correcta cumplimentación del Plan de Cuidados.



CONCLUSIONES

La oportunidad de establecer Planes de Cuidados Estandarizados que se brinda con la creación del CHJ es única, pues permite abarcar todas las posibles situaciones de Salud que se plantean en el ámbito hospitalario, con la implicación de un importante número de profesionales. La utilización de Taxonomías NANDA-NOC-NIC, supone un cambio importante en la metodología de trabajo, que requiere de una implantación progresiva, pero totalmente necesaria si queremos ofrecer cuidados de calidad, favorecer la continuidad en los cuidados y permanecer actualizados.

José Carlos Bellido Vallejo, M^a Isabel Carrascosa García, F^o Pedro García Fernández, Jesús M^a Guevara Sanz, M^a del Carmen Morcillo Nieto, Jaime Guirao Escrivá.

COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN

Innovación en el proceso de cuidar: conjunción de herramientas y saber.
Valencia – 13 y 14 de mayo de 2004

INTRODUCCIÓN.

Existe un interés creciente por parte de los proveedores de salud y los profesionales, por ofrecer cuidados de calidad, que sintoniza con la mayor demanda de los ciudadanos.

Enfermería se sitúa en una posición estratégica para incidir en unos cuidados y prestaciones que incrementen la satisfacción, sabiendo recoger las inquietudes ciudadanos e incluir en su quehacer las nuevas herramientas de trabajo.

METODOLOGIA.

La atención Especializada dentro de la Provincia de Jaen se realiza a través de diversos Hospitales que situados estratégicamente intentan dar cobertura a la totalidad de los ciudadanos, teniendo en cuenta las diferencias orográficas y de población que existen por la provincia.

En Jaén capital esta asistencia se establecía a través de cuatro hospitales, que individualmente cada uno presentaba diferencias importantes con respecto a los demás en relación a los servicios y prestaciones que ofrecía.

Aprovechando la unificación de los cuatro Hospitales existentes en la Capital en el Complejo Hospitalario de Jaen (CHJ) y considerando la oportunidad que esto supone para unificar y actualizar la atención que prestan las enfermeras a la población desde la perspectiva de la Atención Especializada, se comienza e impulsa una estrategia para crear una línea de trabajo profesional actualizada que promueve la creación de Planes de Cuidados Estandarizados para todo el CHJ.

Desde la Dirección de Enfermería, como responsable de la orientación profesional y mejora de la calidad de los cuidados y el objetivo de crear una metodología de trabajo actualizada, bajo la coordinación de la Unidad de Formación, Investigación y Calidad (UFIC) se establecen los criterios para desarrollar una línea de Planes de Cuidados Estandarizados Genéricos, a través de la Comisión de Planes de Cuidados dependiente de la Junta de Enfermería, dando participación a los profesionales de los cuatros hospitales. Se establece siete líneas genéricas de Planes de Cuidados.

- Embarazo-Parto y Puerperio.
- Lactante (Recién nacido hasta 1 años).
- Niño (de 1 año a 14 años).
- Quirúrgico.



**V SIMPOSIUM
INTERNACIONAL DE
DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMERÍA**

- Salud Mental.
- Paciente Agudo.
- Paciente Crónico.

La creación de cada uno de las líneas genéricas servirán para desarrollar otros Planes de Cuidados específicos de una determinada situación de salud, que manteniendo como soporte el Plan de Cuidados Genérico, irán anexándose al Genérico, de manera que no se duplique información y facilite el manejo de esta metodología de trabajo. Cada Plan de Cuidados, generalizado y estandarizado, se desarrolla según los siguientes apartados:

- Introducción.
- Justificación.
- Definición.
- Consideraciones generales.
- Plan de Cuidados.
- Bibliografía.
- Anexos.
 - I: Criterios de Resultado.
 - II: Intervenciones y Actividades.
 - III: Hoja de Soporte del Plan de Cuidados.
 - IV: Cumplimentación del soporte del plan de Cuidados.

RESULTADOS.

Desarrollo, creación y aprobación de los siguiente Planes de Cuidados Genéricos:

- Plan de Cuidados Paciente Agudo.
- Plan de Cuidados Paciente Salud Mental. Este Genérico da soporte a los siguientes específicos:
 - Trastornos de ansiedad.
 - Trastornos del humor.
 - Paciente psicótico.
 - Paciente suicida.
 - Trastornos de personalidad.
- Paciente Quirúrgico.
- Embarazo-Parto-Puerperio.

**Innovación en el proceso de cuidar: conjunción de herramientas y saber.
Valencia – 13 y 14 de mayo de 2004**

- Del Lactante.
- Del Niño de 1 a 14 años.

Cuatro de ellos se desarrollan atendiendo al Registro de Valoración al Ingreso de nuestro Complejo Hospitalario según los distintos apartados que en él se establecen (Necesidades Básicas Humanas - Modelo de Virginia Henderson modificado):

- Paciente agudo.
- Niño de 1 a 14 años.
- Lactante.
- Salud Mental

Los otros dos se configuran como mapa de cuidados:

- Embarazo-parto y puerperio.
- Paciente quirúrgico.

Queda pendiente de desarrollo el correspondiente al paciente crónico para completar las siete líneas genéricas establecidas de antemano.

Los Diagnósticos de Enfermería se expresan en Taxonomía NANDA II, los Criterios de Resultado en Taxonomía NOC (segunda edición) y las Intervenciones / Actividades en Taxonomía NIC (tercera edición).

En el Anexo 1 se desarrollan los criterios de Resultado con una selección de los indicadores más adecuados a cada situación, con la escala de Medida de los Criterios (Likert).

En el Anexo 2 se desarrollan las Intervenciones con las actividades ajustadas a la situación de este grupo de pacientes, diferenciando entre actividades necesarias y recomendadas, con un cronograma de cinco días que incluye cuatro grados de actuación.

En el Anexo 3 es la hoja de soporte que sirve para el seguimiento del Plan con la activación de Diagnósticos, criterios e intervenciones, donde se monitorizan los indicadores en el tiempo, pretendiendo ser un documento que facilite la visión global del paciente, rentabilizando el esfuerzo y seguimiento del Plan de Cuidados, a través del cual se ofrecer toda la información del seguimiento y evolución del paciente,

completada con el resto de documentación y registros que conforman la historia de enfermería.

En el Anexo IV se establecen las orientaciones para la correcta cumplimentación del Plan de Cuidados. Existen observaciones de cómo hay que identificar correctamente el plan de cuidados, se explica como y donde se encuentran los Diagnósticos de Enfermería, indicando la forma correcta de cumplimentar la hoja de soporte. Al igual que con los Diagnósticos se establecen orientaciones para los Criterios de Resultados y las Intervenciones, con ejemplos de cómo interpretar, cumplimentar y como realizar la evolución del plan de cuidados. Existen apartados sobre la responsabilidad de los cuidados y de cómo activar la firmas de la valoración y evaluación. También se ajunta un cronograma de intervenciones que de manera orientativa expresa de manera gráfica y con colores la intensidad de los cuidados en el tiempo.

CONCLUSIONES.

La oportunidad de establecer Planes de Cuidados estandarizados que se brinda con la creación del CHJ es única, pues permite abarcar todas las posibles situaciones de Salud que se plantean en el ámbito hospitalario, con la implicación de un importante número de profesionales.

La utilización de Taxonomías NANDA-NOC-NIC, supone un cambio importante en la metodología de trabajo, que requiere de una implantación progresiva, pero totalmente necesaria si queremos ofrecer cuidados de calidad, favorecer la continuidad en los cuidados y permanecer actualizados.

V SIMPOSIUM
 INTERNACIONAL DE
 DIAGNÓSTICOS DE
 ENFERMERÍA

PLAN DE CUIDADOS EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO



Águila Barranco JC, García Fernández FP, Bellido Vallejo JC, Carrascosa García M^aI, Guevara Sanz JM^a, Morcillo Nieto MC, Guirao Escrivá J



INTRODUCCIÓN

El nacimiento de un nuevo ser supone una situación de cambio importante en el seno de una familia. España posee un índice de natalidad bajo (1,26 en 2002), por lo que los niños son un bien escaso. Los profesionales de enfermería podemos contribuir de manera muy positiva a que este momento sea lo más dichoso posible.

METODOLOGÍA

Creación de un Plan de Cuidados Genérico, en formato mapa de cuidados con el objetivo de contemplar los diagnósticos de enfermería más prevalentes tanto en la fase de parto, en la de puerperio inmediato como en el hospitalario, dando respuesta a la mujer y su hijo en el Servicio de Partos y en la unidad de Hospitalización.

Se desarrolla según los siguientes apartados establecidos para la línea genérica: Introducción, Justificación, Definición, Consideraciones generales, Plan de Cuidados, Bibliografía y Anexos (I: Criterios de Resultado; II: Intervenciones y Actividades; III: Hoja de Soporte del Plan de Cuidados; IV: Cumplimentación del soporte del plan de Cuidados). La fecha de aprobación ha sido el 1 de diciembre de 2003.

| EMBARAZO (PREVIO Y DURANTE EL DESARROLLO DE LA GESTACIÓN) | |
|---|---|
| 100 CONOCIMIENTOS DEFICIENTES | <ul style="list-style-type: none"> 1001 Conocimiento de la atención prenatal y del parto. 1002 Conocimiento de la atención postparto. |
| 101 ANSIEDAD | <ul style="list-style-type: none"> 1011 Ansiedad por el parto. 1012 Ansiedad por el puerperio. |
| 102 DOLOR | <ul style="list-style-type: none"> 1021 Dolor de parto. 1022 Dolor postparto. |
| 103 RIESGO DE LESIÓN DEL BEBÉ | <ul style="list-style-type: none"> 1031 Lesión por parto. 1032 Lesión por puerperio. |
| 104 RIESGO DE LESIÓN DE LA MADRE | <ul style="list-style-type: none"> 1041 Lesión por parto. 1042 Lesión por puerperio. |
| 105 RIESGO DE LESIÓN DEL CUERPO DEL BEBÉ | <ul style="list-style-type: none"> 1051 Lesión por parto. 1052 Lesión por puerperio. |
| 106 RIESGO DE LESIÓN DE LA MADRE | <ul style="list-style-type: none"> 1061 Lesión por parto. 1062 Lesión por puerperio. |

| DILATACIÓN PARTO Y PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN EN RELACIÓN CON LA ANALGESIA EPIDURAL | |
|--|---|
| 107 CONOCIMIENTOS DEFICIENTES | <ul style="list-style-type: none"> 1071 Conocimiento de la analgesia epidural. 1072 Conocimiento de los riesgos de la analgesia epidural. |
| 81 COMPLIJO EN LA TOMA DE DECISIONES | <ul style="list-style-type: none"> 8101 Complicación en la toma de decisiones. 8102 Complicación en la toma de decisiones. |
| 82 DETERIORO DE LA INTELIGENCIA | <ul style="list-style-type: none"> 8201 Deterioro de la inteligencia. 8202 Deterioro de la inteligencia. |
| 110 DEFICIT DE USO DEL VEC | <ul style="list-style-type: none"> 1101 Deficit de uso del vec. 1102 Deficit de uso del vec. |
| 21 RESTRICCIÓN URINARIA | <ul style="list-style-type: none"> 2101 Restricción urinaria. 2102 Restricción urinaria. |

| PUERPERIO INMEDIATO Cumplimiento al Servicio de PARTOS | |
|---|--|
| 31 RIESGO DE LESIÓN DEL BEBÉ | <ul style="list-style-type: none"> 3101 Lesión por parto. 3102 Lesión por puerperio. |
| 32 RIESGO DE LESIÓN DE LA MADRE | <ul style="list-style-type: none"> 3201 Lesión por parto. 3202 Lesión por puerperio. |
| 33 RIESGO DE LESIÓN DE LA MADRE | <ul style="list-style-type: none"> 3301 Lesión por parto. 3302 Lesión por puerperio. |
| 34 RIESGO DE LESIÓN DE LA MADRE | <ul style="list-style-type: none"> 3401 Lesión por parto. 3402 Lesión por puerperio. |
| 35 RIESGO DE LESIÓN DE LA MADRE | <ul style="list-style-type: none"> 3501 Lesión por parto. 3502 Lesión por puerperio. |
| 36 RIESGO DE LESIÓN DE LA MADRE | <ul style="list-style-type: none"> 3601 Lesión por parto. 3602 Lesión por puerperio. |
| 37 RIESGO DE LESIÓN DE LA MADRE | <ul style="list-style-type: none"> 3701 Lesión por parto. 3702 Lesión por puerperio. |
| 38 RIESGO DE LESIÓN DE LA MADRE | <ul style="list-style-type: none"> 3801 Lesión por parto. 3802 Lesión por puerperio. |
| 39 RIESGO DE LESIÓN DE LA MADRE | <ul style="list-style-type: none"> 3901 Lesión por parto. 3902 Lesión por puerperio. |
| 39 CONOCIMIENTOS DEFICIENTES | <ul style="list-style-type: none"> 3901 Conocimiento de la atención postparto. 3902 Conocimiento de la atención postparto. |

| PUERPERIO CLÍNICO Cumplimiento al Servicio de Hospitalización | |
|--|--|
| 108 ANSIEDAD | <ul style="list-style-type: none"> 1081 Ansiedad por el parto. 1082 Ansiedad por el puerperio. |
| 109 DOLOR | <ul style="list-style-type: none"> 1091 Dolor de parto. 1092 Dolor postparto. |
| 110 LACTANCIA DEFICIENTE | <ul style="list-style-type: none"> 1101 Lactancia deficiente. 1102 Lactancia deficiente. |
| 111 LA FAMILIA DEFICIENTE | <ul style="list-style-type: none"> 1111 Familia deficiente. 1112 Familia deficiente. |
| 31 RIESGO DE LESIÓN DE LA MADRE | <ul style="list-style-type: none"> 3101 Lesión por parto. 3102 Lesión por puerperio. |
| 32 RIESGO DE LESIÓN DE LA MADRE | <ul style="list-style-type: none"> 3201 Lesión por parto. 3202 Lesión por puerperio. |
| 33 RIESGO DE LESIÓN DE LA MADRE | <ul style="list-style-type: none"> 3301 Lesión por parto. 3302 Lesión por puerperio. |
| 34 RIESGO DE LESIÓN DE LA MADRE | <ul style="list-style-type: none"> 3401 Lesión por parto. 3402 Lesión por puerperio. |
| 35 RIESGO DE LESIÓN DE LA MADRE | <ul style="list-style-type: none"> 3501 Lesión por parto. 3502 Lesión por puerperio. |
| 36 RIESGO DE LESIÓN DE LA MADRE | <ul style="list-style-type: none"> 3601 Lesión por parto. 3602 Lesión por puerperio. |
| 37 RIESGO DE LESIÓN DE LA MADRE | <ul style="list-style-type: none"> 3701 Lesión por parto. 3702 Lesión por puerperio. |
| 38 RIESGO DE LESIÓN DE LA MADRE | <ul style="list-style-type: none"> 3801 Lesión por parto. 3802 Lesión por puerperio. |
| 39 RIESGO DE LESIÓN DE LA MADRE | <ul style="list-style-type: none"> 3901 Lesión por parto. 3902 Lesión por puerperio. |
| 39 CONOCIMIENTOS DEFICIENTES | <ul style="list-style-type: none"> 3901 Conocimiento de la atención postparto. 3902 Conocimiento de la atención postparto. |

CONCLUSIONES

Aunque a efectos prácticos se establecen varias fases (parto-puerperio inmediato y puerperio clínico) dentro del plan de cuidados, no existe en la realidad una línea divisoria de las fases, siendo un continuo, con lo que los problemas detectados en una fase han de ser tenido en cuenta en las siguientes. Las respuestas y las emociones que acontecen en la mujer-niño-entorno familiar requieren de un cuidadoso y exquisito abordaje por lo importantes que son todos los aspectos que se relacionan tanto a nivel físico como psicológico y familiar. Los cuidados que se prestan en tales circunstancias no solo son importantes sino que han de realizarse con intensidad en momentos muy cruciales de la vida de las personas, con una importante carga de trabajo para los profesionales.

José Carlos Águilas Barranco, F^o Pedro García Fernández, José Carlos Bellido Vallejo, M^a Isabel Carrascosa García, Jesús M^a Guevara Sanz, M^a del Carmen Morcillo Nieto, Jaime Guirao Escrivá.

COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN

Innovación en el proceso de cuidar: conjunción de herramientas y saber.
Valencia – 13 y 14 de mayo de 2004

INTRODUCCIÓN.

El nacimiento de un nuevo ser supone una situación de cambio importante en el seno de una familia. La etapa final de nueve meses de embarazo en el que se ha producido una modificación elevada tanto en el plano físico como psíquico de la mujer, con repercusiones también en el padre, así como en el entorno familiar mas íntimo.

España posee uno de los índices de natalidad mas bajos del mundo 1.26 en 2002. Los niños para nuestra sociedad son un bien escaso y con un valor muy elevado. El parto es una situación que va a ocurrir en pocas ocasiones en cada mujer pero deja una huella indeleble.

El parto en nuestra cultura y sociedad tiene unas connotaciones ligadas al dolor y al sufrimiento. Los profesionales del cuidado debemos intentar que ese momento se convierta en una situación, sino placentera, si dichosa para los padres. Debemos conseguir que los cuidados administrados a la parturienta y a su acompañante en esos momentos se aplique de forma global, tanto en el aspecto fisiológico como emocional, considerando el nacimiento como el único centro de nuestra atención.

Hemos tratado de realizar con este plan de cuidados un instrumento para la gestión, adecuando la oferta de enfermería a las necesidades y expectativas de las parturientas y futuras madres sin por ello disminuir el nivel de calidad en los cuidados administrados.

No hemos olvidado abordar todo el proceso del nacimiento desde una perspectiva integral ocupándonos de la madre, del recién nacido así como del padre evitando caer solo en el aspecto fisiopatológico de la situación.

Este plan utiliza la taxonomía NANDA/NOC/NIC interrelacionada. A efectos prácticos hemos dividido este plan en tres fases, incluyendo los cuidados dedicados a la analgesia epidural, tanto en zona de paritorio como en hospitalización: parto -- puerperio inmediato -- puerperio precoz.

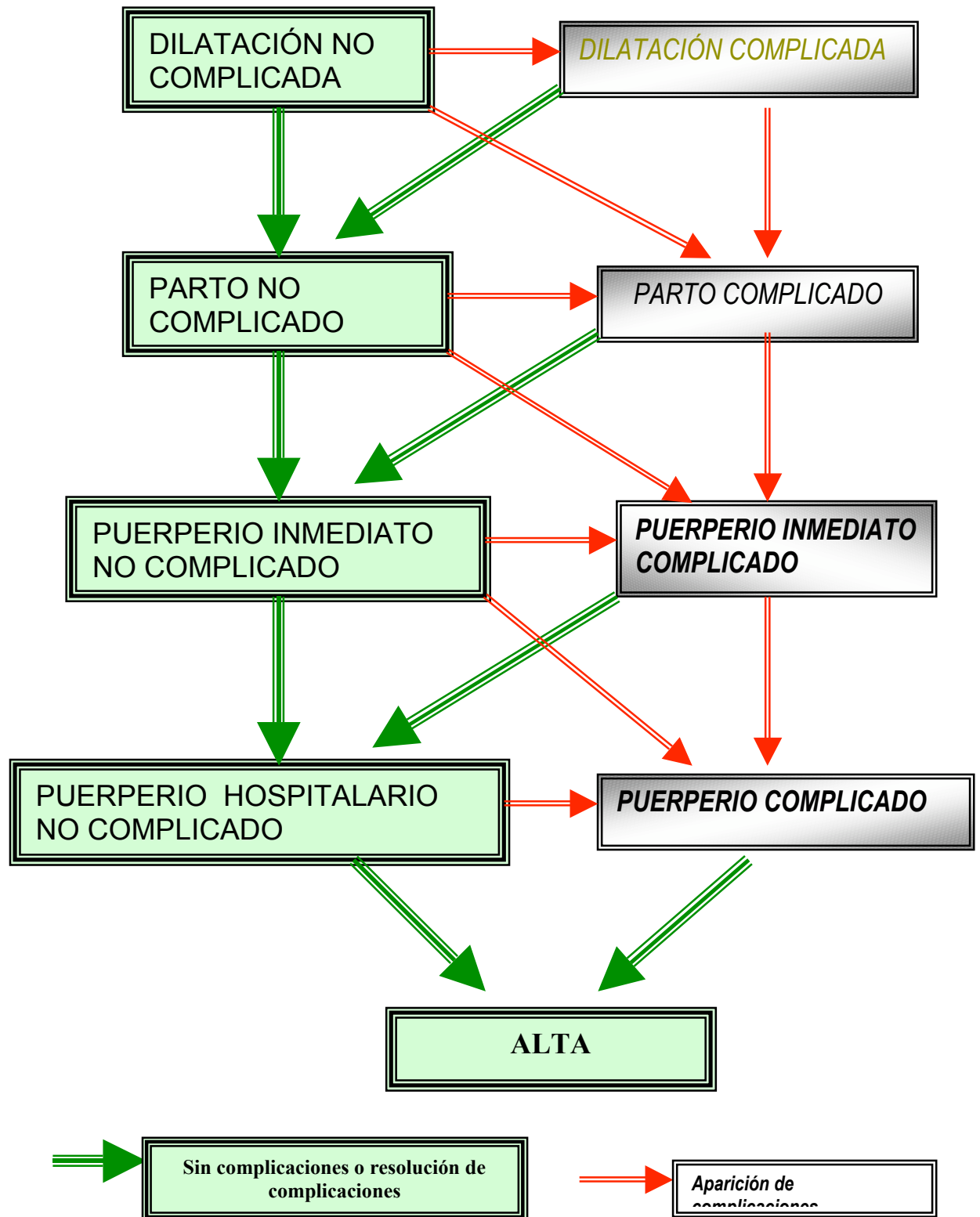
Consideraciones Generales

Debido a que el proceso de parto ocurre en varias horas(dilatación entre 8-12 horas en primíparas y 6-9 horas en múltiparas), el concepto de valoración inicial, tal y como lo entendemos para un proceso de carácter patológico agudo, no es excesivamente operativo. Durante el continuo dilatación-parto-alumbramiento-puerperio los numerosos cambios que se producen en un periodo relativamente corto de tiempo hace que la valoración-evaluación de la situación se deba de hacer en periodos de tiempos mas cortos y cambiantes en función de la evolución del proceso.



**V SIMPOSIUM
INTERNACIONAL DE
DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMERÍA**

Dividir el plan general de cuidados durante el parto y puerperio en tres fases se realiza para aumentar la operatividad del mismo, ya que las situaciones que se nos pueden presentar a lo largo de este tiempo son muy distintas.



METODOLOGÍA.

Creación de un Plan de Cuidados Genérico, en formato mapa de cuidados con el objetivo de contemplar los diagnósticos de enfermería más prevalentes tanto en la fase de parto, como en la de puerperio inmediato como en el hospitalario, dando respuesta a la mujer y su hijo tanto en el Servicio de partos como en Hospitalización.

Se desarrolla según los siguientes apartados establecidos para la línea genérica: Introducción, Justificación, Definición, Consideraciones generales, Plan de Cuidados, Bibliografía y Anexos (I: Criterios de Resultado; II: Intervenciones y Actividades; III: Hoja de Soporte del Plan de Cuidados; IV: Cumplimentación del soporte del plan de Cuidados). La fecha de aprobación ha sido el 1 de diciembre de 2003.

RESULTADOS.

PLAN DE CUIDADOS EMBARAZO – PARTO – PUERPERIO.

| DILATACIÓN, PARTO Y PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN EN RELACIÓN CON LA ANALGESIA EPIDURAL | | |
|--|---|--|
| NANDA | NOC | NIC |
| 126 CONOCIMIENTOS DEFICIENTES | 1814 Conocimiento: procedimientos terapéuticos Descripción del procedimiento terapéutico. Descripción de los posibles efectos indeseables. | 5618 Enseñanza procedimiento/tto. • Determinar experiencias anteriores y el nivel de conocimientos relacionados con el proceso. • Explicar el proceso su propósito y las actividades a realizar. |
| 83 CONFLICTO EN LA TOMA DE DECISIONES | 1606 Participación: Decisiones sobre asistencia sanitaria. • Identifica el nivel de resultado asistencial sanitario a conseguir. | 5250 Apoyo en la toma de decisiones • Ayudar al paciente a identificar las ventajas y desventajas de cada alternativa. • Proporcionar la información solicitada por el paciente. |
| 85 DETERIORO DE LA MOVILIDAD | Nivel de movilidad. Mantenimiento de la posición corporal. • Movimiento muscular en miembros inferiores. | 0840 Cambio de posición. • Colocar en la posición de alineación corporal. 6490 Prevención de caídas. • Identificar déficit físicos del paciente que puedan |



| | | |
|----------------------------------|--|---|
| | | <p>aumentar la posibilidad de caídas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colocar los objetos a su alcance. |
| 110 DÉFICIT DE USO DEL WC | <p>Cuidados personales: uso del inodoro</p> <p>conoce y responde a la replección vesical y sale del cuarto de baño.</p> | <p>1804 Ayuda con los autocuidados: aseo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al paciente con la cuña a intervalos específicos. • Disponer de intimidad durante la eliminación. |
| 23 RETENCIÓN URINARIA | <p>Continencia urinaria</p> <p>conoce la urgencia miccional. responde de forma adecuada a la urgencia</p> | <p>0620 Cuidados de la retención urinaria.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valoración urinaria exhaustiva. • Insertar catéter urinario si procede. |

| DILATACIÓN Y PARTO Cumplimenta el Servicio de PARTOS | | |
|---|--|---|
| NANDA | NOC | NIC |
| <p>146 ANSIEDAD</p> <p>148 TEMOR</p> | <p>1402 Control de la ansiedad.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitoriza la intensidad de la ansiedad. • Busca información para reducir la ansiedad <p>1404 Control del miedo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Supervisa la intensidad del miedo. • Busca información para reducir el miedo | <p>5820 Disminución de la ansiedad</p> <ul style="list-style-type: none"> • Explicar y dar información objetiva de todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que han de experimentar durante el proceso. <p>5240 Asesoramiento</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al paciente a identificar el problema o la situación causante del trastorno. <p>5380 Potenciación de la seguridad.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mostrar calma. • Permanecer con el paciente para fomentar su seguridad durante los periodos de ansiedad. |

| | | |
|--|--|--|
| 132 DOLOR AGUDO | 2102 Nivel del dolor <ul style="list-style-type: none"> • Dolor referido. • Expresiones orales de dolor. • Expresiones faciales de dolor. | 1400 Manejo del dolor <ul style="list-style-type: none"> • Ofertar las diferentes formas de analgesia incluida la epidural (D101/95JA) |
| | 2100 Nivel de comodidad <ul style="list-style-type: none"> • Satisfacción expresada con el control del dolor. | 5482 Manejo ambiental: confort <ul style="list-style-type: none"> • Determinar las fuentes de incomodidad. • Colocar al paciente de forma que se facilite la comodidad. |
| 35 RIESGO DE LESIÓN (DE LA MADRE) | 2510 Estado materno: parto. <ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia, Duración e Intensidad de las contracciones uterinas. • Progresión de la dilatación cervical | 6850 Inducción al parto <ul style="list-style-type: none"> • Observar si hay signos de insuficiencia útero placentaria durante el proceso de inducción. • Disminuir o aumentar la estimulación uterina según sea necesario. 6830 Cuidados intraparto <ul style="list-style-type: none"> • Valoración periódica del progreso de la dilatación Dinámica uterina, Bienestar fetal, Dilatación cervical, Estado de las membranas. • Aplicar los tratamientos que fuesen necesarios 6270 Parto <ul style="list-style-type: none"> • Favorecer la asistencia del acompañante ☒ Realizar protocolo de identificación del recién nacido y detección de metabolopatías |
| 35 RIESGO DE LESIÓN (DEL BEBE) | 0112 Estado fetal: parto. <ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia cardiaca fetal ERE • Variabilidad y Patrones de desaceleración en los hallazgos electrónicos del monitor fetal. • Color del líquido amniótico. | 6772 Monitorización fetal electrónica <ul style="list-style-type: none"> • Valoración de la frecuencia cardiaca y la actividad uterina manteniendo • Registrar el resultado de la monitorización |
| 69 AFRONTAMIENTO INEFECTIVO | 1302 Superación de problemas <ul style="list-style-type: none"> • Refiere disminución de estrés. | 5230 Aumentar el afrontamiento <ul style="list-style-type: none"> • Fomentar un dominio gradual de la situación |

| | | |
|--|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Verbaliza aceptación de la situación | <ul style="list-style-type: none"> • Valorar la comprensión del paciente del proceso 4700 Reestructuración cognitiva • Señalar los estilos de pensamiento disfuncionales. • Ayudar a reemplazar las interpretaciones equivocadas por interpretaciones basadas en la realidad. |
| <p>74 AFRONTAMIENTO FAMILIAR</p> | <p>2208 Factores estresantes del cuidador principal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Factores estresantes referidos por el cuidador. | <p>7040 Apoyo al cuidador principal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar el nivel de conocimientos del cuidador y la aceptación de su papel. • Animar al cuidador a que asuma su responsabilidad, si es el caso. |

| <p align="center">PUERPERIO INMEADIATO Cumplimenta el Servicio de PARTOS</p> | | |
|---|---|--|
| NANDA | NOC | NIC |
| <p>35 RIESGO DE LESIÓN (DEL RECIÉN NACIDO)</p> | <p>0118 Adaptación del recién nacido</p> <ul style="list-style-type: none"> • Puntuación de APGAR • Frecuencia cardíaca 100-160 latidos minuto. • Frecuencia respiratoria 30-60 | <p>6880 Cuidados del recién nacido.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Secar al bebé y limpiar las vías aéreas de mucosidades inmediatamente del nacimiento. • Mantenerlo piel con piel e iniciar la lactancia materna en los 30 primeros minutos. <p>6890 Monitorización del recién nacido</p> <ul style="list-style-type: none"> • Test de Apgar al primer y a los cinco minutos. • Observar el color y la forma de respirar de recién nacido valorando signos de distres. <p>6974 Resucitación neonato</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proceder a las maniobras de resucitación según la puntuación de Apgar obtenida. |
| <p>35 RIESGO DE LESIÓN (DE LA MADRE)</p> | <p>2511 Estado materno: puerperio.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Constantes vitales ERE • Altura del fondo | <p>6680 Vigilancia periódica de los signos vitales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Controlar periódicamente T.A., pulso, Tª y estado respiratorio • Identificar posibles cambios en |



V SIMPOSIUM
INTERNACIONAL DE
DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMERÍA

| | | |
|-------------------------------|--|--|
| | <p>uterino</p> <ul style="list-style-type: none"> • Características de los loquios | <p>signos vitales.</p> <p>6930 Cuidados postparto</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vigilar loquios para determinar el carácter, cantidad y presencia de coágulos. • Comprobar la altura y firmeza del fundus <p>1750 Cuidados perineales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantener el perineo seco e higiene • Aplicar frío en la zona si procede |
| 93 FATIGA | <p>0002 Conservación de la energía</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reconoce limitaciones de energía • Adapta el estilo de vida al nivel de energía | <p>0180 Manejo de la energía.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar las limitaciones físicas del paciente • Favorecer el reposo <p>6482 Manejo ambiental: confort</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cama limpia y cómoda • Ajustar la temperatura ambiental e iluminación evitando ruidos indeseables. |
| 126 CONOCIMIENTOS DEFICIENTES | <p>1800 Conocimiento: lactancia materna</p> <ul style="list-style-type: none"> • Descripción de los beneficios de la lactancia materna. | <p>5244 Asesoramiento en la lactancia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar el conocimiento de la alimentación a pecho. • Proporcionar información sobre las ventajas de la colocación precoz (en los primeros 30') <p>1054 Ayuda en la lactancia materna</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar la habilidad materna al acercar el bebe al pecho • Proporcionar a la madre la oportunidad de el pecho en los 30's posteriores al parto. |

| <p>PUERPERIO CLINICO</p> <p>Cumplimenta el Servicio de Hospitalización</p> | | |
|---|---|--|
| NANDA | NOC | NIC |
| 146 ANSIEDAD | <p>1402 Control de la ansiedad.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitoriza la intensidad de la ansiedad. • Busca información para reducir la ansiedad | <p>5820 Disminución de la ansiedad</p> <ul style="list-style-type: none"> • Explicar y dar información objetiva de todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que han de experimentar durante el proceso. <p>5240 Asesoramiento</p> |

Innovación en el proceso de cuidar: conjunción de herramientas y saber.
Valencia – 13 y 14 de mayo de 2004



V SIMPOSIUM
INTERNACIONAL DE
DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMERÍA

| | | |
|--|---|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al paciente a identificar el problema o la situación causante del trastorno. • Favorecer la expresión de sentimientos |
| 132 DOLOR AGUDO | 2102 Nivel del dolor <ul style="list-style-type: none"> • Dolor referido. • Expresiones orales de dolor. • Expresiones faciales de dolor. | 1400 Manejo del dolor <ul style="list-style-type: none"> • Valoración exhaustiva del dolor. • Seleccionar y desarrollar aquellas medidas que faciliten el alivio del dolor. |
| 106 LACTANCIA MATERNA EFICAZ 104 LACTANCIA MATERNA INEFICAZ | 1000 Establecimiento de la lactancia materna: lactante. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Alineación y unión adecuadas ▪ Sujeción areolar adecuada ▪ Compresión areolar adecuada 1001 Establecimiento de la lactancia materna: madre. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Comodidad de la posición durante la alimentación ▪ Reconocimiento deglución. ▪ Reconoce los signos de hambre. 1800 Conocimiento: lactancia materna. <ul style="list-style-type: none"> • Descripción de beneficios de LM • Signos de hambre del lactante. • Técnica adecuada. | 5240 Asesoramiento en la lactancia materna. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Proporcionar apoyo en las decisiones ▪ Proporcionar información de ventajas de LM. 1054 Ayuda en la lactancia materna. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Evaluar la forma de succión deglución de RN ▪ Ayudar a los padres a identificar horas de sueño. 5340 Presencia. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Permanecer con el paciente para fomentar seguridad y disminuir miedos. ▪ Reafirmar y ayudad a los padres. 5720 Apoyo emocional. <ul style="list-style-type: none"> • Animar al paciente a que exprese sentimientos. • Permanecer con el paciente. |



| | | |
|--|---|---|
| <p>35 RIESGO DE LESIÓN (DE LA PUERPERA).</p> | <p>1818 Conocimiento: puerperio.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Descripción de sensaciones físicas normales después del parto. ▪ Descripción de los loquios. ▪ Descripción de higiene perineal. ▪ Descripción cuidados episiotomía. | <p>6930 Cuidados postparto.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vigilar los loquios para determinar el carácter, cantidad, olor y presencia de coágulos. ▪ Controlar y registrar la altura y firmeza del fundus ▪ Vigilar el estado de la episiotomía. <p>1750 Cuidados perineales.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ayuda con la higiene. ▪ Mantener el perineo seco. |
| <p>44 DETERIORO DE LA INTEGRIDAD TISULAR.</p> | <p>2511 Estado materno: puerperio.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nivel de comodidad ▪ Tensión arterial ▪ Frecuencia cardiaca <p>1102 Curación de la herida: por primera intención.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aproximación cutánea ▪ Resolución eritema circundante ▪ Reducción edema perilesional | <p>3440 Cuidados del sitio de la incisión.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Inspeccionar el sitio de incisión por si existiera enrojecimiento, inflamación o signos de dehiscencia. ▪ Instruir al paciente acerca de la forma de cuidar la incisión incluyendo signos y síntomas de infección <p>1750 Cuidados perineales.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mantener el perineo seco. ▪ Aplicar frío en la zona si procede. |
| <p>35 RIESGO DE LESIÓN (DEL RECIÉN NACIDO).</p> | <p>1819 Conocimiento: Asistencia a recién nacido.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Descripción de la posición adecuada del lactante. ▪ Descripción de los cuidados del cordón. ▪ Descripción de la higiene del lactante. | <p>5568 Educación paterna: niño.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar los conocimientos y la buena disposición y la habilidad de los padres para aprender los cuidados del bebé. |



V SIMPOSIUM
INTERNACIONAL DE
DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMERÍA

| | | |
|--|---|---|
| | <p>0118 Adaptación del recién nacido.</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Puntuación de APGAR▪ Frecuencia cardiaca 100-160 lpm.▪ Frecuencia respiratoria 30-60 | <ul style="list-style-type: none">• Enseñar a los padres habilidades para cuidar al RN. <p>6890 Monitorización del recién nacido.</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Mantener registro de ingesta y eliminaciones▪ Observar el estado respiratorio. <p>6880 Cuidados del recién nacido.</p> <ul style="list-style-type: none">• Pesar y medir al recién nacido.▪ Realizar cuidado ocular profiláctico y profilaxis con vitamina K |
|--|---|---|

CONCLUSIONES.

Aunque a efectos prácticos se establecen tres fases (parto-puerperio inmediato y puerperio precoz) dentro del plan de cuidados, no existe en la realidad una línea divisoria de las tres siendo un continuun, con lo que los problemas detectados en una fase han de ser tenido en cuenta en las siguientes.

Las respuestas y las emociones que acontecen en la mujer-niño-entorno familiar requieren de una cuidadosa y exquisito abordaje por lo importantes que son todos los aspectos que se relacionan tanto a nivel físico como psicológico y familiar.

Los cuidados que se prestan en tales circunstancias no solo son importantes sino que han de realizarse con intensidad en momentos muy cruciales de la vida de las personas, con una importante carga de trabajo para los profesionales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ugalde Apalategui M, Rigol i Cuadra A. Diagnósticos de enfermería, Taxonomía NANDA. Barcelona. Editorial Masson. 1995.
2. McCloskey JC, Bulechek GM. Clasificación de intervenciones de enfermería. Madrid. Editorial Síntesis. 1999.
3. Jonson M, Bulechek G, McCloskey J, Maas M, Moorhead S. Diagnósticos Enfermeros, Resultados e Intervenciones Interrelaciones NANDA, NOC, NIC. Madrid. Ediciones Harcourt. 2002.
4. Fabre González E, editor. Manual de Asistencia al Parto y Puerperio Normal. SEGO. 1996.
5. Dickason, Silverman, Schult. Enfermería Maternoinfantil. 2ª edición. Madrid. Editorial Mosby/Doyma. 1995.
6. Royal College of Midwives. Lactancia Materna: Manual para profesionales. Barcelona. ACPAM. 1994.
7. Kitzinger S. Como amantar a tu bebé. Madrid. Editorial McGraw-Hill. 1989.
8. World Health Organization. Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A guide for essential practice. Geneva. World Health Organization. 2003.
9. Enkin M, Jnc M, Nelson J, Crowther C, Duley C, Hodnett E, Hofmeyr J. A guide to effective care in Pregnancy and Childbirth. 3ª ed. Oxford UK. Oxford University Press. 2000.

**Innovación en el proceso de cuidar: conjunción de herramientas y saber.
Valencia – 13 y 14 de mayo de 2004**



**V SIMPOSIUM
INTERNACIONAL DE
DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMERÍA**

10. **Organización Mundial de la Salud. Pruebas Científicas de los Diez Pasos hacia una Feliz Lactancia Natural. División de salud y desarrollo del niño. Organización Mundial de la Salud. Ginebra. 1998.**
11. **Munro J, Spiby H. Evidence based midwifery: guidelines for midwifery led care in labour.** Second edition. The Central Sheffield University Hospitals. Sheffield UK. 2000.
12. **Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Embarazo, Parto y Puerperio: Proceso asistencial integrado.** Consejería de Salud. Sevilla. 2002.
13. **Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Asistencia al Parto Normal: protocolo asistencial.** SEGO. Madrid. 2003.
14. **Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Asistencia al Puerperio: protocolo asistencial.** SEGO. Madrid. 1998.
15. **Oliver Reche MI, Aceituno Velasco L. Asistencia al Parto Normal. Boletín Informativo de la Asociación Andaluza de Matronas.** Asociación Andaluza de Matronas. Sevilla. 2003.
16. **Johnson M, Maas M, Moorhead S. Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE).** Harcourt-Mosby. Madrid. 2001
17. **Instituto Nacional de Estadística. Movimiento Natural de Población: avance de Datos 2002.** INE, notas de prensa. 2003.
18. **Organización Mundial de la Salud. Care in normal birth: report of a technical working group.** WHO. Geneve. 1997. WHO/FRH/MSM/96.24

PLAN DE CUIDADOS PACIENTE DE SALUD MENTAL



Jerez Rojas R, Laguna Parras J, Bellido Vallejo JC, Carrascosa García MP, García Fernández FP, Guevara Sanz JM, Morcillo Nieto MC, Guirao Escrivá J.

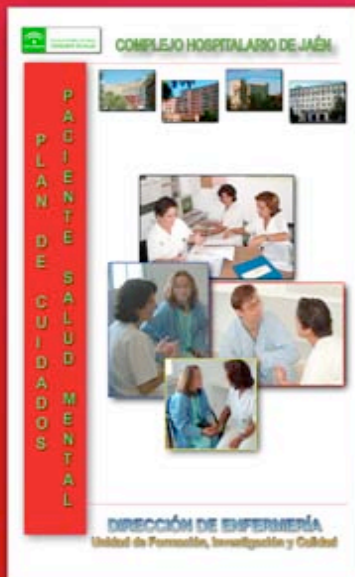


INTRODUCCIÓN

Hoy día la Salud Mental se encuentra totalmente integrada en la red asistencial, siendo la atención Hospitalaria un pilar fundamental para un grupo de pacientes y para la coordinación y continuidad de la atención a estos pacientes con otros dispositivos. Este plan de Cuidados va dirigido a pacientes que demandan asistencia en cualquier dispositivo del área de Salud Mental del Complejo Hospitalario de Jaen (Consulta externa, Hospitalización total o parcial -Hospital de día-).

METODOLOGÍA

Creación de un Plan de Cuidados Genérico, que da soporte a otros cinco específicos (Ansiedad, Conducta Suicida, Paciente psicótico, Trastorno de personalidad, Trastorno al humor) generalizado y estandarizado, que se desarrolla según los siguientes apartados establecidos para la línea genérica: Justificación, Definición y Objetivos, Plan de Cuidados, Bibliografía y Anexos (I: Criterios de Resultado; II: Intervenciones y Actividades; III: Hoja de Soporte del Plan de Cuidados; IV: Cumplimentación del soporte del plan de Cuidados). Se relacionan los procedimientos ya establecidos. Se encuentra en fase de validación.



| PLAN DE CUIDADOS PACIENTE SALUD MENTAL | | |
|--|---|--|
| NANDA | NOC | NIC |
| III DEFICIT DE AUTOCUIDADO: ASEO/HIGIENE | 0301 Cuidados personales: baño • Se baña o ducha solo. • Utiliza accesorios para el baño. • Toma el tiempo. 0302 Cuidados personales: higiene • Se lava los dientes. • Se limpia los ojos. • Mantiene la uña limpia. • Mantiene la higiene bucal. 0303 Cuidados personales: peinado • Se lava el pelo. • Se peina. • Se alista. • Se cubre los uñas. | 1001 Ayuda con actividades: baño/higiene • Facilita que el paciente se bañe al menos, proporcionando el material necesario. • Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea capaz de asumir totalmente los autocuidados. |
| III DEFICIT DE AUTOCUIDADO: VESTIDOR/CARAJERMENTO | 0302 Cuidados personales: vestir • Elige la ropa adecuada. • Se pone la ropa en todo el cuerpo. • Alisa la ropa. • Se pone el calcetín. | 1002 Ayuda con actividades: vestidor/calzamiento • Colabora en la selección de la ropa, el peinado. • Favorecer/colocar en el pasado del lavado, alfilerado, etc., al paciente. • Informar al paciente de la asistencia disponible que pueda seleccionar. |
| III ANSIEDAD | 1402 Control de la ansiedad • Busca información para reducir la ansiedad. • Refiere sucesos de manifestaciones de ansiedad. | 0303 Disminuir la ansiedad • Crear un ambiente que fomente la calma. • Ayudar al paciente en la identificación de sentimientos, pensamientos y miedos. • Ayudar al uso de mecanismos de defensa adaptativos. • Promover la participación del paciente. • Promover el uso del paciente. |
| III DEFICIT DE ACTIVIDADES RECREATIVAS | 1004 Participación en actividades de ocio • Participa en actividades diferentes al trabajo habitual. • Expresa satisfacción con las actividades de ocio. • Usa habilidades nuevas o le proporciona experiencias. • Control del propio ocio. | 0304 Fomentar el autocuidado • Ayudar al paciente al aprendizaje personal de las actividades recreativas. • Ayudar al paciente en la planificación de actividades recreativas. • Promover una afirmación positiva a la participación en las actividades. • Comparar la respuesta emocional, física y social a la actividad recreativa. • BSL II Profesores de Salud. • BSL II Profesores de Psicología, Terapeutas. |
| III MANTENIMIENTO DEFECTIVO DE LA SALUD | 0402 Conducta de fomento de la salud • Describe estrategias adecuadas de conducta propia. • Sigue las pautas desarrolladas por sí mismo para mantener la salud. • Usa los profesionales sanitarios cuando es necesario. | 0403 Facilitar la responsabilidad propia • Ayudar al paciente a identificar los áreas en las que podría fácilmente asumir más responsabilidades. • Fomentar la participación con los médicos, enfermeros y psicólogos para asumir la responsabilidad. • Discutir las consecuencias de no asumir las responsabilidades propias. |
| III RIESGO DE VIOLENCIA AUTODIRIGIDA | 1403 Autoconciencia de su estado • Identifica áreas de su estado, su estado. • Refiere estado cuando nota sentimientos autodestructivos. • No intenta suicidarse. | 1340 Prevención de suicidios • Contactar al paciente para un plan específico de cuidado. • Contactar al paciente en un ambiente terapéutico si es posible. • Proteger al paciente de sí mismo. • Facilitar el apoyo del paciente por parte de la familia y amigos. • Plan de cuidados al paciente con conducta suicida. |
| III RIESGO DE VIOLENCIA DIRIGIDA A OTROS | 1401 Control de la agresión • Se abstiene de hablar o los demás (verbal o físico). • Se abstiene de escribir o propagar. • Describe sentimientos negativos de forma apropiada. | 0407 Riesgo ambiental: prevención de la violencia • Eliminar los objetos peligrosos del ambiente. • Contactar al paciente en un ambiente terapéutico si es posible. • Control de ambiente y que permita al paciente nivel de observación. • Notificar a los demás servicios médicos del paciente. • Colaboración médica. |
| III DETERIORO DEL PATRÓN DEL BUENO | 4 Suave • Refiere sentirse de forma adecuada al sujeción. | 1000 Inducción al sueño • Crear un ambiente que fomente el sueño y el descanso del paciente. • Ayudar a eliminar las situaciones estresantes a la hora de ir a la cama. • Ofrecer técnicas de control de calidad de vida para favorecer el sueño. |
| III DETERIORO DE LA INTERACCIÓN SOCIAL | 1002 Habilidades de interacción social • Cooperación. • Transición. • Confianza. 1102 Interacción social • Interacción con familia. • Interacción con personas. • Interacción con otros pacientes. • Participa en actividades de ocio. | 1100 Profesionalidad de la socialización • Ayudar al paciente a descubrir relaciones. • Fomentar la participación en actividades recreativas. • Fomentar el apoyo de los familiares de los demás. • Fomentar las actividades sociales y comunitarias. |
| III CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO | 1003 Conducta terapéutica: enfermedad o lesión • Cumple el regimen terapéutico recomendado. • Supervisa los efectos terapéuticos. • Supervisa los síntomas. 0102 Conocimiento: régimen terapéutico • Descripción de las responsabilidades de los propios cuidados para el tratamiento actual. • Descripción de la medicación prescrita. | 0306 Administración de medicación • Administrar la medicación con la técnica y la vía adecuada. • Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente. • Controlar los efectos de la medicación. 0307 Eficacia: medicación prescrita • Ayudar al paciente/familia acerca de la dosis, vía y duración de los efectos de cada medicamento. • Evaluar la capacidad del paciente para administrar la medicación al menos, educar al paciente sobre las consecuencias de no tomar o suspender inapropiadamente la medicación. |

CONCLUSIONES

La variabilidad de actuaciones en este grupo de pacientes justifica sobradamente la necesidad de estandarizar los cuidados a los pacientes en salud mental, mediante los cuales se pueden optimizar su atención. También permite realizar un enfoque coordinado entre todos los profesionales implicados en los cuidados que facilita la medida del producto enfermero. Supone un importante instrumento de orientación al personal de nueva incorporación, además de ser un estupendo soporte para la investigación y la docencia en un campo que requiere especialización.

Este plan de Cuidados da soporte a otras cinco situaciones específicas (Trastornos de Ansiedad, Conducta Suicida, Paciente Psicótico, Trastornos de Personalidad y Trastornos del Humor), desarrollados gracias al importante esfuerzo e ilusión de los profesionales del Área de Salud Mental de nuestro CHJ

Ramona Jerez Rojas, Juan Laguna Parras, José Carlos Bellido Vallejo, M^a Isabel Carrascosa García, F^o Pedro García Fernández, Jesús M^a Guevara Sanz, M^a del Carmen Morcillo, Jaime Guirao Escrivá.

Innovación en el proceso de cuidar: conjunción de herramientas y saber.
Valencia – 13 y 14 de mayo de 2004

INTRODUCCIÓN.

Hoy día la Salud Mental se encuentra totalmente integrada en la red asistencial, siendo la atención Hospitalaria un pilar fundamental para un grupo de pacientes y para la coordinación y continuidad de la atención a estos pacientes con otros dispositivos. Este plan de Cuidados va dirigido a pacientes que demandan asistencia en cualquier dispositivo del área de Salud Mental del Complejo Hospitalario de Jaen (Consulta externa, Hospitalización parcial (Hospital de día) o total).

Históricamente, la asistencia psiquiátrica ha estado segregada del resto de la asistencia sanitaria, pero a partir de la “Ley de General de Sanidad” (25 de abril de 1.986), la salud mental se integra plenamente en la red asistencial general. El resultado es la creación de un amplio número de dispositivos que centrados en torno a la comunidad y vinculados a ésta, pretenden por un lado, dar una mayor respuesta a una serie de pacientes, con problemas complejos de salud mental, como consecuencia de los cuáles utilizan o están en grave y permanente riesgo de tener que utilizar simultánea o sucesivamente, diferentes recursos de la red de salud mental o relacionados con ésta, y por otro lado, garantizar la continuidad asistencial, a través del establecimiento de acciones y actividades coordinadas entre pacientes, familias, profesionales, asociaciones de familiares, servicios sociales, etc.

Según la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) alrededor de 400 millones de personas sufren trastornos mentales o neurológicos o problemas psicosociales tales como los relacionados con el abuso del alcohol y drogas. Para el año 2.020 se prevé que una de cada dos personas padecerá una enfermedad neuropsiquiátrica.

El estrés, las condiciones laborales, la desestructuración familiar, la incorporación de la mujer al mercado laboral, el incremento de la edad de la población, la inmigración, la violencia, las conductas antisociales, la marginación, el consumo de drogas, son factores a tener en cuenta, a la hora de establecer acciones preventivas y terapéuticas. En ambos, la enfermería tiene un papel fundamental.

Tradicionalmente, la enfermera psiquiátrica ha empleado el método de análisis y resolución de problemas de una manera empírica, utilizándolo como un proceso

mental, en la cotidianeidad del trabajo asistencial, de manera muchas veces autodidacta.

La experiencia práctica forma la base principal de muchas de las actividades, y si bien es cierto que cada vez es mayor el número de enfermeras que utilizan la metodología adecuada para el ejercicio profesional, también lo es que en aras de una actuación más especializada para la atención del enfermo mental, con bastante frecuencia se han descuidado ciertos aspectos metodológicos básicos para la planificación de cuidados generales, siendo por ejemplo, bastante común que la enfermera de salud mental haga uso de instrumentos de otras disciplinas para la valoración del estado del paciente, que le han servido para conocer ciertos aspectos de éste como información, pero no para planificar su actividad propia.

Por otro lado, pese a la existencia de la especialidad de enfermería en Salud Mental, aún no se han establecido los canales necesarios para la cobertura de puestos por profesionales cualificados, lo cuál unido a los sistemas de gestión de recursos humanos de los servicios de salud, hacen que la variabilidad de profesionales dedicados a estas áreas de atención sea importante, por lo que se hace necesario dotar de instrumentos que de forma válida, útil y universal, permitan en todos los dispositivos y a todos los profesionales, aplicar el Proceso de Enfermería.

Este Plan de Cuidados Estandarizado del Enfermo Mental va dirigido a aquellos pacientes que demandan asistencia en cualquier dispositivo del área de Salud Mental, bien sea en Consulta Externa, Hospitalización Parcial (Hospital de Día) o Total.

El concepto de Salud Mental se vincula a la noción del desarrollo óptimo del individuo dentro de su entorno, teniendo en cuenta, su edad, capacidad innata, condiciones de vida y cultura.

La O.M.S. define la Salud Mental como el resultado de la presencia de aspectos psicológicos, afectivos y sociales, sobre la salud, necesarios para alcanzar un estado de completo bienestar.

Objetivos del Plan de Cuidados

- Optimizar la atención al paciente: disminuyendo la variabilidad de las actuaciones.
- Realizar un enfoque coordinado del paciente: todo el personal colabora en su cuidado, con unos roles predeterminados y unas responsabilidades asumidas, dentro de una atención conjunta y complementaria.
- Optimizar los recursos disponibles: la estandarización de cuidados vá a permitir un mayor aprovechamiento de los recursos sanitarios, con menos estancias, disminución de complicaciones, mayor satisfacción tanto del profesional como del usuario y por tanto mejora de la calidad asistencial.
- Facilitar la medida del producto enfermero: al establecer y definir las actividades, se les puede asignar a éstas, tiempos estimados de trabajo y por tanto medir costes enfermeros.
- Orientar al personal de nueva incorporación en la unidad: a través de un documento con base científica, que pueda utilizar como guía unificada de actuación.
- Establecer bases de datos: con un soporte científico que permita proyectos de investigación y docencia.
- Garantizar la continuidad asistencial: con la utilización de un lenguaje común que facilite el intercambio de información interniveles.

METODOLOGÍA.

Creación de un Plan de Cuidados Genérico, que da soporte a otros cinco específicos (Ansiedad, Conducta Suicida, Paciente psicótico, Trastorno de personalidad, Trastorno al humor) generalizado y estandarizado, que se desarrolla según los siguientes apartados establecidos para la línea genérica: Justificación, Definición y Objetivos, Plan de Cuidados, Bibliografía y Anexos (I: Criterios de Resultado; II: Intervenciones y Actividades; III: Hoja de Soporte del Plan de Cuidados; IV: Cumplimentación del soporte del plan de Cuidados). La fecha de aprobación ha sido Se relacionan con procedimientos ya establecidos.

RESULTADOS.

| PLAN DE CUIDADOS PACIENTE SALUD MENTAL | | |
|--|--|---|
| NANDA | NOC | NIC |
| 108 DEFICIT DE AUTOCUIDADO: BAÑO / HIGIENE | <p>0301 Cuidados personales: baño</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se baña o ducha solo. • Obtiene suministros para el baño. • Seca el cuerpo. <p>0305 Cuidados personales: higiene</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se lava las manos. • Se limpia los oídos. • Mantiene la nariz limpia. • Mantiene la higiene bucal <p>0304 Cuidados personales: peinado</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se lava el pelo. • Se peina. • Se afeita. • Se cuida las uñas. | <p>1801 Ayuda con autocuidados: baño / higiene</p> <ul style="list-style-type: none"> • Facilitar que el paciente se bañe él mismo, proporcionándole el material necesario. • Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea capaz de asumir totalmente los autocuidados. |
| 109 DEFICIT DE AUTOCUIDADO: VESTIDO/ACICALAMIENTO | <p>0302 Cuidados personales: vestir</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escoge la ropa adecuada. • Se pone la ropa en todo el cuerpo. • Abrocha la ropa. • Se pone el calzado. | <p>1802 Ayuda con autocuidados: vestido/acicalamiento</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colaborar en la colocación de la ropa, si procede. • Favorecer / ayudar en el peinado del cabello, afeitado, etc., si procede. • Informar al paciente de la vestimenta disponible que puede seleccionar. |
| 146 ANSIEDAD | <p>1402 Control de la ansiedad</p> <ul style="list-style-type: none"> • Busca información para reducir la ansiedad • Refiere ausencia de manifestaciones de ansiedad | <p>5820 Disminuir la ansiedad</p> <ul style="list-style-type: none"> • Crear un ambiente que facilite la confianza. • Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos. • Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados. <p>' Protocolo de Recepción del paciente</p> |

| | | |
|--|--|---|
| | | ' Protocolo de Alta del paciente. |
| 97 DEFICIT DE ACTIVIDADES RECREATIVAS | 1604 Participación en actividades de ocio. <ul style="list-style-type: none"> • Participa en actividades diferentes al trabajo habitual. • Expresa satisfacción con las actividades de ocio. • Usa habilidades sociales y de interrelación apropiadas. • Control del propio ocio. | 5360 Terapia de entretenimiento. <ul style="list-style-type: none"> • Ayudar a identificar el significado personal de las actividades recreativas favoritas. • Incluir al paciente en la planificación de actividades recreativas. • Proporcionar una afirmación positiva a la participación en las actividades. • Comprobar la respuesta emocional, física y social a la actividad recreativa. 'CR.11 Protocolo de Salidas 'CR.10 Protocolo de Permisos Terapéuticos |
| 99 MANTENIMIENTO INEFECTIVO DE LA SALUD | 1603 Conducta de búsqueda de la salud <ul style="list-style-type: none"> • Describe estrategias para eliminar la conducta insana. • Sigue las estrategias desarrolladas por sí mismo para maximizar la salud. • Contacta con profesionales sanitarios cuando es necesario. | 4480 Facilitar la responsabilidad propia. <ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al paciente a identificar las áreas en las que podría fácilmente asumir más responsabilidad. • Fomentar la manifestación oral de miedos, sentimientos y percepciones para asumir la responsabilidad. • Discutir las consecuencias de no asumir las responsabilidades propias. |
| 140 RIESGO DE VIOLENCIA AUTODIRIGIDA | 1408 Autocontención de suicidio. <ul style="list-style-type: none"> • Verbaliza ideas de suicidio, si existen. • Busca ayuda cuando nota sentimientos autodestructivos. • No intenta suicidarse. | 6340 Prevención de suicidios. <ul style="list-style-type: none"> • Determinar si el paciente posee un plan específico de suicidio. • Proteger al paciente de sí mismo. • Facilitar el apoyo del paciente por parte de la familia y amigos. Plan de cuidados al paciente con conducta suicida. |



| | | |
|--|---|---|
| <p>138 RIESGO DE VIOLENCIA DIRIGIDA A OTROS</p> | <p>1401 Control de la agresión.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se abstiene de dañar a los demás (verbal o física). • Se abstiene de destruir la propiedad. • Desaloja sentimientos negativos de forma apropiada | <p>6487 Manejo ambiental: prevención de la violencia.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eliminar las armas potenciales del ambiente. • Colocar al paciente en un ambiente (habitación) lo más próxima al control de enfermería y que permita el necesario nivel de observación. • Retirar a las demás personas próximas del paciente potencialmente violento. |
| <p>95 DETERIORO DEL PATRÓN DEL SUEÑO</p> | <p>4 Sueño.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Refiere dormir de forma adecuada a su patrón. | <p>1850 Inducción al sueño.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observar y registrar número de horas y esquema de sueño del paciente. • Ayudar a eliminar las situaciones estresantes a la hora de irse a la cama. • Utilizar técnicas de cambios de estilo de vida para favorecer el sueño. |
| <p>52 DETERIORO DE LA INTERACCIÓN SOCIAL</p> | <p>1502 Habilidades de interacción social.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cooperación. • Relaciones. • Confianza. <p>1503 Implicación social.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Interacción con familia. • Interacción con personas. • Interacción con otros pacientes. • Participa en actividades de ocio. | <p>5100 Potenciación de la socialización.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Animar al paciente a desarrollar relaciones. • Fomentar la participación en actividades recreativas. • Fomentar el respeto de los derechos de los demás. • Fomentar las actividades sociales y comunitarias. |
| <p>97 INCUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO</p> | <p>1609 Conducta terapéutica: enfermedad o lesión.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cumple el régimen terapéutico recomendado. • Supervisa los efectos terapéuticos. • Supervisa los secundarios. <p>1813 Conocimiento: régimen terapéutico.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Descripción de las | <p>2300 Administración de medicación.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Administrar la medicación con la técnica y la vía adecuadas. • Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente. • Verificar la toma de medicación. <p>5616 Enseñanza: medicamentos prescritos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Instruir al paciente/familia |

| | | |
|--|--|---|
| | <p>responsabilidades de los propios cuidados para el tratamiento actual.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Descripción de la medicación prescrita. | <p>acerca de la dosis, vía y duración de los efectos de cada medicamento.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar la capacidad del paciente para administrarse la medicación él mismo. • Informar al paciente sobre las consecuencias de no tomar o suspender bruscamente la medicación. |
|--|--|---|

CONCLUSIONES.

La variabilidad de actuaciones en este grupo de pacientes justifica sobradamente la necesidad de estandarizar los cuidados a los pacientes en salud mental, mediante los cuales se pueden optimizar su atención.

También permite realizar un enfoque coordinado entre todos los profesionales implicados en los cuidados que facilita la medida del producto enfermero.

Supone un importante instrumento de orientación al personal de nueva incorporación, además de ser un estupendo soporte para la investigación y la docencia en un campo que requiere especialización.

Este Plan de Cuidados da soporte a otras cinco situaciones específicas (Trastornos de Ansiedad, Conducta suicida, Paciente Psicótico, Trastornos de Personalidad y Trastornos del Humor), desarrollados gracias al importante esfuerzo e ilusión de los profesionales del Área de Salud Mental de nuestro Complejo Hospitalario de Jaen.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). **Informe de la Secretaría: Salud Mental 2001 (107ª reunión Consejo Ejecutivo)**. 17 de noviembre de 2.001.
2. McCloskey, Jc.; Bulechek, G.M. **Clasificación de Intervenciones Enfermeras (CIE)**. Ed. Síntesis. S.A. Madrid 1999.
3. North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). **Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2001-2002**. Harcourt S.A. Barcelona 2001.
4. Johnson, M; Maas, M. y Moorhead, S. **Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE). 2ª edición**. Ediciones Harcourt, S.A. Madrid, 2.001.
5. Bobes, J.; Bousoño, M.; Saiz, P.; Gonzalez,M.P.; **Enfermería Psiquiátrica**. Ed. Doyma. S.L. Barcelona, 2000.
6. Rigol i Cuadra, A.; Ugalde Apalategui, M.; **Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica**. Salvat Editores. S.A. Barcelona 2000.
7. Isaacs, A. **Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica. 2ª Edición**. McGraw-Hill Interamericana. Madrid 1998.
8. Luis, M.T. **Diagnósticos de Enfermería**. Ed. Mosby/Doyma. S.A. Barcelona 1995.
9. Kaplan, M.I.; Sadock, B.J. **Sinopsis de Psiquiatría. 8ª Edición**. Ed. Médica Panamericana.S.A. Madrid, Buenos Aires 1999.
10. Ugalde Apalategui, M.; Rigol i Cuadra, A. **Diagnósticos de Enfermería. Taxonomía NANDA**. Masson. S.A. Barcelona 1991.
11. Ayuso, J.L.; Salvador, L. **Manual de Psiquiatría. Volumen II**. McGraw- Hill Interamericana. Madrid 1994.



V SIMPOSIUM
INTERNACIONAL DE
DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMERÍA

12. Pérez, I.; Pozo, A.; Muñoz, J. **Enfermería de Salud Mental**. Fundación para el Desarrollo de la Enfermería (FUDEN). Madrid 1995.
13. Vallejo, J. **Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría**. 4ª Edición. Masson. S.A. Barcelona 1998.
14. Hales, R. E.; Yudofsky, S.C.; Talbott, J.A. **Tratado de Psiquiatría**. 3ª Edición. Versión electrónica. Ancora S.A. Barcelona 2000.
15. Organización Mundial de la Salud (OMS). **Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades**. Meditor. Barcelona 1992.



PLAN DE CUIDADOS PACIENTE AGUDO



Ocaña Ocaña A, Carrascosa García M^ªI, García Fernández F^ºP, Bellido Vallejo JC, Morcillo Nieto M^ªC, Guevara Sanz JM^ª, Guirao Escrivá J

INTRODUCCIÓN

Los cuidados de enfermería en los pacientes adultos-ancianos agudos en el ámbito hospitalario pueden estandarizarse basándose en las respuestas y hallazgos más comunes que presentan estos pacientes, intentando con nuestra ayuda promover la mayor independencia del paciente y el mejor apoyo al cuidador.

El ingreso de pacientes mayores de 14 años en Unidades de Hospitalización en el Complejo Hospitalario de Jaén de forma aguda es lo significativamente importante (IAM, Neumonía, ACVA, HBA, Reagudaciones...) para que se establezca un Plan de Cuidados específico a este grupo de población.

METODOLOGÍA

Creación de un Plan de Cuidados, generalizado y estandarizado, con el objetivo de contemplar los diagnósticos de enfermería más prevalentes en pacientes adultos con un proceso médico agudo al que podrían anexionarse la estandarización de procesos más específicos (IAM, ...). Desarrollo según los siguientes apartados establecidos para la línea genérica: Introducción, Justificación, Definición, Consideraciones generales, Plan de Cuidados, Bibliografía y Anexos (I: Criterios de Resultado; II: Intervenciones y Actividades; III: Hoja de Soporte del Plan de Cuidados; IV: Cumplimentación del soporte del plan de Cuidados). Se desarrolla según la cronología del Registro de Valoración al Ingreso (Necesidades Básicas Humanas - Modelo de Virginia Henderson modificado), expresando los Diagnósticos de Enfermería en Taxonomía NANDA (2), los Criterios de Resultado en Taxonomía NOC (segunda edición) y las Intervenciones / Actividades en Taxonomía NIC (tercera edición).



| PLAN DE CUIDADOS PACIENTE AGUDO | | |
|---|---|--|
| NANDA | NOC | NIC |
| 146 ANSIEDAD | 1802 Control de la ansiedad: • El paciente busca información para reducir la ansiedad. • Refiere dormir de forma adecuada. • Refiere estar más tranquilo. | 8820 Disminuir la ansiedad: • Proporcionar información objetiva sobre su proceso (diagnóstico, tratamiento, pronóstico), procedimientos (diagnósticos, terapéuticos) estancia en el centro, las normas del mismo. • Animar a la expresión de sentimientos, percepciones y miedos. |
| 108 DÉFICIT DE AUTOCUIDADOS: BAÑO/HIGIENE | 305 Cuidados personales: Baño/higiene. • El paciente se asea solo. 306 Cuidados personales: Higiene bucal. • El paciente se lava la boca solo. | 1801 Ayudar con los autocuidados: Baño/Higiene. • Facilitar que el paciente se bañe por sí mismo, si procede. • Cuidar todos, jabón, desodorante, neutro de alcohol y demás accesorios necesarios a pie de cama/baño. • Ayudar con la ducha o baño de asiento si procede. • Facilitar que el paciente se cepille los dientes, si es el caso. |
| 109 DÉFICIT AUTOCUIDADOS VESTIDOCALZAD | 302 Cuidados personales: Vestir. • El paciente se viste por sí mismo. 304 Cuidados personales: Ponerse. • El enfermo mantiene un aspecto pulcro, por sí mismo. | 1802 Ayuda con los autocuid. Vestir/ Arreglo peri. • Disponer las ropas del paciente en una zona accesible. • Mantener la intimidad del paciente. • Ayudar con los botones, cremalleras y cordones, si es necesario. |
| 118 DÉFICIT DE AUTOCUIDADOS: USO DEL WC | 316 Cuidados personales: Uso del inodoro. • El paciente se coloca en el inodoro a cenar. • El enfermo se limpia después de sentir o defecar. | 1879 Cuidados del inodoro. • Limpiar el inodoro, si es necesario. • Cepillar/petar/inspeccionar el cubo de agua. |
| 107 DÉFICIT DE AUTOCUIDADOS: ALIMENTACIÓN (1) | 303 Cuidados personales: Comer. • El paciente maneja los utensilios de forma correcta. • El enfermo come por sí solo. | 1804 Ayudar con los autocuidados: Uso del asno. • Disponer intimidad durante la eliminación. • Ayudar al paciente en el asesoramiento de fructuosa a intervalos espaciados. • Facilitar la higiene de asno después de terminar con la eliminación. • Limpiar el utensilio de la eliminación. |
| 4 RIESGO DE INFECCIÓN | 1092 Control del riesgo. • Se previene la aparición de infecciones. | 1803 Ayuda con los autocuidados: Alimentación. • Identificar la dieta prescrita. • Ayudar la comida en la bandeja, si es necesario (abriendo los alimentos empaquetados). • Colocar al paciente en una posición cómoda. 6540 Control de infecciones. • Cambiar el lugar de cuidado del paciente según el protocolo. • Poner en práctica precauciones universales. • Cambiar los guantes de línea IV y los apósitos de acuerdo con los consejos actuales de los Centros de Control de Enfermedades. • Asegurar una técnica de cuidados de heridas adecuada. |
| 105 RIESGO DE CAIDAS | 1909 Conducta de seguridad: prevención de caídas. • El paciente dispone de los medios necesarios para evitar las caídas. | 6490 Prevención de caídas: • Identificar déficits cognoscitivos o físicos del paciente que puedan aumentar la probabilidad de... • Identificar las características del ambiente que puedan aumentar las posibilidades de caídas (suelos resbaladizo) y eliminarlas si es posible. • Utilizar dispositivos que limiten la posibilidad de caídas (barandillas, andadores, etc.), si está indicado. • Proporcionar al paciente dependiente medios de solicitud de ayuda (botón o luz de llamada). |
| 98 DETERIORO DEL PATRON DE SUEÑO | 8804 Sueño. • El enfermo refiere dormir de forma adecuada, a su patrón de sueño. | 1800 Fomentar el sueño: • Comparar el esquema del sueño del paciente y observar las circunstancias físicas y psicológicas que impiden el sueño. • Ayudar al paciente a limitar el sueño durante el día, disponiendo una actividad que favorezca la vigilancia, si procede. • Ayudar a eliminar situaciones estresantes antes de ir a la cama, apoyando las condiciones ambientales (luz, ruido, etc.). |

CONCLUSIONES

El plan de cuidados del paciente agudo abarca un amplio grupo de pacientes y situaciones clínicas, que al ser agudas requieren un importante despliegue de actividad enfermera.

El trabajo enfermero en estructura de Plan de Cuidados, con incorporación de lenguajes estandarizados NANDA-NOC-NIC aporta un valor añadido, favoreciendo e incrementando la continuidad asistencial y al mismo tiempo ayuda a disminuir la variabilidad de actuaciones enfermeras respecto de los pacientes.

Angustias Ocaña Ocaña, M^a Isabel Carrascosa García, F^o Pedro García Fernández, José Carlos Bellido Vallejo, M^a del Carmen Morcillo Nieto, Jesús M^a Guevara Sanz, Jaime Guirao Escrivá.
COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN

Innovación en el proceso de cuidar: conjunción de herramientas y saber.
Valencia – 13 y 14 de mayo de 2004

INTRODUCCIÓN.

Los cuidados de enfermería en los pacientes adultos-ancianos agudos en el ámbito hospitalario pueden estandarizarse basándose en las respuestas y hallazgos más comunes que presentan estos pacientes, intentando con nuestra ayuda promover la mayor independencia del paciente y el mejor apoyo al cuidador.

El ingreso de pacientes mayores de 14 años en Unidades de Hospitalización en el Complejo Hospitalario de Jaen de forma aguda es lo significativamente importante (IAM, Neumonía, ACVA, HDA, Reagudizaciones...) para que se establezca un Plan de Cuidados específico a este grupo de población.

METODOLOGÍA.

Creación de un Plan de Cuidados, generalizado y estandarizado, con el objetivo de contemplar los diagnósticos de enfermería más prevalentes en pacientes adultos agudos con un proceso médico agudo al que podrían anexionarse la estandarización de procesos más específicos (IAM,...). Desarrollo según los siguientes apartados establecidos para la línea genérica: Introducción, Justificación, Definición, Consideraciones generales, Plan de Cuidados, Bibliografía y Anexos (I: Criterios de Resultado; II: Intervenciones y Actividades; III: Hoja de Soporte del Plan de Cuidados; IV: Complimentación del soporte del plan de Cuidados). Se desarrolla según la cronología del Registro de Valoración al Ingreso (Necesidades Básicas Humanas - Modelo de Virginia Henderson modificado); expresando los Diagnósticos de Enfermería en Taxonomía NANDA (2), los Criterios de Resultado en Taxonomía NOC (segunda edición) y las Intervenciones / Actividades en Taxonomía NIC (tercera edición).

RESULTADOS. PLAN DE CUIDADOS.

| NANDA | NOC | NIC |
|--|---|---|
| Gestión de la Admisión, Traslado y Alta: | | |
| 146 Ansiedad | 1402 Control de la Ansiedad | 5820 Disminución de la Ansiedad. |
| Necesidad de Higiene, Cuidados de la Piel y Vestido | | |
| 108 Déficit de autocuidados: Baño / Higiene 109 Déficit de autocuidados: vestido / acicalamiento. | 301-305-308-302-304-310 Cuidados Personales: Baño / Higiene / Higiene Bucal / Vestir / Peinado / Uso del Inodoro. | 1801 Ayuda con los autocuidados: Baño / Higiene. 1710 Mantenimiento de la Salud Bucal. 1802 Ayuda con los autocuidados: Vestir / Arreglo personal. 1670 Cuidados del cabello. 1804 Ayuda con los autocuidados: Uso del inodoro. |
| Necesidad de Nutrición e Hidratación | | |
| 107 Déficit de autocuidados: Alimentación | 303 Cuidados Personales: Comer. | 1803 Ayuda con los autocuidados: Alimentación. |
| Necesidad de Seguridad | | |
| 4 Riesgo de Infección | 1902 Control del Riesgo | 6540 Control de Infecciones |
| 155 Riesgo de Caídas | 1909 Conducta de seguridad: Prevención de caídas. | 6940 Prevención de Caídas. |
| Necesidad de Reposo-Sueño | | |
| 95 Deterioro del Patrón del sueño | 4 Sueño | 1850 Fomentar el Sueño |

CONCLUSIONES.

El plan de cuidados abarca un grupo numeroso e importante de pacientes y situaciones clínicas, que al ser agudas requieren un importante despliegue de actividad enfermera. El

**Innovación en el proceso de cuidar: conjunción de herramientas y saber.
Valencia – 13 y 14 de mayo de 2004**



V SIMPOSIUM
INTERNACIONAL DE
DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMERÍA

trabajo enfermero en estructura de Plan de Cuidados y con lenguajes estandarizados aporta un valor, incrementando la continuidad y descendiendo la variabilidad de actuaciones enfermeras.

PLAN DE CUIDADOS PACIENTE AGUDO.

INTRODUCCIÓN.

Los cuidados de enfermería en los pacientes adultos-ancianos agudos en el ámbito hospitalario pueden estandarizarse basándose en las respuestas y hallazgos más comunes que presentan estos pacientes/clientes; intentando, con nuestra ayuda, promover **la mayor independencia del paciente y el mejor apoyo al cuidador principal**; y cuando esta no sea posible, **la ayuda (suplencia parcial o total)**.

Es por esto que debemos proporcionar al paciente y a su cuidador principal:

- # Alternativas de cuidados para el control personal y ambiental.
- # Reglas útiles de manejo y enfrentamiento a su situación de no-salud.
- # Apoyo emocional, e incluso material, si fuese necesario.

JUSTIFICACIÓN.

El ingreso de pacientes mayores de 14 años en Unidades de Hospitalización médicas en el Complejo Hospitalario de Jaén, de forma aguda es lo suficientemente importante (IAM, Neumonía, ACVA, HDA, Reagudizaciones...) para que se establezca un **Plan de Cuidados** específico a este grupo de población.

Al mismo tiempo las exigencias de calidad en los cuidados prestados por Enfermería aumentan en la misma proporción que las tendencias y previsiones de salud y educación de la sociedad.

El proceso de atención de enfermería es en realidad, **un proceso de resolución de problemas**. Este proceso debe estar estandarizado en un **único lenguaje enfermero (Taxonomía Enfermera)**.

Así pues, para este Plan de Cuidados, hemos adoptado:

- # **Diagnósticos de Enfermería**___ **Taxonomía II de la NANDA**.
- # **Objetivos/Criterios de Resultados**___ **Taxonomía NOC**, segunda edición.
- # **Intervenciones/Actividades de Enfermería**___ **Taxonomía NIC**, tercera edición.

El Plan de Cuidados lo hemos desarrollado **según la cronología del Registro de Valoración al Ingreso (Necesidades Básicas Humanas-Modelo de Virginia Henderson modificado)**.

DEFINICIÓN.

Definición funcional: Ciudadanos mayores de 14 años, adultos-ancianos, ingresados en unidades de hospitalización, a cargo de servicios médicos, de forma aguda.

Innovación en el proceso de cuidar: conjunción de herramientas y saber.
Valencia – 13 y 14 de mayo de 2004



Límite de entrada: Llegada del usuario a la unidad de hospitalización, adscrito a servicios médicos.

Límite final: Salida del usuario de la unidad de hospitalización, por:

- Mejoría médica de su patología.
- Finalización de estudio y/o tratamiento.
- Traslado a otro Hospital.
- Alta voluntaria.
- Exitus vital.
- Fuga.

Límites marginales:

- Usuarios derivados a la unidad de Salud Mental.
- Usuarios derivados a servicios quirúrgicos.
- Usuarios derivados a servicios de obstetricia y ginecología.

CONSIDERACIONES GENERALES.

Adulto: Persona mayor de 14 años y menor de 70, y por norma general **sin manifestaciones de dependencia**.

Anciano: Persona adulta, de más de 70 años, que puede presentar además: **necesidades de suplencia e incapacidad para desarrollar una vida autónoma**.

Proceso agudo: Interrupción brusca e inesperada de las actividades de la vida cotidiana de una persona, por alteración de su estado de salud y que precisa de ingreso hospitalario, por diferentes motivos, obligando al sistema sanitario a cubrir las necesidades básicas afectas.

Estancia media (E.M.): Tiempo que el paciente, de manera general, permanece ingresado en la unidad médica. Partimos de una E.M. de 5 días, que pueden verse aumentadas o disminuidas según el caso particular y concreto de cada paciente.

Las causas más frecuentes de ingreso en las unidades médicas son:

- **Proceso agudo de enfermedad.**
- **Reagudización de un proceso crónico.**
- **Procedimiento diagnóstico.**
- **Procedimiento terapéutico.**

Intentamos dar cobertura en este Plan de Cuidados, a todas aquellas posibilidades NANDA/NOC/NIC que nos puede presentar cualquier ciudadano a nuestro cargo. Según su **nivel de dependencia**, se pueden agrupar en:

Nivel 1.- **Totalmente dependiente**___ **Suplencia total.**

Nivel 2.- **Parcialmente dependiente**___ **Suplencia parcial.**

Nivel 3.- **Totalmente independiente.**

PLAN DE CUIDADOS.

| PLAN DE CUIDADOS PACIENTE AGUDO | | |
|---------------------------------|---|---|
| NANDA | NOC | NIC |
| 146 ANSIEDAD | 1402 Control de la ansiedad: <ul style="list-style-type: none"> • El paciente busca información para reducir la ansiedad. | 5820 Disminuir la ansiedad: <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar información objetiva sobre: su proceso (diagnostico, |



| | | |
|--|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Refiere dormir de forma adecuada. • Refiere estar más tranquilo. | <p>tratamiento, pronóstico), procedimientos (diagnósticos, terapéuticos)</p> <p>estancia en el centro, las normas del mismo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Animar a la expresión de: sentimientos, percepciones y miedos. |
| <p>108 DÉFICIT DE AUTOCUIDADOS: BAÑO/ HIGIENE</p> | <p>305 Cuidados personales: Baño/higiene.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El paciente se asea solo. <p>308 Cuidados personales: Higiene bucal.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El paciente se lava la boca solo. | <p>1801 Ayudar con los autocuidados: Baño/Higiene.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Facilitar que el paciente se bañe por sí mismo, si procede. • Colocar toallas, jabón, desodorante, equipo de afeitado y demás accesorios necesarios a pie de cama/baño. • Ayudar con la ducha o baño de asiento si procede. • Facilitar que el paciente se cepille los dientes, si es el caso. |
| <p>109 DÉFICIT AUTOCUIDADOS VESTIDO/ACICAL</p> | <p>302 Cuidados personales: Vestir.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El paciente se viste por sí mismo. <p>304 Cuidados personales: Peinado.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El enfermo mantiene un aspecto pulcro, por sí mismo. | <p>1802 Ayuda con los autocuid.: Vestir/ Arreglo pers.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disponer las ropas del paciente en una zona accesible. • Mantener la intimidad del paciente. • Ayudar con los botones, cremalleras y cordones, si es necesario. <p>1670 Cuidados del cabello.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lavar el cabello, si es necesario. • Cepillar/peinar/inspeccionar el cabello a diario. |
| <p>110 DÉFICIT DE AUTOCUIDADOS: USO DEL WC</p> | <p>310 Cuidados personales: Uso del inodoro.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El paciente se coloca en el inodoro u orinal • El enfermo se limpia después de orinar o defecar. | <p>1804 Ayudar con los autocuidados: Uso del aseo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disponer intimidad durante la eliminación. • Ayudar al paciente en el |



V SIMPOSIUM
INTERNACIONAL DE
DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMERÍA

| | | |
|---|---|---|
| | | <p>aseo/cuña/cuña de fractura/orinal a intervalos espaciados.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Facilitar la higiene de aseo después de terminar con la eliminación. • Limpiar el utensilio de la eliminación. |
| <p>107 DÉFICIT DE AUTOCUIDADOS: ALIMENTACIÓN r/c</p> | <p>303 Cuidados personales: Comer.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El paciente maneja los utensilios de forma correcta. • El enfermo come por sí solo. | <p>1803 'Ayuda con los autocuidados: Alimentación.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar la dieta prescrita. • Arreglar la comida en la bandeja, si es necesario (abriendo los alimentos empaquetados). • Colocar al paciente en una posición cómoda. |
| <p>4 RIESGO DE INFECCIÓN</p> | <p>1092 Control del riesgo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se previene la aparición de infecciones. | <p>6540 Control de infecciones.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cambiar el equipo de cuidados del paciente según el protocolo. • Poner en práctica precauciones universales. • Cambiar los sitios de línea IV y los apósitos de acuerdo con los consejos actuales de los Centros de Control de Enfermedades. • Asegurar una técnica de cuidados de heridas adecuada. |
| <p>155 RIESGO DE CAIDAS</p> | <p>1909 Conducta de seguridad: prevención de caídas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El paciente dispone de los medios necesarios para evitar las caídas. | <p>6490 Prevención de caídas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar déficits cognoscitivos o físicos del paciente que puedan aumentar la posibilidad de. • Identificar las características del ambiente que puedan aumentar las posibilidades de caídas (suelos resbaladizos) y eliminarlos en lo posible. • Utilizar dispositivos que limiten la posibilidad de caídas, (barandillas andadores, etc.),. si está indicado. |



V SIMPOSIUM
INTERNACIONAL DE
DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMERÍA

| | | |
|--|---|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar al paciente dependiente medios de solicitud de ayuda (timbre o luz de llamada). |
| <p>95 DETERIORO DEL PATRON DE SUEÑO</p> | <p>0004 Sueño.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El enfermo refiere dormir de forma adecuada, a su patrón de sueño. | <p>1850 Fomentar el sueño:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comprobar el esquema del sueño del paciente y observar las circunstancias físicas y/o psicológicas que impiden el sueño. • Ayudar al paciente a limitar el sueño durante el día, disponiendo una actividad que favorezca la vigilancia, si procede. • Ayudar a eliminar situaciones estresantes antes de irse a la cama, ajustando las condiciones ambientales (luz, ruido, etc.). |

BIBLIOGRAFIA.

- 1 Pereira Becerra F, Barranco Martos A: **Plan de cuidados estandarizados para el paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica.** 2003. Inquietudes VII(27):23-37.
- 2 Pancorbo Hidalgo P: **Plan de cuidados Estandar para pacientes con "Alteración de la función respiratoria".** Inquietudes. 7:21-23.
- 3 Serrano Sastre MR, Narvaiza Solis MJ, Saracibar Razquín MI, Carrascal Garchitorea E, Tina Majuelo P, Díaz Navarlaz MT: **Correspondencia entre los problemas de salud y los cuidados de enfermería al ingreso del paciente.**2000.Enferm Clínica.10(2):47-56.
- 4 Carreras Viñas M, Caramés Bouzan J :**Gestión clínica: implicaciones para enfermería.**1999.Gestión Hospitalaria.10(1):27-32.
- 5 Yocum Fay: **Emergencia. Registros de enfermería: cuidados de calidad.**2003.Nursing.21(03):22-27.
- 6 Cuenca Solanas M: **Formación Continuada y Autoevaluación. Revisión de conocimientos sobre situaciones que afectan al bienestar del paciente. Competencias de la práctica profesional.** 2002. Enferm Intensiva. 13(02):85-90.

**Innovación en el proceso de cuidar: conjunción de herramientas y saber.
Valencia – 13 y 14 de mayo de 2004**



V SIMPOSIUM
INTERNACIONAL DE
DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMERÍA

- 7 Colomar Pueyo G: **La enfermera y la autonomía del paciente.** 2000. *Enferm Clínica.* 10(6):233-235.
- 8 Díaz Gómez J: **Alteraciones nutricionales y plan de cuidados estandarizado en pacientes con infección por VIH/sida.** 1998. *Enferm Clínica.* 8 (6):263-
- 9 Ruiz Mateos I: **Planes de cuidados estandarizados: cómo utilizarlos.** 1992. *Asociación de Enfermería Andaluza:*91-99.
- 10 Bregel, Ferrer F, Alamgro E, Hernández C, S y Rey T:**Diagnosticos enfermeros: de la teoría a la práctica.** 1999. *Rev EUE La Fe.* 1:83-87.
- 11 Caro Quesada, Tena Gabalón R, Trinidad y Suso López D: **Unidad de Ictus: protocolos de actuación y planes de cuidados.** 1999. *Hygia.* XII(42):29-36.
- 12 Vaquero Grande MV: **Planes de cuidados elementos de mejora de la calidad.** 1995. *Rev AE Enferm Urolog.* 57:15-18.
- 13 Hinojosa Castillo, Julián:**Implantación de planes de cuidados: un reto para la enfermería.** 2001. *Enferm Docente.* 73:6-15.
- 14 Martín Buigas AA: **Planes de cuidados estandarizados, diagnosticos de enfermería y proceso enfermero si, pero ¿para qué sirve?.** 2000. *Enferm Docente.* 69:4-6
- 15 Rosa Ruiz A: **Planes de cuidados estandarizados, diagnosticos de enfermería y proceso enfermero: sí.** 2000. *Enferm Docente.* 69:9-10.
- 16 NANDA: **DIAGNOSTICOS ENFERMEROS: Definiciones y Clasificación 2001-2002.** Harcourt. Madrid. 2001.
- 17 McCloskey JC, Bulechek GM: **Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE).** Editorial Síntesis. Madrid. 1999
- 18 Johnson M, Maas M, Moorhead S:**Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE).** Harcourt-Mosby. Madrid. 2001
- 19 Johnson M, Bulechek G, McCloskey Dochterman J, Maas M, Moorhead S.:**Diagnostico Enfermeros, Resultados e Intervenciones. Interrelaciones NANDA, NOC Y NIC.** Harcourt-Mosby. Madrid. 2002



V SIMPOSIUM
INTERNACIONAL DE
DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMERÍA

REGISTRO INFORMÁTICO DE LA VALORACIÓN DEL NIÑO SANO ESTRUCTURADA POR PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON

Cárdenas Valladolid, Juan; De la Iglesia Moreno, Sonia; García Gscheidle, Adelaida; Gómez Montero, Gerardo; GONZALEZ GASCÓN, RICARDO; Losada Etchevarry, Alicia ; Hernández Martínez, Enriqueta.

c/ Doctor Cirajas, 20;

28045 MADRID;

913221508 ó 651986582 ;

jcardenas.gapm04@salud.madrid.org

GERENCIA ATENCIÓN PRIMARIA ÁREA 4 DE MADRID

Introducción/Justificación.-

La versión 5.01 del programa OMI-AP, con la incorpora la nueva aplicación de "Planes de Cuidados"¹, posibilitando el registro de la actividad enfermera según el Proceso de Atención de Enfermería.

El registro de la etapa de valoración se sustenta en "protocolos informáticos" estructurados por patrones funcionales de salud de Marjory Gordon, para posteriormente emitir diagnósticos enfermeros y elaborar planes de cuidados.

En la aplicación inicial se disponen de "protocolos" para la valoración del adulto. En el caso de la población pediátrica, los protocolos de valoración están estructurados siguiendo el modelo biomédico, por lo que el profesional que registra según metodología enfermera, tiene que modificar el sistema habitual de registro con la consiguiente pérdida de operatividad y de tiempo en la consulta.

Objetivo General.-

Introducir en OMI-AP los protocolos informáticos, estructurados por PFdMG específicos para la valoración pediátrica en Atención Primaria.

Objetivos Específicos.-

- Identificar los datos básicos de valoración del niño por tramo de edad y estructurados por patrones funcionales de Marjory Gordon.
- Describir las relaciones de los datos con los correspondientes a la Cartera de Servicios de Atención Primaria y al Programa del Niño Sano.

Material y Metodos/Desarrollo Conceptual.-

Estudio descriptivo, realizado por grupo de consenso multidisciplinar compuesto por cinco enfermeras y una pediatra:

- Revisión bibliográfica sobre la valoración enfermera² basada en los patrones funcionales de salud adaptados al entorno de los cuidados pediátricos.
- Adecuación a "Cartera de Servicios del IMSALUD"³ y al Programa del Niño Sano⁴..

¹ INSALUD, Subdirección General de Atención Primaria. Área de Evaluación y Seguimiento. "MANUAL PRÁCTICO. APLICACIÓN PLANES DE CUIDADOS CARTERA DE SERVICIOS". Madrid, 2001.

² Marjory Gordon. Diagnóstico enfermero. Ed. Mosby/Doyma Libros, 1996.

³ INSALUD, Subdirección General de Atención Primaria. Subdirección General de Coordinación Administrativa. "CARTERA DE SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA". 4ª Edic: 2001

⁴ INSALUD: Área 4 Atención Primaria. PROGRAMA DEL NIÑO SANO. Madrid, 1995

- Estructuración los datos en 3 tramos de edad: 0-23 meses; 2 a 5 años y 6 a 14 años⁵.

Resultados.- Mediante la herramienta de diseño de protocolos (OMI-PRO) se crearon los “protocolos informáticos de valoración pediátrica”.

Conclusiones.- El desarrollo e implantación posibilita que la enfermera de familia aborde, con la misma metodología de cuidados, a todos los miembros de las familias que son de su responsabilidad y competencia, aplicando los mejores cuidados y garantizando la calidad en la continuidad de los mismos.

⁵ INSALUD: Área 11 Atención Primaria. PROTOCOLO DEL NIÑO SANO, ESTRUCTURADO POR PATRONES FUNCIONALES DE SALUD. Madrid, 1995

PED. PFMG. [0-23] [270272004] - - PRUEBA PRUEBA.P [32 días]

P. PERCEP.1/2 | P.PERC2/2 | P. NUT./ME.1/2 | P.NUT.2/2-P.ELI | P. ACTIV./EJER.

| | | | |
|------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| Peso de RN (Kg) | Peso al alta: | Talla de RN (cm) | P.C. de RN (cm) |
| <input type="text" value="0.000"/> | <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="0.0"/> | <input type="text" value="0.0"/> |

| | | |
|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| Peso (Kg) | Talla (cm) | P.C. (cm) |
| <input type="text" value="0.000"/> | <input type="text" value="0.000"/> | <input type="text" value="0.000"/> |

Fontanela anterior

Resultado P. metabólicas

Lactancia materna desde RNC Sí No - motivo aband.

Lactancia materna niño: Sí No - edad abandono (meses)

Fórmula adaptada en P. neonatal F. Adaptada: Sí No

Cronología de la introducción (meses de edad) de la alimentación complementaria:

| | | |
|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| Fórmula Ad. | Vacuno/pollo | Pescado |
| <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="0"/> |
| Cereales SG | Cereales CG | Clara huevo |
| <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="0"/> |
| Frutas | Yogur | Legumbres |
| <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="0"/> |
| Verduras | Yema huevo | Lecha vaca |
| <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="0"/> |

| | | |
|-----------------------|---|----------------------|
| Práctica Alimentaria: | Tolerancia alimentaria: | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | |
| Dentición | Alergia alimentaria: | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | |
| | Adherencia al tto. Vit. D | <input type="text"/> |
| | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | |

Imprimir Aceptar Cancelar

Innovación en el proceso de cuidar: conjunción de herramientas y saber.
Valencia – 13 y 14 de mayo de 2004

P. PERCEP.1/2 |
 P.PERC2/2 |
 P. NUT/ME.1/2 |
 P.NUT.2/2-P.ELI |
 P. ACTIV./EJER.

R.S. 0-1 m. |
 R.S. 2-3 m. |
 R.S. 4-5 m. |
 R.S. 6-12 m.

R.S. 13-17 m. |
 R.S. 18-23 m. |
 Acude con

Perinatal

Emb. controlado Sí No

Lugar

Tipo de RN

Feto único Sí No

Período neonatal

Tipo de embarazo

Tipo de parto

Apgar 1 min.

N°

Realizadas P. detec. metabopatías

Edad gest. (sem.) 0

Reanimación

Apgar 5 min.

Raza

2ª prueba (días) 0

INFECCION PERINATAL Sí No

Hepatitis B Sí No

Sífilis Sí No

Toxoplasma Sí No

Rubéola Sí No

ANT. PERSONALES

ANTECEDEN. FAMILIARES Sí No

| | |
|---|---|
| Alergias <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Malformaciones <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| Enfermedad C.V. <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Minusvalía <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| Diabétes Mellitus <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Consangineidad <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| H.T.A. <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Discapacidad visual <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| Obesidad <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Discapacidad auditiva <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| Dislipemia <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Padres fumadores <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| Anemias <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Padres toxicómanos <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| V.I.H. <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Padres con pato. mental <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |

Innovación en el proceso de cuidar: conjunción de herramientas y saber.
Valencia – 13 y 14 de mayo de 2004



V Symposium Internacional de Diagnósticos de Enfermería Palau de Congressos de Valencia 13 y 14 de mayo de 2004

Título: *Atención de calidad a la población inmigrante, un reto para la enfermería*
Autor/es: [Rosa Rifà Ros](#) y [Carmen Vila Gimeno](#)

Dirección: EUE Blanquerna. Universidad Ramon Llull C/Padilla 326. 08024 Barcelona
Teléfono: 93 253 30 84
Correo Electrónico: rosarr@blanquerna.url.es ; carmenvg@blanquerna.url.es

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

La disciplina enfermera ha ido adaptándose a los acontecimientos sociales que a lo largo de los años han ido transcurriendo.

En nuestro contexto global, la migración constituye un fenómeno social al que hay que dar respuesta desde la enfermería.

Se impone un paradigma interdisciplinario para abordar los retos que la población inmigrante, este exige una redefinición de cada una de las disciplinas.

Inscribir la enfermería en un modelo que compatibilice las necesidades del paciente con su contexto cultural, supone desarrollar unas habilidades específicas de lenguaje, a través del cual se revela la cultura y con la observación y la comunicación no verbal. También implica la adopción de instrumentos de valoración y evaluación flexibles y desarrollar en la enfermería el hábito del registro.

OBJETIVO

- Presentar el proyecto de investigación para la identificación, confección y implementación de los diagnósticos de enfermería vinculados a la inmigración

METODOLOGIA

1. Análisis de documentos sobre las clasificaciones NANDA, NIC y NOC.
2. Confección de los planes de curas estandarizados que responden a los problemas identificados en la población inmigrante
3. Validación del instrumento en la práctica asistencial durante un período de un año
4. Análisis de resultados

CONCLUSIONES

La finalidad de la confección de este documento es facilitar la aplicación del proceso de atención de enfermería como método sistemático para proporcionar y planificar cuidados de enfermería para garantizar la calidad asistencial en la población inmigrante .

En la actualidad tenemos identificados 18 diagnósticos de enfermería reales y confeccionados diversos planes de cuidados con los resultados y intervenciones adecuadas .

El trabajo esta iniciándose, queda la etapa de validación, pero como enfermeras creemos indispensable considerar la diversidad cultural para proveer cuidados de salud eficaces.

ESTANDARIZACIÓN E INFORMATIZACIÓN DEL INFORME DE ENFERMERÍA AL ALTA

Carrascosa García M^ª, Guevara Sanz JM^ª, García Fernández FP, Bellido Vallejo JC, Morcillo Nieto M^ªC, Guirao Escrivá J.

INTRODUCCIÓN

A raíz de los acuerdos alcanzados por la Comisión de Continuidad de Cuidados de Área entre el CHJ y los DSJ y DSJS se desarrolla una estrategia de estandarización e informatización de los Informes de Enfermería al Alta (IEA) que permite disminuir el tiempo que los profesionales invierten en la elaboración de los mismos y mejorar la calidad del contenido incorporando lenguaje estandarizado NANDA/NIC/NOC y por otro lado garantizar la legibilidad del documento para su envío por Fax a Atención Primaria de Salud antes de 24 horas sin intervención del paciente.

A final del año 2003 nos propusimos evaluar la efectividad de esta estrategia contemplando los siguientes objetivos: 1º Evaluar la Calidad del contenido de los mismos y 2º Determinar la influencia de la informatización en la calidad y cantidad de los Informes de Enfermería al Alta (IEA) en los hospitales que forman el Complejo Hospitalario de Jaén.












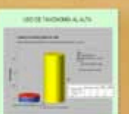

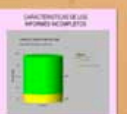


OBJETIVOS

METODOLOGÍA

Estudio: Retrospectivo Descriptivo. Población: Total informes IEA emitidos por todas las unidades de hospitalización de los cuatro Hospitales que conforman el CHJ. Muestreo: aleatorio sistemático (1 de cada 3), hasta completar 10 informes por unidad (o ala). Período: septiembre -noviembre de 2003. Criterios evaluados: Identificación (Id.) del paciente, Id. Hospital y Unidad; Id. problemas al ingreso. Tipo de problemas al ingreso. Id.intervenciones /actividades y tipo. Id. recomendaciones al alta y tipo. Id. fecha de alta. Id. enfermera responsable. Escritura legible. Informatización (DI) o no (DNI). Nº informes antes y después informatización. Análisis Variables: Se calculó frecuencia y porcentajes. Para analizar la influencia de la informatización sobre la producción y la calidad de los IEA se comparó mediante la χ^2 . Se consideró significación $p < 0,05$.

RESULTADOS

Desde el 01 de abril hasta el 31 de diciembre se han emitido un total 4.374 IEA lo cual supone que aproximadamente el 20% de los pacientes dados de alta. La identificación del paciente consta completa en el 45,9%. El 72% de los informes usa diagnósticos NANDA en los problemas al ingreso. Sólo el 36% usa intervenciones NIC en actividades durante la estancia con una media de 2,6 frente a 2,9 actividades de otro tipo. En las recomendaciones al alta sólo el 11,7% de los informes consta diagnósticos NANDA resueltos o criterios de resultados NOC, con una media de 0,5 recomendaciones de este tipo frente a las 4 de media de otro tipo. La fecha de alta consta en la mayoría de los mismos 96,4%. La identificación de la enfermera consta correctamente en el 38,5%. Sólo un 1,3% de los informes presenta problemas de legibilidad. La informatización ha triplicado el número de informes/mes (de 213 informes/mes antes de la informatización a los 713 informes/mes durante noviembre). Hemos detectado que además mejora varios aspectos de cualitativos [uso de la taxonomía enfermera en los problemas al ingreso (NANDA), ($p < 0,0001$), identificación del hospital ($p = 0,02$) y la identificación de la fecha del informe($p = 0,03$)]. Hay carencias en diversos datos de identificación del paciente ($p = 0,003$).

CONCLUSIONES

La informatización es una herramienta favorece la incorporación de lenguaje estandarizado para la comunicación y la continuidad de cuidados enfermeros entre niveles asistenciales.

La informatización del informe mejora varios aspectos de la calidad de los IEA.

Por el contrario existe un mayor número de datos incompletos en relación a la identificación del paciente al no colocar etiqueta identificativa.

Habría que revisar el contenido acordado con la Comisión de Continuidad de Cuidados de Área, ya que las recomendaciones en relación a patologías de CM no contemplaba el uso de Taxonomía enfermera.

La informatización ha triplicado el número de Informes/mes.

ESTANDARIZACIÓN E INFORMATIZACIÓN DEL INFORME DE ENFERMERÍA AL ALTA

M^ª Isabel Carrascosa García, Jesús M^ª Guevara Sanz, F^º Pedro García Fernández, José Carlos Bellido Vallejo, M^ª del Carmen Morcillo Nieto, Jaime Guirao Escrivá.

COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN

Innovación en el proceso de cuidar: conjunción de herramientas y saber.
Valencia – 13 y 14 de mayo de 2004

INTRODUCCIÓN.

Se desarrolla una estrategia de **estandarización e informatización** de los Informes de Enfermería al Alta (IEA) que permitiese disminuir el tiempo que los profesionales invierten en la elaboración de los mismos y mejorar la calidad del contenido incorporando lenguaje estandarizado NANDA/NIC/NOC y por otro lado garantizar la legibilidad del documento para su envío por Fax a Atención Primaria de Salud antes de 24 horas sin intervención del paciente.

A final del año 2003 nos propusimos evaluar la efectividad de esta estrategia contemplando los siguientes **objetivos**: 1º Evaluar la Calidad del contenido de los mismos y 2º Determinar la influencia de la informatización en la calidad y cantidad de los Informes de Enfermería al Alta (IEA) en los hospitales que forman el Complejo Hospitalario de Jaén.

METODOLOGÍA.

Estudio: Retrospectivo Descriptivo. Población: Total informes IEA emitidos por todas las unidades de hospitalización de los cuatro Hospitales que conforman el CHJ

Muestreo: aleatorio sistemático (1 de cada 3), hasta completar 10 informes por unidad (o ala). Periodo: septiembre -noviembre de 2003.

Criterios evaluados: Identificación (Id.) del paciente, Id. Hospital y Unidad; Id. problemas al ingreso. Tipo de problemas al ingreso. Id. intervenciones /actividades y tipo. Id. recomendaciones al alta y tipo. Id. fecha de alta. Id. enfermera responsable. Escritura legible. Informatización (DI) o no (DNI). Nº informes antes y después informatización.

Análisis Variables: Se calculó frecuencia y porcentajes. Para analizar la influencia de la informatización sobre la producción y la calidad de los IEA se comparó mediante la χ^2 . Se consideró significación $p < 0,05$.

RESULTADOS.

Desde el 01 de abril hasta el 31 de diciembre se han emitido un total 4.374 IEA lo cual supone que aproximadamente el 20% de los pacientes dados de alta. La identificación del paciente consta completa en el 45,9%. El 72% de los informes usa diagnósticos NANDA en los problemas al ingreso. Sólo el 36% usa intervenciones NIC en actividades durante la estancia con una media de 2,6 frente a 2,9 actividades de otro



**V SIMPOSIUM
INTERNACIONAL DE
DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMERÍA**

tipo. En las recomendaciones al alta sólo el 11,7% de los informes consta diagnósticos NANDA resueltos o criterios de resultados NOC, con una media de 0,5 recomendaciones de este tipo frente a las 4 de media de otro tipo. La fecha de alta consta en la mayoría de los mismos 96,4%, La identificación de la enfermera consta correctamente en el 38,5%. Sólo un 1,3% de los informes presenta problemas de legibilidad. La informatización ha triplicado el número de informes/mes (de 213 informes/mes antes de la informatización a los 713 informes/mes durante noviembre). Hemos detectado que además mejora varios aspectos de cualitativos [uso de la taxonomía enfermera en los problemas al ingreso (NANDA), ($p < 0.0001$), identificación del hospital ($p = 0,02$) y la identificación de la fecha del informe ($p = 0,03$)]. Hay carencias en diversos datos de identificación del paciente ($p = 0,003$).

CONCLUSIONES.

La informatización es una herramienta favorece la incorporación de lenguaje estandarizado para la comunicación y la continuidad de cuidados enfermeros entre niveles asistenciales

1. Introducción:

En la actual situación de consolidación de nuestro Complejo Hospitalario, la enfermería de nuestros cuatro hospitales ha trabajado durante el año 2003 en aprovechar la oportunidad que la situación ofrecía de cara a unificar criterios en cuanto a protocolización y estandarización de cuidados así como actualizar, unificar los registros que soporten y garanticen el Proceso Enfermero y la continuidad de cuidados tanto a nivel interno como con Atención Primaria de Salud (valoración de enfermería al ingreso, registro de medicación y cuidados, evolución de cuidados, Informe de enfermería al alta).

En el momento actual, no disponemos de un soporte digital para la planificación de cuidados y ante los requisitos contemplados en Contrato-Programa de enviar informes no manuscritos a Atención Primaria de Salud, antes de 24 horas, sin intervención del paciente, se desarrolla una estrategia de estandarización e informatización que permitiese disminuir el tiempo que los profesionales invierten en la elaboración de los mismos y mejorar la calidad del contenido incorporando lenguaje estandarizado NANDA/NIC/NOC y por otro lado garantizar la legibilidad del documento para su envío por Fax a Atención Primaria de Salud.

Así en una **primera fase** se acomete la *estandarización del contenido de los Informes de Enfermería al Alta*:

Sobre la base del Registro de Valoración de Enfermería al Ingreso que se encuentra estructurado en base a las necesidades básicas de Virginia Henderson modificadas y que contiene los diagnósticos NANDA más prevalentes y válido para todas las unidades del Complejo, se inicia una estrategia de estandarización comenzando por la estandarización del contenido de los IEA en relación a los procesos y CMA acordadas por la Comisión de Continuidad de Cuidados de Área, para posteriormente ir ampliando el número de procesos asistenciales en aquellas situaciones más prevalentes en cada unidad .

En una *segunda fase*, la Unidad de Formación, Investigación y Calidad de la Dirección de Enfermería ha desarrollado la *estrategia de informatización* creando una base de datos con los contenidos estandarizados en los procesos antes mencionados disponiendo de una estación clínica centralizada en la UFIC y 3 subestaciones

diferentes según sean para los hospitales MQ y NT una, para el MI otra y para el DS otra. En total se han informatizado 50 situaciones diferentes y se han instalado en 24 ordenadores de controles de enfermería o de las direcciones de enfermería (13 en el HUMQ, 2 en el HUDS, 3 en el HUNT, y 6 en el HUMI).

A final del año 2003 nos propusimos evaluar la efectividad de esta estrategia contemplando los siguientes objetivos:

1. Conocer la Producción de IEA emitidos en el año.
2. Evaluar la Calidad del contenido de los mismos.
3. Determinar la influencia de la informatización en la calidad y cantidad de los Informes de Enfermería al Alta (IEA) en los hospitales que forman el Complejo Hospitalario de Jaén.

2. Metodología:

- Estudio: Retrospectivo Descriptivo.
- Población: Total informes IEA emitidos por todas las unidades de hospitalización de los cuatro Hospitales que conforman el CHJ
- Muestreo: aleatorio sistemático (1 de cada 3), hasta completar 10 informes por unidad (o ala).
- Periodo: septiembre -noviembre de 2003.
- Criterios evaluados: Identificación (Id.) del paciente, Id. Hospital y Unidad; Id. problemas al ingreso. Tipo de problemas al ingreso. Id. intervenciones /actividades y tipo. Id. recomendaciones al alta y tipo. Id. fecha de alta. Id. enfermera responsable. Escritura legible. Informatización (DI) o no (DNI). Nº informes antes y después informatización.
- Análisis Variables: Se calculó frecuencia y porcentajes. Para analizar la influencia de la informatización sobre la producción y la calidad de los IEA se comparó mediante la 2. Se consideró significación $p < 0,05$.

3. Resultados:

1. Seguimiento de la Producción de I.E.A.

Desde el 01 de abril hasta el 31 de diciembre se han emitido un total 4.374 IEA lo cual supone que aproximadamente el 20% de los pacientes dados de alta.

El promedio de IEA emitido es de 25,70%. Por centros, es el Hospital Universitario Dr. Sagaz el que emite un mayor promedio (49,68%) de I.E.A. 24% más que el resto de Centros, con un rango entre 39,58% -emitidos en agosto- y 71,70% -emitidos en mayo-; con un 5% por debajo de la media le sigue el H.U. Médico Quirúrgico (20,61 %) con un rango entre 14,60% -correspondiente al mes de septiembre- y 26,34% -correspondiente al mes de octubre-. Un 6,64% por debajo de la media y como tercer centro, se sitúa el H.U. Neurotraumatológico con un (19%) y un rango entre 12,05% correspondiente al mes de agosto y de 26,79% correspondiente al mes de junio. El último lugar en producción de IEA lo ocupa el H.U. Materno Infantil con una media de 13,53%, un 12,11% por debajo de la media global del Complejo Hospitalario con un rango entre 7,15% correspondiente al mes de septiembre y 30,41% del mes de mayo.

Desde que se inicia el seguimiento de los IEA en el mes de abril, la mayor producción corresponde al mes de mayo y junio, con un descenso en los meses de verano que comienza a recuperarse en el mes de octubre.

2. Análisis Cualitativo de los Informes emitidos.

Los datos fueron recogidos por dos evaluadores externos a la unidad y extrapolados a una plantilla de recogida de datos elaborada para tal fin. El total de informes analizados ha sido 222, evaluados independientemente por dos evaluadores.

- La identificación del paciente consta completa en el 45,9%, siendo la falta de edad o fecha de nacimiento y el teléfono o número de seguridad social el principal problema de identificación. La identificación del hospital fue correcta en el 57,7%, incompleta en un 37% y no cumplimentada en un 5,4%.



V SIMPOSIUM
INTERNACIONAL DE
DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMERÍA

- El 97,3% identifican problemas al ingreso, el 72% de los informes usa diagnósticos NANDA en los problemas al ingreso con una media de 2,7 diagnósticos por informe y 1,2 recomendaciones de otro tipo.
- En el 96% constan intervenciones o actividades sin embargo sólo el 36% usa intervenciones NIC en actividades durante la estancia con una media de 2,6 frente a 2,9 actividades de otro tipo.
- El 98,6% de los documentos presenta recomendaciones al alta También en las recomendaciones al alta sólo el 11,7% de los informes consta diagnósticos NANDA resueltos o criterios de resultados NOC, con una media de 0,5 recomendaciones de este tipo frente a las 4 de media de otro tipo.
- La fecha de alta consta en la mayoría de los mismos 96,4%, estando siempre cumplimentada en los informatizados.
- La identificación de la enfermera consta correctamente en el 38,5% de los casos siendo la falta de la firma el principal error que presentan (72% de los incompletos).
- Sólo un 1,3% de los informes presenta problemas de legibilidad.

3. Influencia de la informatización en la calidad de los Informes de Enfermería la Alta.

- Cuantitativamente, la informatización ha triplicado el número de informes/mes. Hemos detectado que la informatización del IEA mejora varios aspectos de la calidad de los IEA, [uso de la taxonomía enfermera en los problemas al ingreso (NANDA), ($p < 0.0001$), identificación del hospital ($p = 0,02$) y la identificación de la fecha del informe ($p = 0,03$)].
- Por el contrario al no colocar etiqueta identificativa, hay carencias en diversos datos de identificación del paciente ($p = 0,003$).
- No existen diferencias entre informatización o no en el resto de variables. Se ha pasado de 213 informes/mes antes de la informatización a los 713 informes/mes durante noviembre.

4. Áreas de Mejora

La población atendida en el H.U. Dr. Sagaz es eminentemente una población envejecida, con procesos crónicos y un alto nivel de dependencia y por tanto con una mayor necesidad de continuidad de cuidados, lo cual podría explicar la mayor proporción de IEA realizados.

En el resto de Centros se hace necesario identificar para cada unidad las categorías de pacientes que precisan continuidad de cuidados (según procesos asistenciales o GDR'S más prevalentes, nivel de dependencia del paciente, Contrato-Programa...) de cara a estandarizar los mismos y asegurar la realización de IEA en el 100% de estos casos.

Cualitativamente hemos identificado áreas de mejora en relación a los criterios siguientes:

Criterio 1:

El 100% de la falta de información se pueden solventar con la colocación de la etiqueta identificativa, en la que consta la fecha de nacimiento o edad (según el centro) y el Número de Identificación Sanitaria. El nuevo documento en formato papel además lleva los apartados centro de salud, domicilio y población. En el formato electrónico se ha incluido además los campos centro de salud y teléfono del paciente que deben ser cumplimentados obligatoriamente para poder imprimir el IEA electrónico. Además de especificarse la necesidad de colocar la etiqueta identificativa de manera imprescindible.

Criterio 2: en los nuevos documentos en formato papel como electrónico se hace imprescindible la cumplimentación de ambos datos: identificación de hospital y unidad.

Criterio 4: se han modificado los informes de autocuidados, pactados con la Comisión de Continuidad de cuidados de área en los que no se contemplaban intervenciones con nomenclatura NIC y se han incluido intervenciones NIC en ellos.

Criterio 5: se han comenzado a distinguir los informes que son de autocuidados y los que son de continuidad de cuidados o mixtos, en el formato electrónico. Ello pensamos que hará que en el formato papel por osmosis, se cumplimenten igual, como está sucediendo con las intervenciones.

Los Informes de Enfermería al Alta consensuados en su día con Atención Primaria para ciertos procesos de CMA, no contemplaban en su estandarización el uso de taxonomía enfermera en relación a las Intervenciones, por lo que habremos de revisar su contenido e incorporarla próximamente.

En la fecha del análisis, había 41 patologías informatizadas. En la actualidad y con la reforma del documento electrónico en la que se han intentado solventar los problemas detectados en esta fase se han incluido 36 patologías más, hasta completar los 77 problemas que se incluyen en la actualidad. Está prevista una próxima ampliación de la misma en otras 10-15 patologías en la próximas semanas, por lo que casi un centenar de procesos pueden tener informatizado el IEA en este semestre.

5. Conclusiones

La informatización del informe mejora varios aspectos de la calidad de los IEA. Por el contrario existe un mayor número de datos incompletos en relación a la identificación del paciente al no colocar etiqueta identificativa.

Habría que revisar el contenido acordado con la Comisión de Continuidad de Cuidados de Área, ya que las recomendaciones en relación a patologías de CMA no contemplaba el uso de Taxonomía enfermera.

La informatización ha triplicado el número de informes/mes.



V SIMPOSIUM
INTERNACIONAL DE
DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMERÍA

APLICACIÓN DEL ROL PROPIO DE ENFERMERIA EN ATENCIÓN PRIMARIA. UN RETO PARA LA PROFESIÓN.

**C. Coma Colom, M^a D. Rodríguez Magallanes, L. Jurado Vergara, M^a A.
Lázaro Lubrián, R. Mateo Gambante, O. Moreno Calvo**

Avd. Barcelona, 62 08970 Sant Joan Despí (Barcelona)

93-477-51-51 /661-36-05-7

cccllum@mixmail.com

**Innovación en el proceso de cuidar: conjunción de herramientas y saber.
Valencia – 13 y 14 de mayo de 2004**

INTRODUCCIÓN.-

En la última década el papel de los profesionales enfermeros de Atención Primaria (AP) en Cataluña está consolidando su rol propio, según el Modelo conceptual de Virginia Henderson (V.H.) aplicando el diagnóstico enfermero de la Nanda reafirmando la autonomía e independencia de la profesión y ejercitando el rol de colaboración con otros profesionales de la Sanidad.

Las Historias Clínicas en papel y la inclusión del soporte informático en las consultas de AP nos ha llevado a crear un sistema operativo que ha facilitado la utilización del modelo y los diagnósticos de enfermería, a fin de poder valorar los planes de cuidados de calidad del trabajo asistencial, así como la utilización del mismo lenguaje de expresión para todos los profesionales pertenecientes a las Áreas Básicas de Salud (ABS) del Servicio de Atención Primaria (SAP) "Baix Llobregat Centre (Barcelona).

OBJETIVO:

- 1-Potenciar la utilización del método de trabajo propio del rol enfermero en la SAP.
- 2-Consolidar su uso como herramienta de trabajo
- 3-Diseñar un programa docente informático a aplicar en nuestra SAP

MATERIAL:

- * PROFESIONALES ENFERMEROS representativos de cada uno de los Centros pertenecientes a la SAP Baix Llobregat Centre, para consensuar y analizar las dificultades que existen para utilizarlo el modelo y que aportan casos reales a estudiar
- * ORDENADORES: PROGRAMAS INFORMÁTICOS que se utilizan en este momento en la SAP (OMI, OMIAP, E-CAP...) pendiente de unificación en uno.* INTRANET servicio autoformativo que ofrece a los profesionales la posibilidad de consultar casos, autoevaluarse y resolver problemas derivados del modelo.

MÉTODOS:

- * REUNIONES MENSUALES del grupo representativo de las ABS.* CASOS trabajados previamente en las ABS con el colectivo enfermero.* FORMACIÓ realizada en forma de taller teórico-práctico a los enfermeros referentes de las ABS y que se hará extensivo al resto de profesionales de los Centros, a cargo de una profesora de la Universidad que así mismo,

* REVISARÁ los casos prácticos aportados.* IMPLICACIÓ de los líderes representativos para fomentar el interés y participación del colectivo a adquirir el nuevo reto.

RESULTADOS :

Se identificaron las siguientes dificultades: 1- Falta de formación del modelo por diversidad del plan de estudios de los profesionales. 2- Insuficientes conocimientos y habilidades para utilizar el método. 3- Falta de tiempo por las cargas asistenciales a asumir. 4- Percepción del método poco ágil. 5- Falta de motivación y 5- Resistencia a cambios.

CONCLUSIONES:

Ha sido necesaria la implicación de los profesionales para la puesta en marcha de las intervenciones dirigidas a dinamizar el proceso. La utilización de los recursos informáticos facilita, agiliza y unifica registros, reduce el tiempo necesario para la aplicación del método. Creemos que puede ayudar al cambio para conseguir el objetivo, sistematizando el registro para poder llegar a la evaluación de las actividades enfermeras



V Symposium Internacional de Diagnósticos de Enfermería Palau de Congressos de Valencia 13 y 14 de mayo de 2004

Título: PROCESO DE VALORACION, DIAGNOSTICO E INTERVENCION EN PACIENTES CON TRASTORNOS MENTALES CRONICOS DE LARGA HOSPITALIZACION

Autor/es: Begoña Morales Domaica, Susana García Ruiz

Dirección: Hospital de Zaldibar. Avda Bilbao s.n. 48250

Teléfono: 94.6032800

Correo Electrónico: bmorales@hzal.osakidetza.net

RESUMEN

INTRODUCCION:

En el año 2002 se produce una reestructuración de los R.R.H.H. del Hospital, que supone la integración del colectivo de monitores de Terapia Ocupacional en la división de Enfermería y la introducción a la gestión por procesos.

Este hecho implica una reorganización de los procesos del Hospital, dotándolos de un sentido integrador en cuanto a la metodología a aplicar y a los objetivos a conseguir con las pacientes, desde las distintas intervenciones.

OBJETIVOS:

- Detección de necesidades.
- Implantación de programas en respuesta a las necesidades.
- Creación de sistemas de trabajo funcionales y eficaces.

METODOLOGIA:

- Valoración inicial de enfermería según modelo de Virginia Henderson.
- Aplicación de la guía estándar de trastornos mentales crónicos de Larga hospitalización.
- Diagnóstico de necesidades.
- Definición de objetivos.
- Diseño de intervención de enfermería/T.O. e introducción de cambios en el sistema de coordinación.

CONCLUSIONES:

- Se han establecido tres programas en base a las necesidades:
 - 1) Programa de Estimulación Cognitiva
 - 2) Programa de Estimulación Motora
 - 3) Programa de Ocio y tiempo libre
- Todo el equipo de enfermería conoce y participa en la puesta en marcha de los mismos.
- Se introduce la asignación de tareas y funciones para mejorar la coordinación.
- Desaparece el concepto de departamento de T.O. debido a la integración en la división de enfermería.



V SIMPOSIUM
INTERNACIONAL DE
DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMERÍA

INTERRELACIONANDO NANDA- NOC_ NIC EN UN PACIENTE TIPO, CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER.

Rosa M^a Roure Murillo, Montserrat Bartomeu, Lourdes Castaño, Ana M^a Pedrico, Dolores Miguel, Paqui Pérez

INTRODUCCIÓN

Esta comunicación es fruto de un proyecto de realización de una Trayectoria Clínica de un paciente con enfermedad de Alzheimer, en estadio leve-moderado.

La enfermedad de Alzheimer se caracteriza por un fallo gradual de la memoria con alguna afectación del área cognitiva que no se explica por otro trastorno neurológico o sistémico. La Demencia tipo Alzheimer representa el 60% de los casos de demencia pero puede estar asociada a otras demencias.

Las Trayectorias Clínicas son planes asistenciales que definen y ordenan secuencialmente actividades e intervenciones sanitarias para un grupo definido de pacientes con un curso clínico predecible. Por tanto, el contenido de la Trayectoria Clínica es un mapa de actividades que se deben llevar a cabo, consensuadas con cada disciplina para solucionar el índice de problemas.

Lo que presentamos es el plan de cuidados de enfermería consensuado con el grupo para este tipo de pacientes con el objetivo de hacerlo con metodología propia de Enfermería.

MATERIAL Y MÉTODO

El trabajo se ha llevado a cabo en el postgrado de Trayectorias Clínicas realizado en la Escuela de Sant Joan de Déu de Barcelona, en el curso 2003-2004.

RESULTADOS

La definición del caso tipo es, paciente con diagnóstico médico de Demencia tipo Alzheimer, edad > de 50 años, Barthel =>60, Minimental: entre 15-24, GDS: 4-5 Zarit< 46, otras patologías asociadas, con cuidador informal y de duración indefinida.

Los Diagnósticos de Enfermería (DdE) más frecuentes son, Déficit de autocuidado total, Riesgo de estreñimiento, Riesgo de deterioro de la integridad cutánea, Riesgo de cansancio del rol de cuidador, Riesgo de manejo inefectivo del régimen terapéutico familiar r/c déficit de conocimientos, Riesgo de traumatismo r/c deterioro de la movilidad física, Riesgo de deterioro de la deglución, Riesgo de aflicción crónica r/c



V SIMPOSIUM
INTERNACIONAL DE
DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMERÍA

incapacidad del adulto para mantener su desarrollo, Rol interdependiente: Deprivación del sueño, Rol interdependiente: Trastorno de los procesos de pensamiento.

Para el DdE Déficit de autocuidado total:

Resultados: El paciente mantendrá sus cuidados personales. Cuidados personales:

actividades de la vida diaria.

Estado de deglución.

Estado nutricional: gestión alimentaria y de líquidos.

Intervención: Ayuda con los autocuidados: alimentación, aseo, baño/higiene, vestir/arreglo personal.

Para el DdE Riesgo de estreñimiento:

Resultados: El paciente no presentará estreñimiento. Eliminación intestinal.

Intervención: Manejo del estreñimiento/impactación.

Para el DdE Riesgo de deterioro de la integridad cutánea:

Resultados: El paciente mantendrá la piel en óptimas condiciones: limpia, hidratada y con ausencia de rozaduras y úlceras Integridad tisular: piel y membranas mucosas

Intervención: Vigilancia de la piel

Para el DdE riesgo de cansancio del rol de cuidador:

Resultados: El cuidador manifestará no estar cansado ni estresado y ejecutar su rol.

Alteración del estilo de vida del cuidador familiar

Conocimiento: conductas sanitarias

Descanso

Detección del riesgo

Ejecución del rol

Factores estresantes del cuidador familiar

Preparación del cuidador familiar domiciliario

Rendimiento del cuidador familiar: atención directa

Rendimiento del cuidador familiar: atención indirecta

Salud emocional del cuidador familiar

Salud física del cuidador familiar

**Innovación en el proceso de cuidar: conjunción de herramientas y saber.
Valencia – 13 y 14 de mayo de 2004**



V SIMPOSIUM
INTERNACIONAL DE
DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMERÍA

Intervención: Apoyo al cuidador principal

Para el DdE Riesgo de manejo inefectivo del régimen terapéutico familiar r/c déficit de conocimientos:

Resultados: El cuidador manifestará tener conocimiento de la enfermedad.

Participación

de la familia en la asistencia sanitaria profesional

Intervención: Enseñanza: proceso de enfermedad

Para el DdE: Riesgo de traumatismo r/c deterioro de la movilidad física:

Resultados: El paciente estará en un ambiente seguro y confortable. Conducta de

seguridad: ambiente físico del hogar

Conducta de seguridad: prevención de caídas

Estado de seguridad: caída

Deambulación: caminar

Intervención: Prevención de caídas

Fomento del ejercicio

Para el DdE Riesgo de deterioro de la deglución:

Resultados: El paciente reducirá los riesgos derivados del deterioro de la

deglución. Estado de deglución

Intervención: Precauciones para evitar la aspiración

Para el DdE Riesgo de aflicción crónica r/c incapacidad del adulto para mantener su desarrollo:

Resultados: El paciente se manifestará comunicativo y feliz. Nivel de depresión

Intervención: Humor

Para el DdE Rol interdependiente: Deprivación del sueño:

Resultado: El paciente descansará en horario nocturno, según costumbres de su entorno

habitual. Sueño

Intervención: Fomentar el sueño

**Innovación en el proceso de cuidar: conjunción de herramientas y saber.
Valencia – 13 y 14 de mayo de 2004**



**V SIMPOSIUM
INTERNACIONAL DE
DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMERÍA**

Para el DdE Rol interdependiente: Trastorno de los procesos de pensamiento:

Resultados: Mantenimiento del nivel de trastorno de los procesos de pensamiento.

Capacidad cognitiva

Control del pensamiento distorsionado

Estado neurológico: conciencia

Memoria

Orientación cognitiva

Capacidad de comunicación

Intervención: Manejo ambiental: seguridad

Manejo de la conducta

Manejo de la demencia

Vigilancia

Vigilancia: seguridad

Administración de medicación

Apoyo a la familia

Apoyo emocional

Control del humor

Entrenamiento de la memoria

Estimulación cognoscitiva

Manejo de energía

Manejo de la medicación

Potenciación de seguridad

Protección de los derechos del paciente

Técnica de relajación

Terapia ambiental

Terapia de reminiscencia

Cada resultado va con sus indicadores y cada intervención con sus actividades.

CONCLUSIONES

**Innovación en el proceso de cuidar: conjunción de herramientas y saber.
Valencia – 13 y 14 de mayo de 2004**



**V SIMPOSIUM
INTERNACIONAL DE
DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMERÍA**

Tener elaborado nuestro plan asistencial de enfermería, basado en la experiencia de los profesionales en la evidencia científica y consensuado con el grupo, nos permite ahora trasladarlo a la Trayectoria Clínica, al formato Gantt y participar en el equipo de trabajo transdisciplinar, para aumentar la calidad de los cuidados del paciente, proporcionar un orden y un método a la atención y optimizar la efectividad y la eficacia.



V SIMPOSIUM
INTERNACIONAL DE
DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMERÍA

INTEGRACIÓN DE LAS TAXONOMÍAS ENFERMERAS EN EL ALUMNADO DE SEGUNDO CURSO DE ENFERMERÍA: UN CASO DE CUIDADOS

**Arias Hernández MM, Cabrera Figueroa J, Daroqui Agustí MP, Leal Felipe
M, Robayna Delgado MC, Arricivita Verdasco AM.**

Departamento Enfermería.

E. U. Enfermería y Fisioterapia.

Universidad de La Laguna.

INTRODUCCIÓN.

La elaboración de planes de cuidados a adultos con patología médica o sometidos a procesos quirúrgicos, durante el período de prácticas clínicas, constituye un objetivo de aprendizaje en el alumnado de segundo curso de Enfermería que ha sido formado en metodología de trabajo enfermera en el primer curso dentro de la programación de Cuidados Básicos. Este método utiliza los Patrones Funcionales de Salud de M. Gordon, como marco de valoración, y la Taxonomía II de la North American Nursing Diagnosis (NANDA), la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE) y la Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE). Presentamos, a partir de una situación de cuidados, un ejemplo de la integración de las taxonomías enfermeras realizado por nuestro alumnado y centrado en los problemas prioritarios del paciente.

SITUACIÓN DE CUIDADOS.

Mujer de 89 años de edad que se encuentra hospitalizada en una unidad de medicina interna por presentar linfedemas crónicos en miembros inferiores, con flebitis y úlceras varicosas, así como problemas de artrosis crónica que le dificultan realizar las actividades de la vida diaria. La paciente refiere “quemor, dolor e hinchazón en ambos miembros inferiores que le impiden la marcha”. Comenta que el problema no es actual aunque “cree que ha empeorado pues han aparecido unas manchas en los pies y unas heridas en los tobillos”. Es cardiópata y presenta problemas de circulación periférica desde hace diez años por lo que mantiene un tratamiento farmacológico crónico prescrito por su médico.

Valoración: Patrones disfuncionales

Patrón nutricional-metabólico: Mujer obesa, buen estado nutricional. Erosiones en MMII por rascado, no signos infección. Lesión ulcerosa en región maleolar interna derecha. Piel MMII seca y enrojecida. Temperatura local de ambos MMII elevada.

Patrón actividad-ejercicio: Déficit importante para deambular; no sube escaleras. Valoración AVD (I. Katz): Grado C-D = incapacidad moderada. Movilidad de MMII muy limitada. Poca fuerza muscular en MMII. Rigidez articular en ambos MMII

Patrón perceptivo-conceptual: Déficit auditivo y visual leve, no afecta AVD. Dolor en MMII



V SIMPOSIUM
INTERNACIONAL DE
DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMERÍA

INTEGRACIÓN: NANDA, NIC, NOC

Diagnóstico: Deterioro de la integridad cutánea r/c con inmovilidad, sequedad y fricción.

Objetivo: Conseguir una cicatrización progresiva de los tejidos.

Resultado: Curación de la herida por segunda intención

Escala de medición:

Ninguna (1) Escasa (2) Moderada (3) Sustancial (4) Completa (5)

Progreso en el resultado: Fecha / escala

Indicadores: Granulación/ Epitelización/ Resolución del tamaño de la herida

Intervención: Cuidados de las úlceras

Actividades:

Administrar cuidados de la úlcera dérmica.

Aplicar vendaje oclusivo.

Inspeccionar la herida en cada cambio de vendaje oclusivo.

Compara y registrar regularmente los cambios producidos.

Utilizar camas y colchones especiales.

Asegurar una ingesta dietética adecuada.

Diagnóstico: Deterioro de la movilidad física r/c debilidad muscular.

Objetivo: Incrementar la fuerza y la resistencia en MMII.

Resultado: Deambulación, Caminata

Escala de medición:
Dependiente, no participa (1) Requiere ayuda personal y dispositivos (2) Requiere ayuda personal (3) Independiente con dispositivos (4) Independiente (5)

Progreso en el resultado: Fecha / escala

Indicadores: Soporta el peso/ Camina con marcha eficaz/ Sube escaleras.

Intervención: Terapia de ejercicios deambulación.

Actividades:

Ayudar al paciente en la deambulación inicial.

Instruir al paciente sobre técnicas de deambulación seguras.

Proporcionar dispositivos de ayuda (andadora, muletas, etc.).

Vigilar la utilización de dispositivos de ayuda.

Fomentar la deambulación independiente con seguridad.

**Innovación en el proceso de cuidar: conjunción de herramientas y saber.
Valencia – 13 y 14 de mayo de 2004**

Animar al paciente a que esté levantado por voluntad propia.

Diagnóstico: Dolor agudo r/c hinchazón en miembros inferiores.

Objetivo : Disminuir el dolor.

Escala de medición:

Nunca manifestado (1) Raramente manifestado (2) En ocasiones manifestado (3) Con frecuencia manifestado (4) Manifestado constantemente (5)

Progreso en el resultado: Fecha / escala

Indicadores: Utiliza medidas preventivas/ Utiliza medidas de alivio no analgésicas/
Refiere dolor controlado/ Manejo del dolor.

Actividades:

Observar claves no verbales de molestias.

Asegurarse que el paciente reciba los cuidados analgésicos.

Considerar las influencias culturales en la respuesta al dolor.

Evaluar la eficacia de las medidas de alivio del dolor.

Utilizar un enfoque multidisciplinar del manejo del dolor.

Integrar a la familia en la modalidad de alivio del dolor.

CONCLUSIÓN. Con nuestra experiencia docente hemos constatado que el uso de una metodología, que integre las taxonomías existentes en la realización del plan de cuidados, permite al alumnado implementar en la realidad asistencial la utilización del lenguaje común enfermero. Confiamos que este conocimiento en el uso del lenguaje normalizado en su formación permita, a nuestros de alumnos-as de hoy y profesionales en un futuro muy inmediato, contribuir a través de su práctica clínica a la validación de las taxonomías y, por lo tanto, al desarrollo de futuras investigaciones que hagan posible que la enfermería siga el desarrollo iniciado.

BIBLIOGRAFÍA.

GORDON M. Diagnóstico Enfermero. Proceso de aplicación, 3ª Ed. Madrid: Enfermería Mosby; 1996.



V SIMPOSIUM
INTERNACIONAL DE
DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMERÍA

- JOHNSON M, BULECHEK G, McCLOSKEY J, MAAS M, MOORHEAD S.
Diagnósticos Enfermeros, Resultados e Intervenciones. Interrelaciones NANDA, NIC,
NOC. Madrid: Harcourt S.A. Mosby; 2003.
- JOHNSON M, MAAS M, MOORHEAD S. Clasificación de Resultados de Enfermería
(CRE) 2ª ed. Madrid: Harcourt S.A. Mosby; 2002.
- Mc CLOSKEY J, BULECHEK GM. Clasificación de Intervenciones Enfermeras (CIE).
2ª Ed. Madrid: Harcourt S.A Mosby; 2002.
- NANDA. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación, 2003-2004. Madrid:
Elsevier S.A; 2003. •PÍRIZ CAMPOS R, DE LA FUENTE RAMOS M. Enfermería
médico-quirúrgica. Madrid: Enfermería S 21. Ediciones DAE;2001.
- RAYÓN E. Manual de Enfermería Médico-Quirúrgica. Madrid: Ed. Síntesis; 2002.



**V SIMPOSIUM
INTERNACIONAL DE
DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMERÍA**

LA PERSONA COMO DIANA DEL CONTINUUM DEL PLAN DE CUIDADOS.

(Caso práctico: Paciente afecto de Enfermedad de Madelung)

Casanova i Blanco Sílvia, Andreu i Massana M^aAntonia, Estellés i Barrot Maribel

Colaboración: Silvia Luz Jordan

Clinica Plató. Fundació Privada. Barcelona

**Innovación en el proceso de cuidar: conjunción de herramientas y saber.
Valencia – 13 y 14 de mayo de 2004**

RESUMEN:

Nuestra intención al realizar este póster es evidenciar que el plan de cuidados tiene como **centro** a la **persona** independientemente del modelo y/o taxonomías que se utilizan.

Erróneamente se considera no viable en la práctica el proceso de atención de enfermería en determinados servicios específicos (UCI, Quirófano, UCIES) por su nivel de especialización.

Nuestras intervenciones pueden ser autónomas como de colaboración y nuestro cuidados tanto directos como indirectos, pero nuestra finalidad siempre estará orientada hacia la persona, abarcando todas las competencias del profesional de enfermería.

Nuestra experiencia nos ha demostrado que es posible mantener una **continuidad** de los cuidados en los diferentes servicios que prestan atención a la persona utilizando un lenguaje y herramienta común.

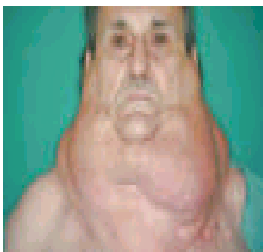
OBJETIVO:

Demostrar en un caso práctico la centralización en la persona de nuestras intervenciones manteniendo una comunicación entre los diferentes servicios para una optimización en el beneficio de los resultados.

MATERIAL Y METODO:

Póster/Collage cuyo elemento principal es una diana que tiene como centro a la persona. En los diferentes círculos de que consta dicha diana están descritos los diferentes planes de cuidados que ha sido elaborados en los diferentes servicios que han dado atención a un paciente diagnosticado de la Enfermedad de Madelung.

En esta diana quedan perfectamente interrelacionados los diferentes planes de cuidados centralizados constantemente en la persona y reflejando un proceso de feed-back.



¿QUE ES LA ENFERMEDAD DE MADELUNG?

La Enfermedad de Madelung es una enfermedad del metabolismo de las grasas, caracterizada por la presencia de lipomas no encapsulados a nivel de tejido subcutáneo y localizados especialmente en el cuello y parte superior del tórax. Tiene mayor incidencia en el sexo masculino y en la raza blanca. Etiología desconocida. Se ha observado la asociación de esta patología con otras (hiperlipidemia, hiperuricemia, acidosis tubular renal, alcoholismo...). **Clínica:** los pacientes suelen acudir a la consulta por preocupación estética. **Diagnóstico:** por TAC y RMN. **Tratamiento:** quirúrgico: resección abierta y liposucción.



V SIMPOSIUM
INTERNACIONAL DE
DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMERÍA

ENFERMEDAD ACTUAL

Enfermo de 44 años con antecedentes de tabaquismo y enolismo importante. En 1988 ingresa en HCPB para exéresis de Lipomatosis cervical. En 2002 ingresa en Clínica Plató para exéresis de Lipomatosis cervical posterior e interescapular. A finales del 2003 se decide reintervenir. Se solicita biopsia y RMN confirmando el diagnóstico, descartando sarcomatosis de la neoplasia.

VALORACIÓN ENFERMERIA AL INGRESO. SEGÚN MODELO NECESIDADES V. HENDERSON

5-NEC. DORMIR Y DESCANSAR. MD: Refiere no haber descansado bien en los últimos días pensando en la IQ.

6-NEC. VESTIRSE Y DESVESTIRSE. MD: Disimula la zona afectada con un pañuelo.

9-NEC. SEGURIDAD. MD: Preocupado por posibles secuelas en su imagen corporal, evita contacto visual con el compañero de habitación.

10-NEC. COMUNICACION. MD: Poco comunicativo, mantiene luz en penumbra.

13-NEC. RECREARSE. MD: Manifiesta no salir de casa en las ultimas semanas.

PLAN DE CUIDADOS PREOPERATORIO. UNIDAD ASISTENCIAL

PROTOCOLO ACOGIDA-INGRESO

DIAGNOSTICOS ENFERMEROS

9.3.2 TEMOR:

Respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce conscientemente como un peligro

R/c posibles resultado IQ.

Mp manifestación de preocupación, disminución de la autoconfianza.

OBJETIVO

- El Sr.J. mostrará una disminución de la respuesta física y emocional al temor.

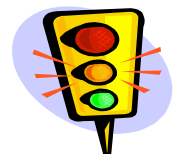
ACTIVIDADES

- ✍ Ayudar a explicitar claramente el temor y su origen.
- ✍ Discutir la realidad de la situación.
- ✍ Brindar toda la información que necesita o solicita para obtener una perspectiva ajustada a la realidad.

7.1.2 TRANSTORNO DE LA AUTOESTIMA

Situación en que la persona expresa directa o indirectamente sentimientos o evaluación negativa sobre ella misma o sobre sus capacidades.

R/c Posibles secuelas en su imagen corporal.



**Innovación en el proceso de cuidar: conjunción de herramientas y saber.
Valencia – 13 y 14 de mayo de 2004**



V SIMPOSIUM
INTERNACIONAL DE
DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMERÍA

Mp expresiones negativas sobre si mismo, expresiones de vergüenza.

A CONFIRMAR

QUIROFANO

Intervención quirúrgica con anestesia general de 5h. Se practica exeresis por vía posterior. Intubación nasotraqueal para mejor visualización del campo. Una hora después de la IQ precisa reintervención por sangrado. Se inicia hemotransfusión. **Portador de:** TNT, 2 redones permeables, abocath nº 16 BD y BI, línea arterial, SVP, vendaje compresivo en el cuello y collarín cervical..blando. Se deriva a UCI para control postoperatorio.

PLAN DE CUIDADOS CUIDADOS INTENSIVOS POST. INMEDIATO

PROBLEMAS DE COLABORACION

1. CUIDADOS GENERALES PACIENTE INTUBADO Y SEDADO

2. C.P. HEMORRAGIA 2a IQ

ACTIVIDADES

- ✍ Ctes c/6 horas.
- ✍ Valorar signos inminentes de shock.
- ✍ Control débito drenajes.
- ✍ Control apósito quirúrgico.
- ✍ Balance hídrico.

3. C.P. INFECCIÓN 2a IQ Y CATETERISMOS

ACTIVIDADES

- ✍ Ctes Tª c/6 horas.
- ✍ Si presenta exudado por HQ control características de éste.
- ✍ Control puntos de inserción cateterismos.
- ✍ Manipulación aséptica de los cateterismos.
- ✍ Control cantidad y características del líquido drenado por redones y SVP.

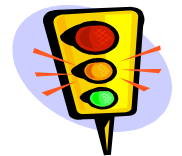
DIAGNOSTICO ENFERMERO

7.1.2 TRANSTORNO DE LA AUTOESTIMA

Situación en que la persona expresa directa o indirectamente sentimientos o evaluación negativa sobre ella misma o sobre sus capacidades.

R/c Posibles secuelas en su imagen corporal.

Mp expresiones negativas sobre sí mismo, expresiones de vergüenza.



NO VALORABLE

EVALUACION:

Innovación en el proceso de cuidar: conjunción de herramientas y saber.
Valencia – 13 y 14 de mayo de 2004



V SIMPOSIUM
INTERNACIONAL DE
DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMERÍA

El paciente no presenta nuevos episodios de sangrado. Débito redones: 150 ml. Su evolución ha sido favorable. Es extubado a las 24 h, buena tolerancia a la respiración espontánea. Consciente y orientado. *Portador de:* 2 redones permeables, abocath nº 16 BD y BI, vendaje compresivo en el cuello y collarín cervical blando. Se retiran vía arterial, SVP. Se deriva a Unidad Asistencial.

📖 PLAN DE CUIDADOS UNIDAD ASISTENCIAL. POSTOPERATORIO

PROBLEMAS DE COLABORACION

1. C.P. HEMORRAGIA 2a IQ
2. C.P. INFECCIÓN 2a IQ Y CATETERISMOS
3. C.P. DOLOR 2a IQ

ACTIVIDADES

- ✍ Valorar el nivel de dolor (escala EVA).
- ✍ Administrar analgesia según OM y valorar su eficacia.
- ✍ Recomendación de posiciones antiálgicas.
- ✍ Enseñar estrategias para minimizar el dolor (téc. de relajación).

4. C.P. SDR. ABSTINENCIA

ACTIVIDADES

- ✍ Control signos y síntomas de sdrme. de abstinencia. (agresividad, euforia...).

PROBLEMAS ENFERMEROS

1. C.P. ALTERACION DE LA INTEGRIDAD CUTANEA. Causa: collarín Cervical

ACTIVIDADES

- ✍ Controlaremos zonas de posible rozamiento en c/ turno
- ✍ Inspeccionaremos la zona de la HQ al retira el collarín para las curas.
- ✍ Almohadillaremos las zonas con aumento de presión.

2. DEFICIT DE AUTOCUIDADO. Causa: Reposo en cama relativo

ACTIVIDADES

- ✍ Informar al Sr.J. del procedimiento que se le va a realizar.
- ✍ Intentar que cada día colabore más en su autocuidado.
- ✍ Enseñaremos al Sr.J. a movilizarse de la forma más adecuada.
- ✍ Procuraremos la intimidad del Sr. J.

DIAGNOSTICO ENFERMERO

7.1.2.2 BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL

Situación en que una persona con una autoevaluación previa positiva expresa una autoevaluación negativa como respuesta a una pérdida o cambio.

R/c Posibles secuelas en su imagen corporal.

**Innovación en el proceso de cuidar: conjunción de herramientas y saber.
Valencia – 13 y 14 de mayo de 2004**



V SIMPOSIUM
INTERNACIONAL DE
DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMERÍA

Mp expresiones negativas sobre sí mismo: “no seré capaz de volver a pasar por esto”, “esto no tiene solución”, expresiones de vergüenza: “me seguiré tapando”.

OBJETIVO

El Sr.J. recuperará una evaluación positiva de sí mismo y de sus capacidades.

ACTIVIDADES

- ✍ Mostraremos actitud empática.
- ✍ Reconoceremos sus esfuerzos y logros.
- ✍ Ayudaremos a identificar las causas exactas que le provocan sentimientos negativos.
- ✍ Valoraremos su rol familiar y entorno social.
- ✍ Estimularemos al Sr. J. a iniciar actividades sencillas y poco amenazadoras.
- ✍ Le proporcionaremos información sobre grupos de autoayuda.

CONFIRMADO

EVALUACION:

El Sr.J. es dado de alta a los 16 días de la IQ. B.E.G.

Herida quirúrgica con correcta evolución (sin grapas).

Buena tolerancia a la ingesta oral. Sigue preocupado por las secuelas físicas y la aceptación social aunque ya hace algún comentario positivo sobre su persona.

📄 CUIDADOS AL ALTA:

- ✍ Informaremos que acuda a su ABS para seguimiento y curas de la herida quirúrgica por su médico.
- ✍ Indicaremos cuales son los signos y síntomas de alarma por los cuales debe acudir a nuestro servicio de UCIES.
- ✍ Realizaremos un informe de alta de Enfermería para entregar a su enfermera de referencia que incluya el Plan de Cuidados, haciendo énfasis al **D.E. BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL.**



**V SIMPOSIUM
INTERNACIONAL DE
DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMERÍA**

**Innovación en el proceso de cuidar: conjunción de herramientas y saber.
Valencia – 13 y 14 de mayo de 2004**



V SIMPOSIUM
INTERNACIONAL DE
DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMERÍA

EI PROCESO DE PENSAMIENTO TEÓRICO EN LA DISCIPLINA ENFERMERA: VISIÓN 10 AÑOS DESPUÉS

Arévalo Pérez Carmen*, Martínez Ortega Rosa M^a, Oter Quintana
Cristina**, Rubiales Paredes Dolores**.**

Subdirectora Area 6. Atención Primaria. Madrid. **Profesoras de la Escuela de
Enfermería de la Comunidad de Madrid. Universidad Autónoma de
Madrid. ***Enfermera. Area 6. Atención Primaria. Madrid

Dirección de contacto:

EUE Enfermería de la Comunidad de Madrid
Avda. de Orellana, s/n.
Recinto del Hospital Severo Ochoa de Leganés.
28911 Madrid.

1. INTRODUCCIÓN

A lo largo de la historia el Cuidado ha sido una actividad intrínseca a cualquier forma de sociedad en el tiempo y en el espacio. Imbuido en el oscurantismo de lo cercano, de lo familiar, la atención al enfermo, al incapacitado, al lisiado... se llevaba a cabo conforme a rituales aprendidos, transmitidos de forma oral de generación en generación, de padres a hijos, iniciando al individuo en un compromiso hacia el alter, el otro, en muchos casos ligados a la supervivencia de la propia especie. De este modo el propio grupo se aseguraba la satisfacción de una necesidad percibida y sentida como tal: la salud de los sujetos integrantes de dicho colectivo.

Desde el saber que proporcionaba la experiencia y la práctica diaria, empleando formas elementales de razonamiento basadas en la observación directa, la inferencia y la clasificación, el fin último pretendido era el control del fenómeno, que, sin saber muy bien como, alteraba el estado natural del individuo: la salud. La enfermedad se dotaba de una connotación negativa, ligada a la ausencia de capacidad productora y reproductora. Por su parte el estar sano capacitaba al individuo para hacer frente a las demandas de su propio grupo social.

El Cuidado estaba sujeto a coordenadas de servilismo, dentro del campo de lo doméstico y ligado a un hacer innato. Lejos de la búsqueda de un fundamento teórico a la práctica cotidiana, la atención al individuo quedo anclada durante siglos en un “saber hacer” irreconciliable con el “conocer” que le hubiera dotado de argumentos y racionalidad.

El influjo del Cristianismo en Occidente emerge como un nuevo obstáculo en la evolución formal de la Ciencia Enfermera. Rodeados de un halo de humildad y salvación, el Cuidado se articula como medio para conseguir la salvación del “alma”. Investidos de sacrificio, caridad y devoción las órdenes religiosas “asumen” la atención del sujeto enfermo, en orden a una serie de normas y reglas cuyo continente intelectual esencial era la Biblia.



V SIMPOSIUM
INTERNACIONAL DE
DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMERÍA

No es hasta la Edad Moderna y la articulación de un nuevo concepto de la actividad económica y del trabajo humano cuando la actividad enfermera inicia su profesionalización. Los avances científicos en el campo de la Medicina y otras disciplinas afines, conllevan una nueva concepción de la salud como la ausencia de enfermedad. Ésta, considerada como un desorden que altera el funcionamiento orgánico, representa para quienes la padecen una situación de preocupación, pero también posibilidades de tratamiento. Por ello se reclama la asistencia al enfermo por parte de grupos especializados que, desde una perspectiva biologicista, pretenden la curación y recuperación del individuo en tanto sea posible. La Enfermería se constituye como medio para conseguir el fin deseado. Y para ello lo fundamental es orientar su formación hacia la tarea concreta de la que deben dar buena cuenta. Se “busca” un perfil de ayudante técnico abnegado, delicado en el trato, con disponibilidad para con los otros, cualidades atribuidas tradicionalmente a la mujer. La preparación se fundamenta en el entrenamiento en habilidades prácticas. La educación no es necesaria, quedando esta reservada al colectivo médico, que desde sus inicios hipocráticos se ha identificado con el desarrollo de conocimientos y de un saber inescrutable, hermético y lejano para los profanos en la materia.

Es una nueva orientación de la salud, concebida como el equilibrio del sujeto con su entorno, en la que cobran cada vez más importancia los aspectos promocionales y preventivos, la que conlleva un cambio en la ordenación existente hasta ese momento. El individuo, dotado de un papel activo en continua interacción con su medio, reclama un sistema social y sanitario que dé respuesta a sus necesidades. La atención trasciende el plano de lo individual para dar cabida a un enfoque comunitario donde el Cuidar adquiere una nueva dimensión. La Enfermería debe prepararse para abordar con garantías este nuevo reto al que no puede dar respuesta desde la espontaneidad y la improvisación. Es necesario, pues, articular el Cuidado desde un fundamento teórico consensuado, contemplado a la luz de la Filosofía de la Ciencia y que, a su vez sea capaz de interrelacionar, en un juego infinito, teoría y praxis. Esta es la misión en la que se encuentra inmersa la Disciplina Enfermera en los inicios del siglo XXI.

2. EL DESARROLLO DISCIPLINAR

**Innovación en el proceso de cuidar: conjunción de herramientas y saber.
Valencia – 13 y 14 de mayo de 2004**

2.1. La definición del dominio enfermero

¿Qué es una disciplina? Quizás ésta sea la primera cuestión que el lector puede realizarse tras un primer acercamiento al artículo de Meleis. Intentando dar respuesta a esta pregunta, abogamos por dos definiciones aceptadas en la actualidad con relación a dicho término:

“el conjunto de conocimientos especializados, habilidades prácticas y valores propios que capacitan para desempeñar un servicio a la sociedad y para profundizar y desarrollar los conocimientos propios”

“un campo de investigación marcado por una perspectiva única, es decir, una manera distinta de ver los fenómenos. Una disciplina profesional recomienda maneras de intervención para la práctica, contrariamente a una disciplina teórica que describe o analiza los fenómenos a partir de modelos precisos sin intervenir”¹

En ambas concepciones se alude a un tipo de conocimiento que, dotado de una serie de métodos, teorías y valores propios, tiene como fin prestar un servicio a la sociedad. De manera implícita en esta primera definición y reflejado más explícitamente en la extraída del libro de Kérouac, se evidencia una clara interrelación entre lo disciplinar y lo profesional. Siguiendo nuestro particular razonamiento es lícito entender como disciplina enfermera la ciencia enfermera y como profesión enfermera el ejercicio o la práctica de la enfermería basada en el conocimiento científico. Deducimos entonces que praxis y teoría se articulan en un discurso infinito, retroalimentándose mutuamente, siendo difícil la separación de ambos conceptos: lo disciplinar debe presidir la actuación en el ámbito profesional y, al tiempo, dicha intervención nutre y da sentido al desarrollo teórico específico².

¹ Kérouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F. El pensamiento enfermero. Barcelona: Masson; 1996. p. 146.

² Francisco C, Ferrer E, Benavent A. Fundamentos de Enfermería. Madrid: Ediciones DAE (Grupo Paradigma); 2003. p. 56

Según Esteban M³, una disciplina como ciencia debe estar pensada y construida desde su historia, la práctica profesional, la Filosofía de la Ciencia y la historia comparada de las ciencias y, basándose en ello, se va configurando el estatuto disciplinario con el desarrollo científico del conocimiento y tecnologías que delimitan y explican el objeto específico de su interés. De esta nueva aportación deducimos que la Ciencia Enfermera debe contar con un dominio o centro de interés particular y diferente al de otras disciplinas catalogadas con científicas. Con una perspectiva única aborda su objeto de estudio, visualizando el fenómeno de manera distinta a como lo hacen los otros. Y es esta visión inequívoca y particular la que clarifica el campo de la propia disciplina enfermera.

Llegados a este punto cabe plantearse ¿cuál es ese campo, dominio o centro de interés de la Enfermería? De acuerdo con Meleis, *“la Enfermería se asocia al cuidado de los pacientes, familias y comunidades. (...) se encarga de ayudar a las personas a promover, mantener la conciencia del bienestar tanto durante los episodios de enfermedad como de salud. Se encarga de proporcionar cuidados a los seres humanos a medida que pasan por experiencias de salud y enfermedad”*. Se deduce entonces que la disciplina enfermera encuentra su razón de ser en la idea de los cuidados de salud de las personas y los grupos.

Pero ¿qué entendemos por cuidados de salud? Siguiendo a Kerouac cabe definirlos como *“el conjunto de las actividades de cuidados dispensados por diferentes profesionales de la salud en respuesta a las necesidades de la persona en materia de salud.”*⁴. Surge entonces otro interrogante ¿qué entendemos por actividades de cuidados? ¿qué significa cuidar? Para Collière el cuidado es una actividad básica de la vida, afirmando que *“cuidar... este arte que precede a todos los demás, sin el cual no sería posible existir”*⁵. Cabe deducir, por tanto, que el Cuidado es una práctica humana tan antigua como la misma humanidad. Dotado de un carácter innato, inicialmente consisten en actos y actitudes que no son reflexivas ni aprendidas, enmarcadas en lo cotidiano y presentes a lo largo de toda la vida del sujeto. La acciones de cuidados

³ Francisco C, Ferrer E, Benavent A. Fundamentos de Enfermería. Madrid: Ediciones DAE (Grupo Paradigma); 2003. Disponible en: http://www.enfermeria21.com/enciclopedia/intro_vol_1.htm.

⁴ Kérouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette_A, Major F. El pensamiento enfermero. Barcelona: Masson; 1996. p. 143.

⁵ Collière MF. Promover la vida. De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería. Madrid; McGraw-Hill Interamericana; 1993.



V SIMPOSIUM
INTERNACIONAL DE
DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMERÍA

forman parte de la forma de vida tradicional de cada persona, poseyendo una dimensión cultural en la medida en que se articulan a partir de capacidades, habilidades y actitudes que se aprenden en los grupos de referencia. El cuidado es, por tanto, un término que da lugar a múltiples significados, pues se le atribuye un valor cargado de sensaciones y sentimientos que da lugar a que cada persona tenga su propia idea de los cuidados que necesita, de los aspectos de su vida y funcionamiento que satisfacen y de las características que tienen que reunir los cuidados que recibe para percibirlos como buenos.⁶

La Enfermería se ocuparía de algo primordial, pero a la vez poco importante como son los cuidados de salud de las personas y los grupos. Esencial en la medida en que resultan imprescindibles para la supervivencia y el mantenimiento del ser humano. Poco importante ya que habitualmente son cubiertos por la propia persona, formando parte de su cotidianidad⁷, trascendiendo el plano de lo íntimo cuando se necesita ayuda para satisfacerlos.

Quizás sea esta cercanía y la gran tradición de conocimiento común que sustenta el Cuidado lo que dificulte su “explicación”. Ahondar en aquello de lo que todo el mundo sabe y sobre lo que existen concepciones previas resulta complejo. La Enfermería como disciplina se encuentra frente al reto, de establecer algo que pareciera estar ya fundamentado, de definir su propio dominio y quizás, siguiendo a Meleis “(...) [ésta] ha sido una de las discusiones que han ejercido mayor presión en la disciplina”.

Ligado a la propia práctica enfermera y a su objeto de estudio, el desarrollo histórico de la Enfermería, conjuntamente con las concepciones de salud y enfermedad y la dependencia milenaria de la Medicina han condicionado el nivel de construcción y adquisición del conocimiento enfermero. Durante siglos la atención al enfermo ha estado en manos de órdenes religiosas, impregnando los valores cristianos el quehacer de las personas dedicadas a esta labor. Del profesional enfermero se reclamaba disciplina, sobriedad y orden moral. El cuidado de los enfermos se abordaba desde planteamientos caritativos, otorgando a la palabra y el consuelo espiritual un papel fundamental. La Biblia, como continente de la verdad, no requería

⁶ Francisco C, Ferrer E, Benavent A. Fundamentos de Enfermería. Madrid: Ediciones DAE (Grupo Paradigma); 2003. p. 80.

de los enfermeros y enfermeras el desarrollo del conocimiento. Bastaba con llevar a cabo “las buenas obras” conforme a reglas de comportamiento bien establecidas.

Realmente la historia de la propia Enfermería discurre conjuntamente con la evolución de la mujer en el seno de la sociedad. Desde la antigüedad, las prácticas relacionadas con los cuidados han estado siempre asignadas a la mujer. Inmersas en el ámbito de lo doméstico, es aquí donde se ofrece la asistencia y atención para garantizar la supervivencia y desarrollo del grupo familiar. Frente a la enfermedad de alguno de sus miembros, la responsabilidad del cuidado recaía sobre la hija, hermana, esposa o madre. Esta labor, dotada de un significado “altruista”, carece de todo valor económico y social. Recubierta de un halo de debilidad y sumisión, el acceso de la mujer a la formación académica se tornaba imposible. Al estructurarse la sociedad y existir la organización y distribución de roles, lo relacionado con el cuidado, la enfermería, es asumida por mujeres y en esta distribución con la enfermera mujer se repiten los roles de la mujer doméstica, concepción que durante mucho tiempo ha estado presente y se ha reforzado en la propia formación enfermera.⁸

La evolución a lo largo de la historia de los conceptos de salud y enfermedad, muy ligado a los valores sociales y económicos preponderantes en cada momento, y el tipo de asistencia sanitaria prestada en cada momento también ha condicionado el desarrollo de la disciplina enfermera. En sus orígenes la salud se vinculaba a la supervivencia de la especie, evolucionando posteriormente hasta una consideración religiosa, en la cual era entendida con premio, frente a la enfermedad considerada como castigo mediatizado por la intervención de elementos sobrenaturales. Más tarde, el desarrollo de los conocimientos científicos y de las ciencias aplicadas conlleva la consideración de la salud como la ausencia de enfermedad, haciéndose hincapié en los aspectos biológicos que explican el trastorno en el ámbito orgánico. Finalmente, en nuestros días la salud no puede entenderse sino como un equilibrio de la persona con su entorno. Por ende, si inicialmente el Cuidado sólo podía entenderse desde el plano curativo, hoy en día los aspectos promocionales y preventivos revisten cada vez mayor trascendencia. La persona, autónoma, con capacidad de decisión y subsidiaria del derecho a la vida y a la salud, interviene en su propio proceso de atención. El Cuidar

⁷ Francisco C, Ferrer E, Benavent A. Fundamentos de Enfermería. Madrid: Ediciones DAE (Grupo Paradigma); 2003. p. 57.



adquiere una nueva dimensión, alejada de la limitación impuesta por una perspectiva meramente curativa. Y quizás sea por ello por lo que Enfermería en el abordaje de este nuevo reto con garantías, se cuestiona su propia identidad en su deseo de dar una respuesta coherente, lejana a la espontaneidad e improvisación que ha presidido su actuación durante siglos. Se plantea entonces articular el Cuidado desde un fundamento teórico consensuado, contemplado a la luz de la Filosofía de la Ciencia y que, a su vez sea capaz de interrelacionar teoría y praxis. Ahora más que nunca es imprescindible definir su propio dominio, su campo de interés, alejado de los enfoques médicos, psicológicos o sociales de otro tiempo.

Concebido como proceso, esta búsqueda de la propia autodefinición del dominio enfermero, ha pasado por diferentes etapas. De acuerdo con Meleis *“(el dominio) fue definido previamente en términos de la estructura de la disciplina más que en términos de la sustancia”*. *“Las estructuras del currículo, estrategias docentes, procesos utilizados para la provisión de cuidados de enfermería y diferentes metodologías de investigación son algunos ejemplos de estructuras que, en el pasado, captaron la energía científica de los científicos de la enfermería”*. La búsqueda de la utilidad y la tradición de ir más al hacer que al pensar que durante años han condicionado nuestra disciplina, ha llevado al desarrollo de metodologías de aplicación práctica del conocimiento antes que los propios fundamentos teóricos que sustentan dichas intervenciones, olvidando que desde el punto de vista de la Filosofía de la Ciencia esta evolución es contraria al desarrollo científico. Si bien es esencial la ordenación de la realidad enfermera desde un punto de vista metodológico, la ausencia de contextualización teórica resta a esta evolución la cualidad de ser considerada como tal. La actuación sin fundamento priva al Cuidado de valor y rigor racional. Del mismo modo se plantea la cuestión de *¿qué queremos enseñar o investigar si no tenemos desarrollado nuestro propio dominio conceptual?*. A partir de aquí corremos el riesgo de repetir los errores del pasado, explicando conceptos inherentes a otras disciplinas, contribuyendo a su avance al tiempo que a la decadencia de la Enfermería. Por el contrario *“el tener un dominio definido no impide el progreso de conocimientos compartidos y tampoco limita a los miembros de una disciplina para la utilización del conocimiento desarrollado en otra disciplina”*. Desde el Estructuralismo la Ciencia se

⁸Francisco C, Ferrer E, Benavent A. Fundamentos de Enfermería. Madrid: Ediciones DAE (Grupo Paradigma);2003. p. 46.

nos presenta en la actualidad como una red o complejo de elementos teóricos conectados entre sí por vínculos interteóricos de diverso tipo, de manera que teorías científicas desarrolladas en el seno de una determinada rama como la Enfermería, la Medicina o la Biología, pueden permitir a otros proponer una nueva aplicación de una teoría ya existente. Por tanto el uso de teorías, conceptos y herramientas de otras disciplinas resulta lícito e inexcusable desde la Filosofía de la Ciencia, siempre y cuando se respete la concepción primaria de la teoría o modelo vinculado. Resulta, por ende, inadmisibles la utilización de conceptos biomédicos, psicológicos, antropológicos o sociológicos y tomarlos como propios. Es por ello esencial partir de un rigor teórico que, desde el Marco Conceptual Enfermero, cobre sentido, siendo imposible realizar el proceso inverso, por lo que, a riesgo de ser reiterativo, resulta esencial el desarrollo del dominio en Enfermería⁹.

2.2. La teoría enfermera

“La tendencia a la teorización en y sobre la enfermería es antigua y nueva”. Desde hace muchos años, las enfermeras han pretendido precisar su propia área de investigación y de práctica. Han hecho el esfuerzo de buscar las palabras que describan justamente sus actividades de cuidados al lado de las personas provenientes de diversos lugares. Estas enfermeras, ha menudo llamadas teorizadoras, han querido delimitar el campo de la disciplina enfermera.¹⁰ elaborando diferentes modelos conceptuales en los cuales los conceptos de cuidado, salud, persona y entorno están presentes, manera implícita o explícita. Cada una de estas concepciones pretende clarificar la contribución o razón de ser de las enfermeras y el objetivo del servicio que prestan a la población. Al tiempo emergen como guías para la práctica, la gestión, la formación y la investigación en el Cuidado. Orientan la praxis proporcionándole una descripción de la meta que persigue, de su rol y de sus actividades de cuidados.

⁹ Hernández-Conesa JM, Moral de Calatrava P, Esteban-Albert M. Fundamentos de la Enfermería. Teoría y Método. 2ª Edición. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2002.

¹⁰ Kérouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette_A, Major F. El pensamiento enfermero. Barcelona: Masson; 1996. p. 2



Meleis agrupa las diferentes concepciones o modelos conceptuales existentes en tres grandes escuelas de pensamiento, cada una de las cuales refleja las realidades e ideales en un momento concreto del desarrollo de la disciplina enfermera, estando su génesis supeditada a las grandes corrientes de filosóficas y científicas del momento en el que fueron creadas. Por ello sus descripciones acerca de los elementos clave de la disciplina enfermera presentan matices diferentes. *“Mientras las primeras escuelas de pensamiento defienden que la enfermería lleve a cabo la satisfacción de necesidades específicas”*, poniendo el énfasis en los conceptos centrales de persona y salud, modelos teóricos más recientes ponen el acento en el concepto de Cuidado, describiendo la interacción que se establece entre las enfermeras y los pacientes y entre éstos y otras personas de su entorno. El Cuidado es entonces un proceso interactivo entre una persona que tiene necesidad de ayuda y otra capaz de ofrecerle esa ayuda. De igual manera, la Enfermería *“también ha sido definida como una interacción entorno-persona”*. El énfasis en esta escuela se pone en el concepto de salud concebiéndose como un ideal que se ha de conseguir mediante el cuidado a la persona en continua relación con su medio.

Kéroac por su parte, alude en sus escritos a un nuevo concepto que se constituye como elemento central en las elaboraciones teóricas de las últimas décadas: el *carin*. Dicho término engloba, a la vez, los aspectos científicos, humanistas, instrumentales y expresivos, elementos todos inseparables unos de otros, en el acto de cuidar. Las teorizadoras de esta escuela creen que las enfermeras pueden mejorar la calidad de los cuidados a las personas si se abren a dimensiones tales como la espiritualidad y la cultura y si integran los conocimientos vinculados a estas dimensiones¹¹.

Una vez analizada la diversidad de modelos conceptuales en el seno de la Enfermería puede planteárenos el siguiente interrogante ¿es beneficiosa o perjudicial la existencia de diversas escuelas de pensamiento para el desarrollo disciplinar?. La respuesta a esta pregunta pasa por la elaboración de una serie de reflexiones. A mi juicio, la convivencia de diferentes corrientes con relación a un único fenómeno reflejan la riqueza de un pensamiento en continua evolución. Desde esta misma perspectiva, la crítica que puede generarse cuando dentro de una misma disciplina

¹¹Kéroac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette_A, Major F. El pensamiento enfermero. Barcelona: Masson; 1996. p. 42.

coexisten formas diversas de enfocar la misma realidad, se establece como un elemento de mejora, sino de cambio, para el colectivo que forma parte de ella. Siendo así, el debate entre los distintos abordajes, lejos de contribuir a un estancamiento, proporciona el avance científico de ésta.

Del mismo modo, el centrar nuestro interés en un único modelo, no como consecuencia de una reflexión crítica del mismo que nos lleva a optar por uno concreto sino partiendo de la consideración de que sólo puede y debe utilizarse un único modelo, limita su uso. Resulta esencial mantener una actitud abierta hacia otras conceptualizaciones a modo de acercarnos al pensamiento crítico tan necesario en la construcción científica.¹²

Retomando la lectura del texto de Meleis *“las fuentes teóricas de la enfermería son múltiples, abarcando desde la práctica enfermera, al diagnóstico enfermero y a las teorías de otras disciplinas. Cada una de estas fuentes tiene el potencial de plantear y dar respuesta a algunas preguntas importantes en la enfermería. Estar atentos a las fuentes y aumentar la conciencia de la importancia de la fuente de la teoría puede dirigir la selección de las cuestiones de investigación para los estudios. La fuente, en consecuencia es tan importante como la pregunta (...) Además el esfuerzo consciente de plantear cuestiones acerca de dicha fuente y desde un dominio enfermero acabará por ayudar a centrar la energía y el esfuerzo en el desarrollo teórico relacionado con la enfermería”*. Es esencial, por tanto, que nuestro colectivo se decante por el análisis e investigación de aquellos aspectos relacionados con su centro de interés: los cuidados de salud de las personas. El estudio de fenómenos propios de otros ámbitos del conocimiento propiciarán no sólo una mayor confusión conceptual, sino que favorecerá el desarrollo de disciplinas afines a la nuestra.

Para algunos autores, la tendencia de la nuestra disciplina a “trabajar” sobre constructos teóricos de otras Ciencias se hace patente a la hora de analizar los propios modelos teóricos existentes en Enfermería. *La mayoría de las conceptualizaciones (...) se inspiran y toman como punto de partida teorías creadas por otras disciplinas que se adscriben al ámbito de las Ciencias Sociales tales como la*

¹² Francisco C, Ferrer E, Benavent A. Fundamentos de Enfermería. Madrid: Ediciones DAE (Grupo Paradigma);2003.



*Sicología, Antropología y la Sociología. Si bien como afirmábamos anteriormente la utilización de teorías de otras disciplinas distintas a la propia utilizadas para la argumentación, es un uso lícito en la Ciencia, siempre y cuando no se pierda el objeto de estudio de la misma, en el momento actual de construcción disciplinar la mayoría de estas teorías fundamentan el objeto de estudio en otras disciplinas, lo que supone que, finalmente, el conocimiento que se extrae de ellas es conocimiento que no pertenece a la Enfermería sino a las disciplinas de la que partieron. Así si utilizamos el universo científico en analogía con el universo natural, el objeto de estudio de las disciplinas sería la masa de los planetas y las teorías que han creado su campo de gravedad, por lo que la Enfermería, al carecer de masa compacta y aparecer como una nebulosa, gira en torno a estos otros planetas, que poseen una fuerza gravitatoria mayor, ya que sus teorías son las firmes y la disciplina enfermera tan solo sería un satélite de las mismas que, o jamás obtendrá independencia científica en el universo de la Ciencia, o terminará por formar parte de la masa u objeto de estudio de otra disciplina afín. Por esta razón la Enfermería necesita compactar su masa, es decir definir su objeto de estudio de manera urgente.*¹³

Enlazando con esta afirmación, Meleis se plantea una cuestión relevante “¿necesitamos desarrollar teorías enfermeras, cuando existen teorías no enfermeras que describen, explican y predicen las reacciones de los seres humanos? Su respuesta es: si las teorías existentes plantean cuestiones clínicamente relevantes y las resuelven de manera efectiva, así sea. Estas teorías se deberían utilizar. Sin embargo, algunos estarían en desacuerdo en que las teorías prestadas existentes no se dirigen a acciones tan importantes y centrales como dar confort, ayudar, inhibir, promocionar, regular y tocar. Este fenómeno no puede ser descrito, explicado o prescrito por ninguna de las teorías existentes. Algunas de las teorías denominadas “teorías prestadas” (...) sólo podrán responder parcialmente a las cuestiones de interés para la enfermería porque no se pueden centrar en la salud o en el entorno como conceptos centrales”. Desde esta reflexión resulta esencial la elaboración de marcos teóricos y de constructos propios del dominio enfermero. El desarrollo de conceptos y proposiciones que permitan una distinción clara, pertinente y precisa del fenómeno

p. 150.

¹³ Hernández-Conesa JM, Moral de Calatrava P, Esteban-Albert M. Fundamentos de la Enfermería. Teoría y Método. 2ª Edición. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2002. p. 72 - 73



V SIMPOSIUM
INTERNACIONAL DE
DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMERÍA

central de la Enfermería, se torna imprescindible desde la Filosofía de la Ciencia. El Cuidado debe y tiene que ser definido por el colectivo que le hace emerger como fenómeno de referencia. La particular visión del objeto de estudio que caracteriza a la disciplina enfermera hace imposible que la conceptualización se desarrolle en otro medio, puesto que entonces dicha realidad quedaría circunscrita a un ámbito diferente. Se deben desarrollar marcos teóricos donde se etiqueten los elementos que intervienen en el hecho enfermero. La adopción de planteamientos de otras disciplinas puede dejar sin respuesta aspectos esenciales en la aplicación del Cuidado. Si bien el abordaje del sujeto no se entiende en algunos contextos sino es necesariamente desde una perspectiva multidisciplinar, esto no es óbice para defender la visión peculiar y única que cada disciplina aporta de la realidad.

Tal y como escribe la autora del artículo revisado, *“el progreso de las disciplinas depende del saber y el saber está relacionado con el desarrollo de la teoría para guiar la disciplina. Por lo tanto, existe la necesidad de desarrollar un planteamiento sistemático para realzar el pensamiento teórico y reflexivo en los estudiantes de todos los niveles, en docentes y asistenciales. El pensamiento teórico incluye el pensamiento reflexivo y crítico”*, definiéndose éste último como *“la habilidad para suspender un juicio según los intereses”*. A mi juicio la crítica precisa siempre de un proceso de reflexión previa en el cual el sujeto dispone de todos los elementos para emitir un juicio basado en evidencias y no en meras conjeturas. Y para ello resulta imprescindible la integración e interiorización de las diferentes perspectivas existentes para el abordaje del fenómeno. En Enfermería este hecho traduce la necesidad de conocer, con detenimiento, la diversidad de modelos conceptuales existentes. Sólo así se garantiza la comprensión por parte del enfermero de la complejidad de su propio centro de interés evitando la parcialidad en el análisis de una realidad que en ningún caso tiene que ser relativizada. Este “comprender” es posible mediante la estructuración de un proceso de formación y entrenamiento en el que el sujeto debe iniciarse desde sus primeras tomas de contacto con la realidad enfermera. En esos momentos el *“participar en una relación de mentorización con una persona que persigue el saber en la práctica, en la teoría o en la investigación tiende a proporcionar el potencial para el desarrollo de las mismas características en el protegido”*. Pero en este compromiso con los futuros profesionales la participación de sólo unos pocos se

**Innovación en el proceso de cuidar: conjunción de herramientas y saber.
Valencia – 13 y 14 de mayo de 2004**



V SIMPOSIUM
INTERNACIONAL DE
DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMERÍA

torna insuficiente. Resulta necesario, por tanto, *“desarrollar una cultura en la que todos los miembros se apoyen en el pensamiento teórico”*. *“(Solo así) se permite y promocionan diálogos, discursos analíticos y análisis críticos”*.

Durante siglos nuestro colectivo se ha preocupado más del hacer que del pensar, justificando su presencia en los diferentes ámbitos mediante el cumplimiento estricto de las múltiples tareas que tenía asignadas. Lo esencial radicaba en la actuación. El divorcio entre la teoría y la práctica, defendido desde la concepción aristotélica que propugnaba el principio de que el teórico debía dirigir el trabajo manual pero no ocuparse de él, resultaba evidente. La praxis proporcionaba un tipo de pensamiento inductivo que permitía una rápida adaptación a la realidad, no precisaba de conocimientos previos y permitía la generalización a partir de la observación unívoca del fenómeno particular. La actividad se articulaba conforme a la repetición de modelos ejemplares de actuación. De este modo la respuesta a preguntas discrepantes del estilo por qué o para qué eran, simplemente, *“porque así es como se hace”*.

Actualmente una práctica adquiere el rango de científica cuando sus actuaciones se basan en teorías que han sido desarrolladas científicamente y se aplican utilizando un método sistemático en la resolución de los problemas de su área de competencia. Por ello la práctica científica de la enfermería precisa contar con una teoría enfermera que da sentido a la realidad en la que se llevan a cabo los cuidados enfermeros, así como una metodología sistemática que permita determinar, organizar, realizar y evaluar las intervenciones enfermeras.

Toda actuación debe estar precedida de un trabajo intelectual previo. La definición y el análisis de una realidad precisa de una abstracción inicial donde ésta se contextualice y adquiera un significado determinado. Concebida como un campo de experiencias donde se viven a la vez las creencias y los valores arraigados en lo esencial de la disciplina, la práctica enfermera no puede ser entendida sino es desde la aplicación de conocimientos y el ejercicio de un juicio clínico que permita una intervención reflexionada. Y es a su vez bajo este modo de pensamiento reflexivo donde se

**Innovación en el proceso de cuidar: conjunción de herramientas y saber.
Valencia – 13 y 14 de mayo de 2004**



ordenan las reglas que permiten establecer un plan ordenado para llegar a la obtención de un conocimiento científico.

A grandes rasgos podíamos afirmar que teoría y praxis se articulan de modo que cada una de ellas no puede entenderse sin la otra. Es en la práctica donde se deben plantear las dificultades a las cuales la teoría debe dar respuesta. En la cotidianidad de su praxis, el profesional de enfermería observa la presencia de un objeto de investigación no conocido o explicado de modo insatisfactorio a la luz de las teorías existentes. Mediante la elaboración de hipótesis se busca encontrar una solución racional al problema plantado. En tercera instancia y mediante el proceso de contrastación, se pretende dirimir la capacidad del modelo hipotético propuesto para responder las preguntas relativas a la cuestión enunciada. La aceptación, rechazo o modificación de la solución seleccionada, requiere un cuidadoso diseño de la prueba, su ejecución rigurosa y la atenta recogida de resultados, que han de ser ordenados, clasificados y valorados, a fin de obtener una respuesta científica al problema. Este proceso, que no es más que la descripción de las diferentes fases que conforman el Método Científico, tiene como fin último conocer más y mejor la realidad o algunas parcelas de la misma. Por tanto las conceptualizaciones enfermeras adquieren su significado a partir de la práctica enfermera, siendo a su vez dicha praxis la que se encuentra en la génesis de su articulación.

En un discurso análogo al que venimos sosteniendo, circunscribiéndolo al ámbito clínico, Meleis aboga por *“recuperar el centralismo de la práctica clínica para el desarrollo de la investigación y de la teoría”* *“El reto de las enfermeras recae en desarrollar una forma y una estructura que permite enlazar la educación y la práctica, para facilitar el desarrollo de una investigación y una teoría que refleje el interés clínico”*. La separación entre la práctica y la teoría y, de manera implícita, entre la enfermería asistencial y la teórica, es un modelo a extinguir en nuestros días. Esta división sería similar a la pretensión de explicar y abordar una realidad enfermera con un modelo de cuidados sin tomar en consideración su metodología de aplicación práctica, esto es el proceso de atención de enfermería. De ser así el marco conceptual quedaría limitado a un simple ejercicio intelectual, en tanto que el proceso de

cuidados, sin un modelo teórico de referencia tan sólo permitiría sistematizar actividades aisladas que sólo tendría significado para quien aplicara el proceso.¹⁴

La Enfermería es una disciplina práctica y si las ideas innovadoras no surgen de la práctica serán inevitablemente irreales y carecerán de utilidad. Del mismo modo, la práctica desprovista de bases teóricas carece de sentido. No sería más que la ejecución de unos ritos que no guardan relación con las necesidades de cuidados de salud de los individuos y de la sociedad. El reto que se encuentra ante nosotros es el de desarrollar una estructura manejable que nos ayude a recuperar la centralidad de la práctica en el desarrollo enfermero y replantear el progreso teórico de la disciplina en la práctica. Desde esta reflexión se hace imprescindible la colaboración entre los académicos y los asistenciales. *“Por la naturaleza de su trabajo diario, los asistenciales son conscientes de las cuestiones asistenciales que deben plantearse y de prioridad de las respuestas necesarias para proporcionar cuidados de calidad. Los docentes están orientados hacia el desarrollo de estrategias para replantear cuestiones y definir las maneras en que se podrían alcanzar las respuestas. Conjuntamente, desarrollarán un sentido de propósito y dirección, fundamentos en el dominio de la enfermería y en su práctica”(..)* *“Permitiendo participar a los asistenciales en el desarrollo de una enfermería teórica y proporcionándoles tanto una estructura para hacerlo, como los recursos para incrementar su participación, proporcionará teorías enfermeras más útiles para la disciplina. Este proceso capacita a los asistenciales, a los docentes y a la disciplina en general.”*

Teoría y praxis, por tanto, pueden considerarse como las dos caras de una misma moneda. Sólo la enfermera que fundamenta su práctica en la teoría, será capaz de describir, explicar, predecir y controlar los fenómenos.

2.3. La multiplicidad paradigmática

La evolución del conocimiento enfermero no puede aislarse del desarrollo global del conocimiento científico. Por ello la Enfermería se ha visto influenciada por las

¹⁴ Francisco C, Ferrer E, Benavent A. Fundamentos de Enfermería. Madrid: Ediciones DAE (Grupo Paradigma);2003.

grandes corrientes de pensamiento y manera de ver el mundo que han condicionado el desarrollo del saber y de la habilidad en el seno de las diferentes disciplinas. Estas tendencias, denominadas paradigmas, perduran en el tiempo de manera limitada proporcionando explicaciones lo suficientemente amplias y sugerentes como para servir de modelo general y de marco para la investigación y lo suficientemente incompletas en sus detalles como para permitir un fecundo trabajo de científico dentro de sus límites.¹⁵

Kèrouac aboga por la existencia de tres paradigmas que han orientado el desarrollo del conocimiento en las diferentes disciplinas científicas:

- *paradigma de la categorización
- *paradigma de la integración
- *paradigma de la transformación.

En cada uno de ellos los conceptos que integran el denominado metaparadigma enfermero (persona, salud, entorno y cuidado) son abordados desde prismas diferentes. El paradigma de la categorización ha inspirado fundamentalmente dos orientaciones en la profesión enfermera, una centrada en la salud pública, interesada tanto en la salud como en la enfermedad y, posteriormente, otra orientación centrada en la enfermedad y estrechamente unida a la práctica médica. Por su parte en el paradigma de la integración se pone de manifiesto un interés por la persona, de manera que está se convierte en el centro de la práctica enfermera. Por último, la transformación representa un cambio de mentalidad sin precedentes. La persona es considerada como un ser único, entendiendo que sus múltiples dimensiones conforman una unidad. Ese ser es indisoluble de su universo, estando en continua relación con su entorno o medio próximo, ya sea exterior o interior a ella. La salud es a la vez un valor y una experiencia vivida según la perspectiva de cada persona. El entorno es ilimitado, estando compuesto por el conjunto del universo del que el individuo forma parte. El cuidado va dirigido al bienestar, tal y como la persona lo define. La enfermera, acompaña al sujeto en sus experiencias de salud siguiendo su

p. 104.

¹⁵Hernández-Conesa JM, Moral de Calatrava P, Esteban-Albert M. Fundamentos de la Enfermería. Teoría y Método. 2ª Edición. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2002. p. 52

ritmo y su camino. Si en los paradigmas anteriores intervenir significaba “hacer para” y “por” la persona, en esta corriente de pensamiento adquiere significado como un “estar con” la persona. La enfermera y el sujeto atendido son compañeros en un cuidado individualizado.

En la actualidad las enfermeras van y vienen entre los diferentes paradigmas sin saberlo. Quizás porque como afirma Meleis *“la complejidad del comportamiento humano, las interacciones y la naturaleza dinámica del cambio hacen imprescindible considerar y utilizar enfoques plurales para la teoría y los paradigmas”*. Es la realidad del propio fenómeno enfermero la que justifica esta aparente superposición entre los diferentes elementos paradigmáticos.

La tolerancia en cuanto a la diversidad de enfoques precisa de la asunción de un “pluralismo” filosófico para guiar el desarrollo del conocimiento teórico y de la investigación. Según Meleis, *“durante los años sesenta y setenta había sugerencias para la selección de una sola teoría para guiar la práctica y el sentimiento era que la filosofía de elección debía de ser el empirismo. En el principio de los años ochenta hubo debates acerca de que paradigma era el más apropiado, dando lugar casi a una división entre los campos cuantitativos y cualitativos. Los campos historicistas y empíricos, los campos interpretativos y predictivos. Mas recientemente los escritos y los sentimientos de aquellos que se encuentran al frente de la metodología para el desarrollo del conocimiento enfermero parecen estar a favor del pluralismo filosófico para guiar el desarrollo del conocimiento teórico y de la investigación”*. Me parece lícito afirmar que si bien cada una de las perspectivas posibles, ejercerá su influencia en el modo en que los investigadores desarrollen su actividad científica, en la manera de interpretar los resultados e incluso e la orientación que se adopte acerca de lo que es ciencia y conocimiento, lejos de ser excluyente, su multiplicidad resulta enriquecedora, hasta poder afirmar la existencia de cierta complementariedad entre los diversos enfoques. El abordaje cuantitativo permitirá conocer la generalidad, en tanto que la fenomenología, con un abordaje cualitativo, otorga la posibilidad de investigar la especificidad de cuestiones tales como las relacionadas con las experiencias vitales de los pacientes y sus familias. Por su parte la perspectiva historicista incorporará la concepción de relatividad frente a la objetividad del análisis positivista.

Es, por tanto, la propia diversidad de la realidad enfermera y de los fenómenos que aborda en su día a día la que justifica este pluralismo metodológico y filosófico, inconcebible para aquellos que sean proclives a perpetuar modelos de conocer hegemónicos.

2.4. La investigación

En la lectura del artículo propuesto se alude en numerosas ocasiones a la importancia del desarrollo de la investigación como elemento imprescindible en el crecimiento de la disciplina enfermera. En mi opinión el trabajo en este campo se articula como esencial a la hora de proporcionar *“unos cuidados de calidad”, “definir nuestro propio dominio” y “sus características temáticas”*.

Sin embargo, el cumplimiento de estos “objetivos” sólo es posible desde la elaboración de estudios basados en la propia esencia de la disciplina enfermera. En este sentido, según Meleis, parece haberse producido en los últimos años un giro hacia el análisis de aquellos aspectos centrales de la Enfermería, olvidándonos del abordaje de temáticas que, por su construcción, son más propias de otros.

La creación de centros y departamentos de investigación resultan esenciales para aumentar la calidad y cantidad de trabajos en este sentido. Sólo desde la adquisición de una conciencia colectiva a todos los niveles acerca de la importancia de la actividad investigadora es posible el desarrollo disciplinar. En este mismo sentido, el acceso a los grados académicos superiores proporciona un marco incomparable para propiciar el estudio en aquellos aspectos esenciales de la Ciencia Enfermera

Como mencionábamos anteriormente, en la propia complejidad del fenómeno objeto de interés de la Enfermería radica la necesidad de que su abordaje no se limite al empleo de una única perspectiva. Los enfoques cuantitativos y cualitativos, en esencia antagónicos pero en su práctica complementarios, permiten contemplar la insigne riqueza de la realidad enfermera. Desde la generalidad proporcionada por unos a la

especificidad dada por los otros, el profesional tiene en su mano la utilización de una herramienta que le permitirá dar respuesta a los interrogantes que surgen de su práctica cotidiana.

3. LA REALIDAD ESPAÑOLA

La realidad de la Enfermería en nuestro país presenta ciertas diferencias notables con el desarrollo actual de la disciplina en el mundo nórdico y anglosajón, al que esencialmente alude Meleis en su artículo. En la búsqueda de posibles razones que expliquen esta aparente discordancia considero lícito recurrir a una comparativa del desarrollo histórico en ambos contextos, especialmente a partir del siglo XIX, donde los hechos que ha vivido la Enfermería han acontecido de manera vertiginosa.

A mediados del siglo XIX, con la publicación de su libro *Notas sobre Enfermería. Qué es y qué no es*, Florence Nightingale sienta las bases para la profesionalización de la Enfermería en Inglaterra. Unos años más tarde, en 1888 se crea en dicho país la primera asociación profesional de enfermeras. Desde entonces, y a lo largo del siglo XX, los acontecimientos se suceden naciendo en 1899 del Consejo Internacional de Enfermeras. En el año siguiente se publica en los Estados Unidos el primer número de la Revista Americana de Enfermeras (1900), cuya edición continua en nuestros días. 1909 contempla el nacimiento del primer Centro de Enseñanza Superior de Enfermería en la Universidad de Minnessota , fundándose dos años después, en 1911, la American Nurses Association.

En España podemos empezar a hablar de profesión a finales del siglo XIX y principios del siglo XX. En la ley de Instrucción Pública de 1857 se recoge el reglamento que determina los conocimientos prácticos requeridos para obtener el título de practicante. La formación y práctica de estos profesionales tiene un marcado carácter técnico como ayudantes de los médicos. Treinta años más tarde, en 1896 aparece la primera

Escuela de Enfermeras Santa Isabel de Hungría, no siendo hasta 1915 cuando se reconoce la denominación de enfermera como una profesión distinta a los practicantes.

La Primera y Segunda Guerra Mundial y en España la Civil fueron, por su repercusión social, elementos determinantes en la evolución profesional de la Enfermería, por cuanto la gran demanda sanitaria generada supuso un fuerte tirón en la incorporación de cientos de mujeres a la práctica.

A finales de los años 40, en Estados Unidos, surgen algunas corrientes dentro del colectivo profesional que abogan por el desarrollo universitario de la Enfermería al más alto nivel, contemplándose la licenciatura y el doctorado entre sus pretensiones. La década de los 50 contempla la creación de la American Nurses Foundation y la Walter Reed Army Institute of Research, asociaciones cuya objetivo era la profundización en los conocimientos propios de la profesión. En esa misma época aparece el primer número de la Revista Nursing Research, dedicada fundamentalmente a la publicación de trabajos de investigación teórica. Unos años más tarde, en 1953 surge el primer modelo enfermero, de manos de Hilderarge Peplau iniciándose un período imparable en el desarrollo disciplinar. En apenas dos décadas surgen la mayor parte de las conceptualizaciones existentes en la actualidad. El proceso de Atención de Enfermería, como instrumento metodológico para el proceso de cuidar, ve la luz poco tiempo después. En torno a los años 80 se crea la NANDA y unos años más tarde las clasificaciones NIC y NOC cuyo propósito esencial es identificar el tipo de cuidado específico que brindan los profesionales y sistematizar la práctica clínica.

En España es en 1952 cuando se unifican todos los estudios de matronas, practicantes y enfermeras bajo la denominación de Ayudantes Técnicos Sanitarios. La formación de estos nuevos profesionales está basada en un modelo médico, abordándose prioritariamente la patología, el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad. Esta orientación se mantendrá hasta principios de los años 70, momento en el que la Ley General de Educación contempla la posibilidad de que la formación en Enfermería se regule como formación profesional o titulación universitaria. En el año 1977 se consigue la integración en la Academia. Es en estos momentos cuando se

recupera, de nuevo, la denominación de “enfermera” en detrimento de la anterior titulación de ATS. La orientación biomédica predominante hasta entonces avanza hacia visiones más sociológicas y humanas, iniciándose la formación en el ámbito comunitario. El desarrollo de la Atención Primaria de Salud y la incorporación de la Enfermería a puestos de Gestión revisten, desde el punto profesional, gran trascendencia. En la Academia, por su parte, el debate de la incorporación del segundo y tercer grado universitario ha estado presente durante las últimas dos décadas.

Un simple vistazo a este recordatorio histórico resulta suficiente para evidenciar que durante el último siglo la enfermería en otros países ha ido por delante de nosotros en aspectos claves como el acceso al mundo académico, la construcción teórica o la instrumentalización de la práctica. Encontrar un único motivo que justifique este mayor avance es una utopía. Más bien debemos aludir a una serie de acontecimientos de corte político, social, económico y religioso, como posibles causas de la situación descrita. A pesar de la virtual distancia que nos separa a mi parecer las dificultades y los retos que se plantean en ambos contextos no difieren tanto entre sí. Muchas de las reflexiones que Meleis realiza a lo largo de su artículo son plenamente aplicables a la realidad española, en la medida en que trascienden fronteras para llegar a plantearse aspectos de la propia esencia de la disciplina enfermera.

En nuestro país el acceso a la Universidad ha traído consigo un mayor interés en el desarrollo y definición de los conceptos centrales de la disciplina, si bien aún hoy su abordaje se lleva a cabo en un colectivo muy minoritario. Actualmente contamos con las valiosas aportaciones de algunos profesionales cuyas elaboraciones atienden al análisis con detenimiento de los modelos enfermeros existentes y la formulación de su aplicación práctica¹⁶. Si bien algunas de estas teóricas han realizado ya incursiones en el desarrollo de conceptualizaciones, todavía no podemos afirmar la existencia de un modelo enfermero español.

Ligados casi en su totalidad al mundo académico, resulta prácticamente imposible encontrar entre las figuras más representativas del pensamiento enfermero en España

¹⁶ Francisco C, Ferrer E, Benavent A. Fundamentos de Enfermería. Madrid: Ediciones DAE (Grupo Paradigma); 2003.



profesionales asistenciales. Este hecho muestra la existencia en nuestro medio de una problemática común a la observable en la Enfermería de otros lugares: el evidente divorcio entre teoría y praxis. El asistencial no encuentra sentido a las elaboraciones que desde la Academia se llevan a cabo. La enfermera teórica entiende la investigación y el compromiso de la construcción de una base de conocimientos como elementos esenciales en su ámbito de trabajo. Su ausencia de contacto con la realidad cotidiana de la profesión le lleva analizar cuestiones alejadas de la práctica.. El clínico, en contacto con los problemas y dificultades que plantea el trabajo cotidiano, se aleja del desarrollo teórico. Ambos se sumergen en un discurso contrapuesto, en el que cada uno habla su propio idioma como si de una torre de Babel se tratase. Y en medio de dicho diálogo el estudiante de enfermería que, desde la doble perspectiva que le proporciona su contacto continuo con ambos medios, no entiende las contradicciones a las que debe enfrentarse a diario. Esta división entre los dos ámbitos resulta absurda desde su génesis. Debemos tener presente que en la Enfermería teoría y práctica son complementarias, de forma que una de ellas no puede entenderse sin la otra. Su articulación y unificación resultan imprescindibles, tal y como afirma Meleis en su artículo *“para replantear el progreso teórico de la disciplina en la práctica”*.

Otorgando a la investigación un papel preponderante en la elaboración del conocimiento, un repaso a la producción científica en nuestro país permite aseverar la existencia de un incipiente interés en este ámbito por parte del colectivo enfermero. La ausencia de bases de datos y registros que recojan los proyectos realizados o en curso, dificulta la cuantificación real de la magnitud de dicho fenómeno. No obstante, este hecho loable debe ser valorado, desde el punto de vista del desarrollo conceptual, con cierta prudencia. El análisis de buena parte de las publicaciones mencionadas refleja que, lejos del estudio de aspectos relacionados con la esencia de la Enfermería, es habitual el abordaje de cuestiones cuyos conceptos centrales han sido elaborados desde otras Ciencias. En contraposición la investigación de lo que son realmente los Cuidados de Salud es prácticamente inexistente. Esta tendencia nos conduce al riesgo de destinar nuestro tiempo y esfuerzo a contribuir con dichos estudios al desarrollo de disciplinas afines a la nuestra en detrimento de la propia. Los

profesionales de nuestro país deben comprometerse en cambiar el enfoque de su producción científica encaminándolo hacia aspectos tales como la mejora de la movilidad, el descanso, la alimentación.... aspectos puramente enfermeros alejándose de temáticas cuyo abordaje es más propio de otros. Este giro, de trascendental importancia, se hace patente en la Enfermería internacional analizando el contenido de las conferencias y ponencias llevadas a cabo en los últimos tiempos, a juicio de Meleis. Por tanto resulta imprescindible potenciar la investigación en los fenómenos esenciales de nuestra disciplina en aras de propiciar la contribución de la enfermería española al desarrollo del pensamiento enfermero.

En su artículo Meleis refleja una realidad donde la Investigación en Enfermería cuenta con numerosos recursos para su desarrollo. Así alude a *“Centros de Investigación (..) que establece el gobierno, las organizaciones enfermeras y aún otros que se establecen en instituciones como escuelas de enfermería o servicios de enfermería”*. Ésta descripción resulta sorprendente desde el referente de la enfermería española. La ausencia de recursos económicos y de soporte institucional presiden un nivel de desarrollo estructural en el campo investigador a años luz de la realidad mostrada. En nuestro medio resulta difícil sino imposible encontrar departamentos dentro de los centros sanitarios o en el ámbito académico organizados exclusivamente en torno a la investigación. Posiblemente nuestra menor trayectoria universitaria y una todavía deficiente formación en este ámbito justifiquen la escasa infraestructura en este sentido. Sólo una notable producción científica, fruto de nuestro compromiso con el desarrollo de la Enfermería, serán las armas con las que podamos luchar para reclamar una mayor dotación para el campo investigador.

La multiplicidad de enfoques aceptada por la comunidad internacional en el abordaje de la realidad enfermera va siendo una realidad en nuestro país a expensas del auge y el mayor desarrollo de los abordajes cualitativos frente a la hegemonía cuantitativa que han presidido los estudios realizados por los profesionales durante años. Los nuevos enfoques, a mi juicio, se justifican en los cambios producidos en la manera de entender el cuidado enfermero. Desde un modelo de atención biomédica, la Enfermería española ha ido evolucionando hacia concepciones más integrales acordes con un mundo en transformación donde la persona no puede entenderse sino



V SIMPOSIUM
INTERNACIONAL DE
DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMERÍA

es en interacción continua e inseparable del entorno que le rodea. La consideración de cada individuo como ser único, con una vivencia particular de su experiencia de salud y enfermedad, hacen imprescindible la utilización de abordajes fenomenológicos que aseguren una visión integral del fenómeno en su especificidad. El desarrollo de la Atención Primaria de Salud a mediados de los 80 ha contribuido al empuje de esta nueva forma de entender el Cuidado. No obstante, todavía algunas investigaciones realizadas en nuestro país demuestran la ausencia de consenso en cuanto a la forma de entender la labor enfermera. Una vez más la esencia de la disciplina aparece desdibujada en un contexto en el que el seguimiento de la enfermedad sigue considerándose como la actividad prioritaria. Esta discrepancia entre lo que es y lo que debería de ser, debe llevarnos a realizar un ejercicio de autoanálisis que nos permita identificar los factores que están condicionando esta peculiar manera de entender la Enfermería. Quizás en el trasfondo de esta realidad se halle nuevamente el binomio teoría-práctica con la aparente contraposición entre el rápido avance de la profesión frente a la lentitud del desarrollo disciplinar, cuando la secuencia lógica sería justamente la contraria, fundamentando los aspectos disciplinares el ejercicio de la práctica.

Uno de los discursos que más se oyen en nuestro día a día se articula en torno a la aparente necesidad, por parte de la Enfermería española, de justificar continuamente la labor que realiza en tanto que la valía de otras disciplinas afines no se cuestiona en ningún momento. A mi juicio este debate nace de la necesidad que tiene nuestro colectivo de elaborar una "práctica teórica". Sólo el profesional que sustenta su actividad en la teoría es capaz de predecir, describir y explicar los fenómenos. Al disponer del conocimiento acerca de lo que está pasando, puede también justificar su praxis, siendo capaz de demostrar su responsabilidad y su labor en el ámbito de la asistencia sanitaria.¹⁷ Por tanto, lejos de retomar argumentos de otra época que no conducen a nada, debemos comprometernos en el desarrollo de una actividad con una sólida base científica aunando el dualismo hacer-pensar en una construcción única.

¹⁷Francisco C, Ferrer E, Benavent A. Fundamentos de Enfermería. Madrid: Ediciones DAE (Grupo Paradigma); 2003. p. 134.



V SIMPOSIUM
INTERNACIONAL DE
DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMERÍA

Otra tendencia observable en diversos centros asistenciales de nuestro país es la adaptación de distintos modelos conceptuales a expensas de la mutilación de los mismos. En la búsqueda de su utilidad práctica no se duda en deshacerse de aquellos aspectos que no parecen “encajar” muy bien en la realidad para la que se pretende. Esta aparente precipitación en la adopción y uso de una conceptualización, impide identificar con claridad los valores y creencias que contiene y por tanto puede producirse un choque entre los valores implícitos en el modelo y los del propio grupo profesional que trata de adoptarlo.¹⁸ Además esta estrategia, lejos de contribuir a la aclaración de los conceptos definidos en dicha concepción, favorece la confusión, estando al final nuestra praxis privada de la ineludible base teórica. Se hace necesario en el momento actual seleccionar un marco teórico de referencia que permita dotar a la actividad enfermera de una guía y una base para la docencia y la investigación, evitando las adaptaciones traumáticas. La incorporación de un modelo de enfermería debe siempre pasar por el análisis con detenimiento de la realidad donde vamos a implantarlo. De realizarse el proceso en sentido contrario estaríamos cayendo nuevamente en los errores de otro tiempo.

La formación de los estudiantes es otra de las asignaturas pendientes en nuestro medio. Desde la Academia cada vez son más las voces que propugnan una orientación curricular basada en la esencia de la disciplina, olvidándose del enfoque biomédico que durante muchos años dominó el aprendizaje de los futuros profesionales. Hoy en día, tal y como señala Meleis, resulta esencial entrenar al alumno en el pensamiento crítico y reflexivo, abordable desde el análisis y el conocimiento con detenimiento de los diferentes modelos teóricos existentes. Sin embargo los actuales planes de estudios dificultan esta pretensión por varias razones: por un lado, la práctica en el ámbito sanitario continua teniendo un peso preponderante en la estructura formativa de modo que para poder cubrir las horas establecidas, el contacto con el medio hospitalario se realiza de manera temprana, cuando apenas se ha iniciado la impartición de los contenidos teóricos. De otra parte, el alumno, como señalaba anteriormente, se encuentra en el centro de la división y falta de comunicación entre el medio docente y el asistencial con discursos contrapuestos que evidencian claras diferencias en cuanto a sus orientaciones.

¹⁸Francisco C, Ferrer E, Benavent A. Fundamentos de Enfermería. Madrid: Ediciones DAE (Grupo Paradigma); 2003.

Arrastrados por nuestra debilidad por el hacer, les resulta complejo “sentarse” ante el pensar. En un juego de responsabilidades no clarificadas, acaba produciéndose un horror vacui en cuyo centro se encuentra el estudiante. La solución al problema se torna compleja, máxime cuando no ha sido un ámbito que haya preocupado especialmente a la Enfermería en nuestro país hasta tiempos muy recientes. Evidentemente y como he repetido hasta la saciedad, la articulación entre teoría y praxis debe ser el primer paso en la resolución del conflicto. A partir de ese momento la adopción y clara delimitación de los roles que cada uno ha de jugar en el proceso de formación del futuro profesional vendrán dada en la medida en que es factible una comunicación eficaz entre asistentes y docentes.

4. ESTRATEGIAS DE FUTURO PARA EL DESARROLLO DISCIPLINAR

4.1.Principios básicos de la práctica enfermera

Influenciados por las grandes corrientes del pensamiento y por un mundo en transformación, los cuidados enfermeros, bajo apariencias simples, se han convertido en complejos y diversificados. La enfermera de hoy debe asegurar su presencia continua al lado del sujeto, dejando constancia todo el tiempo de su capacidad para acompañarle tanto en situaciones felices como en el dolor, la angustia, la incapacidad e incluso la muerte. En esta relación no basta únicamente la buena voluntad. Se requieren competencias interpersonales, conocimientos científicos y la utilización de métodos sistemáticos de trabajo.

El Cuidado, tal y como es entendido hoy en día, pone en juego los valores del sujeto hacia el cual va dirigido y los del propio profesional que los lleva a cabo. En el acto de cuidar, la enfermera reconoce la importancia de la persona. Es esta una relación complicada pues se trata de hacer algo por, para y con el otro y, por tanto, deben de ser los principios de la persona ayudada los que deben primar en quien ofrece la



V SIMPOSIUM
INTERNACIONAL DE
DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMERÍA

ayuda. Acompañar significa respetar el propio ritmo del sujeto, familia o grupo, sin imponer los criterios propios, para lo que resulta indispensable reconocer y respetar la libertad, deseos y elecciones de la persona atendida. El sujeto dotado de autonomía y voluntad debe ser reconocido como tal por el profesional. Sólo desde aquí puede articularse la relación de ayuda imprescindible para la prestación de un cuidado de calidad.

En su interrelación, la enfermera debe propiciar el desarrollo de las capacidades de la persona, familia o grupo con la finalidad de que sea capaz de utilizar de manera óptima los recursos a su alcance. Favorecer este potencial significa también permitirle aumentar sus conocimientos y agudizar su toma de conciencia y su voluntad de vivir una vida en salud.¹⁹

La atención al individuo requiere de la adquisición por parte del profesional del compromiso de llevar a cabo una intervención fundamentada en los conocimientos científicos de su disciplina. Sólo desde el soporte teórico la actividad práctica adquiere sentido. El ofrecer los cuidados enfermeros con un modelo permite identificar en el sujeto y en su grupo familiar aquellas áreas que son susceptibles de intervención, reportando al profesional la satisfacción de haber desarrollado una labor de calidad. A la vez y desde el punto de vista disciplinar pone de manifiesto la particular contribución de la Enfermería a la salud de las personas y los grupos, al tiempo que contribuye a la identificación de áreas de interés para futuras investigaciones en su propio ámbito.²⁰

En su práctica diaria la enfermera debe asumir la responsabilidad de los actos que lleva a cabo ante sí mismo, la familia, el grupo y la institución donde trabaja. Del mismo modo es preciso desarrollar capacidades que le permitan identificar aquellas áreas que son de su competencia y las que escapan de ésta en aras de proporcionar un cuidado de calidad. La colaboración intra e interdisciplinaria se torna imprescindible ante aquellas demandas que excedan las capacidades del profesional. Trabajar juntos significa la aceptación de los límites y aportaciones de los otros en el contexto de una

¹⁹ Kérouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette_A, Major F. El pensamiento enfermero. Barcelona: Masson; 1996. p. 66.

²⁰ Francisco C, Ferrer E, Benavent A. Fundamentos de Enfermería. Madrid: Ediciones DAE (Grupo Paradigma); 2003. p. 105

relación cuya finalidad es la comprensión del fenómeno. En esta interdependencia no existen ganadores ni perdedores, tan sólo un clima de confianza y respeto que propicia el desarrollo colectivo.

4.2. Nuevos retos en la formación enfermera

Al igual que durante siglos la Enfermería ha transmitido su saber de padres a hijos, de generación en generación, los profesionales del hoy tenemos que asumir el compromiso de perpetuar las inquietudes actuales en los enfermeros del mañana. El interés en el crecimiento y desarrollo disciplinar no puede quedar constreñido al momento, sino que exige una continuidad por parte de aquellos que algún día nos sucederán. Sólo de este modo podrá asegurarse la prestación de un Cuidado acorde con los nuevos tiempos. La responsabilidad en el aprendizaje de los que se inician en el conocimiento nos atañe a todos y únicamente una enseñanza elaborada desde la reflexión, el consenso, la innovación y que gire en torno al centro de interés disciplinar conducirá al surgimiento de una Ciencia enfermera nueva, renovada e intensamente desarrollada. La formación, por tanto, debe estar anclada necesariamente en la esencia de la propia disciplina. El desarrollo de los conceptos centrales y sus interrelaciones se presentan como los elementos básicos de un programa de estudios que, debe adaptarse a una sociedad en continuo cambio. A mi juicio el cumplimiento de este objetivo sólo es posible desde la articulación de estrategias que propicien en el estudiante un cuádruple aprendizaje: aprender a ser, aprender a conocer, aprender a hacer y aprender a vivir con los otros.

Saber ser

El saber ser pasa por la formulación de una serie de valores inherentes a la propia disciplina. Sólo desde el reconocimiento de la importancia dada a la persona, a la salud, el entorno y el cuidado puede adquirirse el compromiso personal que requiere la práctica de la Enfermería. El sujeto entendido como un ser único, dotado de



V SIMPOSIUM
INTERNACIONAL DE
DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMERÍA

autonomía y capacidad de decisión, con participación activa en todo su proceso de cuidados, requieren del aprendiz la adopción de actitudes de respeto y aceptación al sistema de valores del otro. El entorno, inseparable del propio individuo, precisa de un abordaje holístico y humanista, evitando los prejuicios que comprometen el análisis objetivo de su propia realidad. La salud, a la vez un valor y una experiencia vivida según la perspectiva del propio sujeto, debe contemplarse desde la relevancia que le confiere el individuo. Por último el propio cuidado supone el reconocimiento de los aspectos culturales y creencias que lleva aparejado. Integrado en la esfera de lo íntimo y personal, su realización requiere de altas dosis de empatía, afecto, respeto, responsabilidad, honestidad y escucha activa por parte de aquel que interviene en su cobertura.

El desarrollo de estas actitudes resulta imprescindible para el acercamiento del estudiante a la esencia de la Enfermería. Las competencias en el cuidado enfermero requieren no solo conocimientos científicos y habilidades tecnológicas, sino también valores profesionales que orientan lo que debe hacerse y cómo hacerlo correctamente. La presencia, la flexibilidad, la disponibilidad, el tacto, la intimidad, el fomento de la expresión de sentimientos, el compromiso y la receptividad emergen como imperativo ético y moral a la hora de comprender las verdaderas características que orientan la relación del Cuidado.

Saber conocer

Implica, necesariamente, el conocimiento con detenimiento de los fundamentos teóricos que sustentan la disciplina. El acercamiento progresivo a los diferentes modelos enfermeros se evidencia como un objetivo de obligado cumplimiento. La exposición del estudiante a las diferentes elaboraciones conceptuales facilita el aprendizaje del pensamiento crítico, en la medida en que permite situarle frente a los diversos enfoques que se articulan en torno a un mismo fenómeno. El entrenamiento del aprendiz en este sentido le lleva a la emisión de juicios basados en evidencias y no en conjeturas, al tiempo que le permite integrar principios esenciales del pensamiento científico. La integración de este abordaje en los planes de estudios requiere la

**Innovación en el proceso de cuidar: conjunción de herramientas y saber.
Valencia – 13 y 14 de mayo de 2004**

creación de espacios para el debate y el diálogo donde se analicen desde distintas perspectivas una única realidad. La reflexión y el sentido crítico sobre las cuestiones esenciales de la disciplina emergen como motor que impulsan al alumno a elaborar concepciones que enriquecen el pensamiento enfermero.

En un contexto actual en continuo cambio, la sola transmisión de saberes teóricos y científicos no es suficiente para hacer frente a los desafíos futuros. Por ello el estudiante debe dotarse de una capacitación que le permita aprender a aprender, ejercitando la atención, la memoria y la reflexión. Esta estrategia comporta un óptimo abordaje de las diferentes situaciones a las que deberá enfrentarse durante su vida profesional, permitiéndole explorar y articular nuevos contextos. Desde la integración de lo esencial de su disciplina, el estudiante se sitúa más fácilmente frente a otros saberes que considera necesarios para dar respuesta a los interrogantes que se le plantean en su práctica cotidiana. En esta búsqueda de respuestas la investigación emerge como un instrumento a su servicio, que le permite encontrar solución a las cuestiones planteadas, contribuyendo al desarrollo del conocimiento colectivo.

La necesidad de proporcionar un cuidado adaptado las nuevas demandas que se van planteando requiere de altas dosis de creatividad e innovación. Por ello resulta indispensable ofrecer todas las oportunidades posibles de descubrimiento y experimentación con la finalidad última de facilitar la génesis de nuevos enfoques sobre la esencia de la disciplina.

Saber hacer

El aprendizaje de las técnicas de cuidados enfermeros constituye una parte importante de la formación, debiendo ser percibidas como un medio para alcanzar la meta profesional. Los profesionales implicados en la docencia precisan comprometerse en propiciar en el estudiante una visión que va más allá de la atención física, permaneciendo atentos a los aspectos humanos e interpersonales del Cuidado con el fin de contrarrestar el vacío de una orientación exclusivamente tecnológica.

El saber hacer también implica la adquisición de destreza en la puesta en marcha de la metodología de atención en enfermería. Es a través de este proceso que el estudiante es capaz de identificar los problemas de cuidados del paciente, planificarlos y llevar a cabo las intervenciones necesarias. Además proporciona los elementos necesarios para evaluar los resultados obtenidos con las actividades realizadas. De su empleo se derivarán consecuencias positivas para el paciente, la enfermera y la propia disciplina, en la medida en que se permite evaluar la competencia profesional, clarifica la propia autonomía y justifica y demuestra nuestra responsabilidad en el ámbito de la asistencia sanitaria

Saber estar con los otros

En la propia esencia de la disciplina enfermera se encuentra presente el Otro. El Cuidado siempre implica el establecimiento de una relación entre la persona cuidada y aquella que presta el cuidado. Este proceso se enmarca en un contexto donde entran en juego los intereses, valores, creencias, costumbres, expectativas... de ambos actores. En este sentido el respeto, la responsabilidad, la cooperación, la confianza, la empatía y la escucha activa se articulan como principios básicos de este proceso interactivo.

Al tiempo los profesionales se interrelacionan en una colaboración intradisciplinaria cuyo fin último es garantizar la continuidad y la calidad del Cuidado. Pero ese contacto debe concebirse también como una oportunidad de enriquecimiento constante de conocimientos y habilidades, reforzando así el potencial y la competencia del colectivo. La enfermera clínica ocupa un lugar privilegiado para preguntar, poner en práctica los resultados de las investigaciones, recoger nuevos datos y desarrollar sus habilidades. En continua comunicación con el ámbito docente debe adquirir un férreo compromiso de participación en la formación de nuevos profesionales. Explicar su progreso en la creación de un cuidado o en el acto de cuidar favorecen la reflexión y el cuestionamiento, a la vez que enriquecen y dan sentido a los contenidos teóricos que, desde la Academia, se han transmitido. El alumno articula entonces el Cuidado

enfermero desde una doble perspectiva donde praxis y teoría se unen de manera indisoluble.

La complejidad del abordaje del ser humano y su Cuidado, hace necesaria en numerosas ocasiones la interacción con profesionales de otras disciplinas. Las relaciones interdisciplinares pasan por la escucha y respeto del otro así como por el reconocimiento de las competencias de cada uno. Evitando etnocentrismos, el aprendiz debe integrarse y participar en equipos articulados en torno a ofrecer unos cuidados de salud que respondan a las necesidades de la población. El trabajo en colaboración debe concebirse como una oportunidad de crecimiento, donde la enfermería y profesionales de otras disciplinas se comprometen a alcanzar los objetivos del Cuidado ejerciendo su autonomía profesional y reconociendo su interdependencia.

El perfil de la enfermera del mañana debe contemplar, por tanto, el desarrollo de aquellos valores, actitudes, conocimientos y habilidades necesarias para asumir sus crecientes responsabilidades frente a la sociedad. La reflexión, la capacidad de resolución de problemas, el juicio y pensamiento crítico, la creatividad y la innovación estarán al servicio de un Cuidado acorde con un mundo en continua transformación. El reto que se articula frente a nosotros requiere de la intervención y colaboración de todos los integrantes de la disciplina, pues sólo desde el establecimiento de una cultura en la que los propios profesionales interioricen e integren la verdadera esencia de la Enfermería este objetivo será posible.

4.3.La investigación

Con una tradición limitada en el tiempo, Enfermería afronta el reto de instrumentalizar la investigación en aras de permitir el desarrollo de los conocimientos específicos de la disciplina.

Durante años la falta de un dominio claramente definido ha condicionado la puesta en marcha de estudios enfocados en numerosas ocasiones a temáticas abordables en el seno de otras Ciencias. Es crucial, por tanto, centralizar el proceso y orientar la productividad en este campo al análisis de los conceptos del centro de interés disciplinar así como de las relaciones que se establecen entre ellos.

La innegable interacción entre práctica, teoría e investigación es el principio básico que debe ser asumido por nuestra comunidad científica. Es en su trabajo diario donde Enfermería encuentra los interrogantes a los cuales intenta buscar respuesta. El marco teórico guía la conceptualización de los problemas y genera las hipótesis de investigación cuya contrastación emerge a lo largo del propio proceso investigador.

Los propios modelos enfermeros proporcionan un soporte inigualable para el desarrollo de la investigación. La integración de la complejidad inherente al propio centro de interés disciplinar debe ser el punto de partida para permitir el abordaje del objeto de estudio desde diferentes enfoques. Desde esta perspectiva la metodología cuantitativa y los abordajes cuantitativos permiten captar la generalidad y al tiempo la especificidad y auténtico significado de la experiencia humana.

El compromiso de todos los sectores de la Enfermería con la investigación resulta esencial en aras de dotar de los recursos y estructuras necesarias para que ésta se pueda llevar a cabo. En este sentido el contar con Centros y Departamentos específicos, tan alejados de nuestra realidad cotidiana, se torna indispensable si nuestra finalidad es el proporcionar unos cuidados de calidad acordes con las necesidades de la persona, grupo y sociedad en general.

La conciencia y la adquisición de habilidades de estudio y análisis de la propia realidad debe inculcarse desde etapas tempranas en el proceso de formación de los nuevos profesionales. Al tiempo se torna imprescindible poner en marcha distintas estrategias destinadas a implicar la actividad investigadora en la práctica diaria del conjunto de la comunidad enfermera

De igual manera la adquisición de titulaciones superiores, que incluyen la licenciatura y el doctorado, por su propia orientación, deben entenderse como motores que actúan impulsando de modo definitivo la investigación en aquellos aspectos propios de la realidad enfermera. La reivindicación en este sentido no es sino la traducción del deseo de resurgimiento de una nueva disciplina construida sobre los pilares del pasado pero creciendo con las herramientas del futuro. El conocimiento intuitivo que ha guiado durante años la actuación de en nuestro colectivo, debe dejar paso a actuaciones científicamente fundamentadas, articuladas a partir de una metodología contemplada desde la perspectiva de la Filosofía de la Ciencia y acordes con los fenómenos esenciales de la disciplina. Sólo así las inquietudes del hoy encontrarán respuesta en el mañana.

4.4. La gestión del cuidado

El Cuidado y la atención a la persona, grupo y comunidad deben estar en el centro mismo de la actividad gestora en Enfermería. Su finalidad última tiene que ser la movilización de los recursos humanos y los del entorno con intención de mantener y favorecer el cuidado de la persona que, en interacción con su entorno vive experiencias de salud.

El rol del gestor consiste principalmente en planificar, organizar, dirigir y controlar los medios disponibles. Para ello es necesario adquirir nociones de algunas materias como la economía, la gestión o la política. Pero en Enfermería se requiere, además, el profundo conocimiento del fenómeno objeto de nuestra actividad. Sólo desde esta perspectiva su labor cobra sentido y se orienta hacia el fin necesario: la gestión del Cuidado.

La enfermera responsable de la gestión asume un fuerte compromiso con su propia disciplina. Por ello la Dirección de Cuidados debe tener una visión clara y explícita de la Enfermería, con el fin de contribuir a la solución de problemas relativos a los cuidados, al sujeto objeto de éste y al propio personal encargado de su prestación. En su labor cotidiana es preciso que trabaje por crear un tipo organizativo que favorezca

la práctica de la atención según los modelos conceptuales existentes. Puesto que en la puesta en marcha de las nuevas estrategias precisará de la colaboración de los miembros de su propio colectivo, es fundamental que articule las herramientas precisas para que éstos comprendan la contribución de una determinada conceptualización enfermera para una buena práctica clínica.

Cada profesional se concibe como herramienta y recurso, siendo necesario utilizar todo su potencial para dispensar, de la manera más eficaz posible, los cuidados dirigidos a la persona, comunidad y sociedad en general. De su contacto continuo con la realidad nace su capacidad para participar de forma activa en la toma de decisiones, en la organización de su actividad, en el enfoque de la tarea. Es del establecimiento de un clima de interacción recíproca entre el gestor y el personal cuidador de donde pueden surgir auténticas acciones de mejora.

En nuestro medio, es habitual que los centros asistenciales se organicen con una estructura administrativa muy compleja que gira en torno a la burocratización, la especialización y la división de tareas de forma rígida e impersonal. El usuario/cliente de los servicios sanitarios queda muchas veces olvidado. En este sentido las aportaciones de los diferentes modelos enfermeros en cuanto a su forma de concebir a la persona, el entorno, la salud o el cuidado enriquecen y a la vez orientan hacia una asistencia más humanizada, donde el sujeto se sitúa de nuevo en el centro de interés, siendo receptor de una práctica de mayor calidad.

Desde el entendimiento de la persona como un ser activo, independiente y autónomo, inseparable de su entorno y que vivencia de manera particular su salud, la enfermera gestora tiene que establecer los cauces adecuados para integrar al sujeto a lo largo de todo su proceso de atención, a la vez que promover entornos de salud y contextos favorables para su propio cuidado.

La contribución, por tanto, del gestor en Enfermería es única; representa una fuerza indispensable para asegurar unos servicios de salud óptimos en un contexto de necesaria eficacia en la utilización de los recursos disponibles. Se enfrenta, por tanto, al gran desafío de ejercer su actividad en un entorno marcado por numerosas

contrariedades y obstáculos para un enfoque de gestión al Cuidado. Y para dar respuesta a este reto la enfermera cuenta con recursos de un valor incalculable: sus propios valores, los conocimientos, la formación y la investigación enfermera.

5. CONCLUSIÓN

La disciplina enfermera se enfrenta hoy a numerosos retos. Sin pretensión de desprenderse de su propia historia, es esencial llevar a cabo un proceso de reflexión que nos conduzca al resurgimiento de una nueva Enfermería acorde con un mundo en continuo cambio. Sólo desde el compromiso de todo un colectivo es posible articular este renacer. Gestores, docentes, asistenciales, investigadores están llamados a participar en una tarea que, si bien difícil, no debe tornarse desalentadora. En el horizonte el Cuidado como meta. En el presente la teoría, la investigación y la práctica como instrumentos. La lucha que emprendemos no es sino la batalla que otros antes ganaron. ¿Por qué ahora íbamos a ser perdedores?. Muchas gracias.

“ El espacio que queda por atravesar no es el mar.
Ninguna ruta es el camino que he de seguir.
Nada, ni el retorno me acoge, ni la partida me libera.
No es el día siguiente el mismo día que fue ayer.”

6. BIBLIOGRAFIA

1. Kérouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette_A, Major F. El pensamiento enfermero. Barcelona: Masson; 1996.
2. Francisco C, Ferrer E, Benavent A. Fundamentos de Enfermería. Madrid: Ediciones DAE (Grupo Paradigma); 2003.



**V SIMPOSIUM
INTERNACIONAL DE
DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMERÍA**

3. Hernández-Conesa JM, Moral de Calatrava P, Esteban-Albert M. Fundamentos de la Enfermería. Teoría y Método. 2ª Edición. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2002.
4. Delors J. La educación encierra un tesoro. Madrid: Ed. Santillana; 1996.
5. Hernández-Conesa JM. Historia de la Enfermería. Un análisis histórico de los cuidados de enfermería. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2000.
6. Siles J. Historia de la Enfermería. Colección Amalgama. Alicante: Editorial Alaguara; 1999.



V Symposium Internacional de Diagnósticos de Enfermería Palau de Congressos de Valencia 13 y 14 de mayo de 2004

Título: IDENTIFICAR LOS DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS CON MAYOR PREVALENCIA EN USUARIOS CON DEMENCIA PARA DISMINUIR LA VARIABILIDAD EN EL PROCESO ASISTENCIAL.

Autor/es: Martínez Masegosa, E. Egea Tudela, I. Frias Trigo, V. Herrera Porras, P.

Dirección: Centros Asistenciales Dr. Emili Mira i López (Torribera) Avda prat de la Riba 171, 08921 Santa Coloma de Gramenet

Teléfono: 934628900 Ext. 221

Correo Electrónico: martinezml@diba.es

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

La profesión de enfermería se ha ido transformando a causa de las necesidades variables de la sociedad que como consecuencia han llevado a la transformación de enfoques en el sistema de cuidados, provocando un efecto profundo en la práctica de enfermería. Los profesionales que atendemos a personas mayores, estamos obligados a asumir nuevos papeles a trabajar en ambientes asistenciales diferentes a aceptar mayores responsabilidades, a trabajar cada día más como parte de equipos multidisciplinares, promoviendo el respeto, la dignidad, los derechos y valores profesionales de todos los miembros del equipo y de los usuarios. Promoviendo la participación equitativa y proactiva de la enfermera en la atención a las personas.

En el campo de los cuidados a usuarios considerados del ámbito sociosanitario y en concreto de la demencia, lejos de lo que muchos profesionales piensan, para que la intervención enfermera tenga éxito, es preciso la aplicación de metodología científica: la valoración exhaustiva de todas las necesidades básicas que faciliten un diagnóstico de enfermería y posteriores actuaciones que ayuden a la persona a conseguir objetivos de salud y autonomía.

Tras 4 años aplicando los diagnósticos NANDA, durante los cuales evolucionamos hacia la estandarización de los planes de cuidados que considerábamos específicos de nuestra área. En el año 2003 nos planteamos como objetivo identificar los diagnósticos prevalentes en una unidad de demencias de Larga Estancia, para poder delimitar los planes de cuidados que necesariamente han de ser contemplados en los procesos asistenciales, sistema de trabajo que actualmente se plantea como visión de futuro.

Material y Método:

Para determinar los Dx. prevalentes se recogió la información de la Historia Clínica de todos los pacientes ingresados (N= 82), todos ellos diagnosticados de Demencia. Se confeccionó un registro de los Dx. que se aplicaban en un porcentaje mayor al 9% y se estableció que los supervisores mensualmente registrarán el número de veces que se aplicaba cada uno de ellos. El seguimiento se realizó durante el año 2003 de enero a diciembre, al final de este periodo se hizo un nuevo corte con el objetivo de reducir la variabilidad y delimitar los Dx que se pueden presentar. El corte se situó en los que aparecían en un 75% o más de los casos.

Resultados:

Los Dx identificados fueron finalmente en el primer corte 16 Dx. y en el segundo 6:
Déficit de Autocuidados 100%, Deterioro de la Interacción Social 100%, Riesgo de Lesiones 100%, Riesgo de Alteración de la Integridad Cutánea 83%, Déficit de Comunicación 83% y Riesgo de Broncoaspiración 78%.

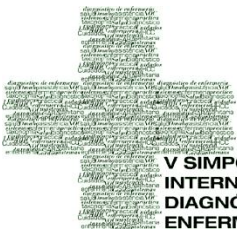
Conclusiones:

De los datos obtenidos se observa que todos los casos presentan déficit de Autocuidados, Deterioro de la Interacción Social y Riesgo de Lesiones. Consideramos esencial que estos tres diagnósticos estén contemplados en el diseño de la trayectoria Clínica.

De los 6 Dx. Identificados como más prevalentes tres (Riesgo de Lesiones, Riesgo de la Alteración de la Integración Cutánea y Riesgo de Broncoaspiración) pertenecen al grupo de riesgo, esto hace que los objetivos y actividades enfermera se realicen también en el campo de la prevención.

Observamos que en las personas con Demencia aparecen dos Dx. que no están contemplados como prevalente en las personas mayores son Deterioro de la Interacción Social y

Déficit de la Comunicación. Aunque este último no se da en el 100% de los casos, sí consideramos que es significativo de la demencia por lo que tendría que ser incluido también en la trayectoria.



**V SIMPOSIUM
INTERNACIONAL DE
DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMERÍA**

AVANZANDO EN EL LENGUAJE ENFERMERO DESDE LA PRÁCTICA ASISTENCIAL

Arellano Morata C., Hernández Ruipérez M^a.M., Sáez Soto A.R.



**Innovación en el proceso de cuidar: conjunción de herramientas y saber.
Valencia , 13 y 14 de mayo de 2004**

INTRODUCCIÓN

En el año 2000 se realizó una encuesta a los enfermeros del Hospital General Universitario de Murcia para determinar el conocimiento de un lenguaje propio y su uso en la práctica asistencial. Dentro de las directrices de la Dirección de Enfermería se adopta la aplicación de la taxonomía NANDA en los planes de cuidados (no se dispone de soporte informático.) Se realizan sesiones y talleres para la formación del personal.

OBJETIVO

El propósito de este estudio es valorar la mejora en la utilización de la terminología enfermera después de tres años de su implantación.

METODOLOGÍA

Se llevan a cabo dos evaluaciones, la 1ª en el año 2000, con una muestra de 50 casos y la 2ª en el año 2003 con una muestra de 49, realizándose un estudio comparativo entre ambas con una diferencia estadísticamente significativa para $p \leq 0,05$.

Los datos se obtienen a través de una encuesta de cinco cuestiones con respuesta dirigida.

CRITERIOS Y RESULTADOS

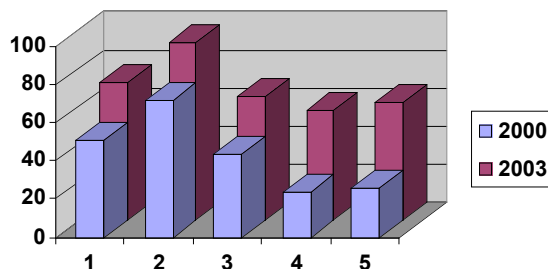
1ª Utilizan un lenguaje enfermero para identificar problemas de salud. Mejora 25,5%. $p=0,003$

2ª Conocen la taxonomía NANDA. Mejora 21,48%. $p=0,004$

3ª No tienen dificultad en el manejo de los diagnósticos enfermeros. Mejora 21%. $p=0,04$

4ª No tienen dificultad con la abstracción del vocabulario NANDA. Mejora 35%. $p=0,04$

5ª Saben emitir un diagnóstico enfermero. Mejora 35%. $p < 0,001$





V Symposium Internacional de Diagnósticos de Enfermería Palau de Congressos de Valencia 13 y 14 de mayo de 2004

Título: LA TERAPIA DE GRUPO EN LA EDUCACIÓN SANITARIA DE PACIENTES CON ASMA

Autor/es: Pilar Rabadán Carrasco; Alicia Quintano Pintado

Dirección: C/ Hermanos García Noblejas, nº 168. C.S. García Noblejas

Teléfono: 91 605 03 36; 91 304 28 39

Correo Electrónico: mprabadan@hotmail.com

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

El asma es una enfermedad crónica con aumento de la prevalencia en niños. En ellos puede afectar a su bienestar físico, psicológico, social y disminuir su rendimiento escolar.

La enfermería comunitaria es especialmente sensible a este tipo de problemas, fomentando un mayor grado de autonomía de las personas en los cuidados de salud.

OBJETIVO

Mejorar la calidad de vida familiar.

MATERIAL Y MÉTODOS

Población total n=20 (8 niños y 12 padres).

Se realizó:

Valoración enfermera estructurada por patrones funcionales (OMI-AP).

Prueba espirométrica basal y post-broncodilatadora.

Cuestionario de recogida de conocimientos pre-test y post-test de elaboración propia.

Test de la carrera con medición de pico flujo pre y post.

Seis sesiones de 90 minutos con diferentes contenidos.

RESULTADOS

Demostraron la adquisición o aumento de las habilidades requeridas para llevar a cabo el régimen terapéutico (NOC).

Especificaron los cambios de conducta o estilo de vida necesarios para mantener el régimen terapéutico (NOC).

CONCLUSIONES

Los objetivos conseguidos requieren seguimiento a largo plazo.

Es ineludible el compromiso familiar en el manejo del asma infantil.

La educación en grupo estimula y refuerza el cambio de actitudes en el proceso de aprendizaje de autocuidados.

Queda como tarea pendiente el correcto diagnóstico del asma por Atención Primaria y la interrelación con Especializada.



V Symposium Internacional de Diagnósticos de Enfermería Palau de Congressos de Valencia 13 y 14 de mayo de 2004

Título: Participación de las familias en los planes de cuidados

Autor/es: Frias Trigo, V. Herrera Porras, P. Anguera Manrique, M. Rius Toledo M^a Mar Martínez Masegosa, E. Egea Tudela, I.

Dirección: Centros Asistenciales Emili Mira i López. Prat de la Riba, 171 Santa Coloma de Gramenet

Teléfono: 934628900 Ext. 221

Correo Electrónico: martinezml@diba.es

RESUMEN

Introducción

La unidad de Llevat es una unidad de Estancia Media psicogerítrica situada en centros asistenciales Emili Mira i Lopez En el año 2001 se inicia un programa destinado a la inclusión del usuario-familia en el plan de cuidados.

Como principal novedad se realiza entrevista programada enfermera-cuidador principal en la que se valora la capacidad de intervención del cuidador y se establece el plan de actuación durante el ingreso. La enfermera ofrece información periódica de la evolución del usuario y ofrece educación sanitaria para favorecer la readaptación en domicilio.

Para conocer la efectividad del sistema de trabajo y la satisfacción percibida por el usuario nos marcamos unos indicadores recogidos en una encuesta de evaluación de impacto.

Objetivo:

Conocer la aplicación del programa según la percepción del usuario-familia.

Conocer la percepción del trato recibido

Conocer la imagen profesional que proyecta la enfermera.

Material y Métodos:

El usuario-familia conoce el nombre de su enfermera de referencia desde el momento del ingreso. Es la que gestionará los cuidados durante todo el proceso.

Las líneas básicas del proyecto se fundamentan en:

Diseño del Plan de cuidados por la enfermera de referencia

Entrevista estructurada enfermera-familiar, valoración, diagnósticos actuaciones, resultados esperados.

Educación para la salud.

Seguimiento de la evolución.

Informe de alta.

La encuesta se ofrece a la familia en el momento del alta, consta de siete ítems y es de cumplimiento voluntario y anónimo.

Los datos que hacen referencia a las reclamaciones se obtuvieron de la oficina de Atención al Usuario.

Resultados:

Durante el periodo de Enero a Julio de 2003 se entregaron 52 cuestionarios de los cuales fueron contestados 38, representando un 76%.

Las variables sociodemográficas indicaron que el cuidador principal era mujer en un 67%, edad 60 años 57%, destacando un 20% mayor de 75 años.

La relación familiar en un 27% era hija y en un 26% esposa.

Las variables de impacto muestran que el 87% de los encuestados conocen el nombre de su enfermera de referencia, el 92% manifestaron el haber sido informado del plan de cuidados y un 87% manifestaron haber entendido toda o casi toda la información transmitida respecto a diagnóstico, objetivo y estrategias.

Respecto a la disponibilidad de la enfermera para ofrecer información el 87% manifestó haber

sido atendido siempre o casi siempre. La disponibilidad de la enfermera para atender demandas fue valorada positivamente en un 92%. El 97% manifestó que el trato recibido por la enfermería fue bueno o muy bueno. El 84% reconoció en el trabajo de la enfermera un conocimiento científico, experiencia y habilidad profesional. Los resultados obtenidos del Servicio de Atención al Usuario, muestran un descenso en las reclamaciones sobre la atención de enfermería de un 27% en el periodo estudiado.

Conclusiones:

La responsabilidad del cuidado recae principalmente en las mujeres y la relación familiar es la de esposa o hija. Se observa una avanzada edad en los cuidadores principales ya que el 20% es mayor de 75 años, esto genera unas manifestaciones de dependencia en los cuidadores que se deben investigar y atender. La aplicación del programa según la percepción de los familiares se cumplió dentro de los estándares marcados, reconociendo a la enfermera como la proveedora principal de cuidados profesionales. La enfermera es considerada por la familia como un profesional con identidad propia, accesible y conocedora de las necesidades de los usuarios.

Este sistema de trabajo ayuda a aproximar a los usuarios, consolidando el espacio profesional enfermero dentro de los procesos asistenciales y facilita el reconocimiento social de nuestra profesión.



V Simposium Internacional de Diagnósticos de Enfermería
Palau de Congressos de Valencia
13 y 14 de mayo de 2004

Título: Elaboración de un Plan de Cuidados Estandarizado Personalizable para Pacientes con Proceso Cáncer de Mama.

Autor/es: Jiménez Pérez. I; Fuentes Cebada. L; García Cabanilla, C; Marin Tejero, M.; Rioboo Zambrano, M.; Bernal Medina, M.

Dirección: Avda. Ana de Viya, 21. Cádiz 11009

Teléfono: 655301955

Correo Electrónico: isi_hupm@yahoo.es

RESUMEN

Introducción:

Objetivo:

Elaborar un plan de cuidados estandarizado para pacientes con proceso asistencial "cáncer de mama" en el Hospital Puerta del Mar.

Metodología:

Estudio cualitativo, descriptivo, retrospectivo y longitudinal con las siguientes fases secuenciales:

- Presentación del proyecto en la Unidad Clínica de Patología Mamaria.
- Sesión clínica sobre metodología enfermera.
- Formación de las enfermeras de la unidad en proceso enfermero, modelo y taxonomías NANDA, NOC, NIC.
- Búsqueda bibliográfica.
- Desarrollo de documentación clínica enfermera consensuada por los profesionales de la unidad.
- Desarrollo del plan de cuidados.
- Pilotaje del plan de cuidados.
- Evaluación.
- Implementación definitiva del plan de cuidados.
- Evaluación del proyecto.

Resultados:

Desarrollo e implementación clínica de un plan de cuidados estandarizado personalizable para pacientes del proceso asistencial "cáncer de mama".

Implementación de documentación enfermera consensuada.

Mayor participación e implicación de las enfermeras.

Conclusiones:

- La participación y el consenso entre los profesionales de la Enfermería es un pilar básico en la incorporación del proceso enfermero en una unidad de hospitalización.
- La formación en metodología enfermera es una herramienta necesaria e imprescindible en la incorporación de metodología al cuidado.
- El supervisor debe ser el motor que impulse la participación de los profesionales y el desarrollo del proceso enfermero.



V Simposium Internacional de Diagnósticos de Enfermería Palau de Congressos de Valencia 13 y 14 de mayo de 2004

Título: Implementación del Proceso Enfermero en un Hospital del Servicio Andaluz de Salud.

Autor/es: Fuentes Cebada L, Rivera Bautista J, Jiménez Pérez I, García Juárez R, Gil Serrano R, González de los Ríos C.

Dirección: c/ Algodonales nº 20: bloque 1; 2º E; 11510 Puerto Real, Cádiz

Teléfono: 607 305 309

Correo Electrónico: luis.fuentes.sspa@juntadeandalucia.es

RESUMEN

Introducción:

Objetivo:

Implementar Metodología Enfermera en Unidades de Hospitalización del Hospital Puerta del Mar.

Palabras clave:

Metodología enfermera, NANDA, NOC, NIC, informatización

Metodología: estudio cualitativo, descriptivo, retrospectivo y longitudinal con las siguientes fases secuenciales:

- Elaboración del proyecto.
- Presentación en Comisión de Dirección.
- Presentación en Junta de Enfermería.
- Presentación a supervisores de hospitalización.
- Elección de unidad piloto.
- Presentación y formación de enfermeras de unidad piloto.
- Desarrollo de documentación clínica enfermera consensuada por los profesionales del Hospital.
- Informatización de la historia de salud digital en el apartado enfermero
- Implementación de metodología enfermera en unidad piloto.
- Primera evaluación.
- Realización de cronograma de incorporación de unidades. Criterios de selección de las unidades.
- Incorporación progresiva de metodología enfermera en unidades de hospitalización.
- Evaluación del proyecto.

Resultados:

- Metodología enfermera implementada en unidad piloto.
- Documentación para el cuidado consensuada por los profesionales del Hospital, informatizada y operativa.
- Cronograma de incorporación de 16 "unidades voluntarias"
- Plan de cuidados estandarizado personalizable.
- Supervisores dispuestos a afrontar el cambio hacia un modelo. eminentemente cuidador.

Conclusiones:

- La metodología enfermera aporta calidad científico-técnica al cuidado, satisfacción al paciente y cuidadora familiar, autoestima profesional y autonomía a la enfermera.
- El liderazgo del supervisor es imprescindible en la incorporación de metodología enfermera en una unidad de hospitalización.



V SIMPOSIUM
INTERNACIONAL DE
DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMERÍA

ADAPTACIÓN DEL MÉTODO DE ENFERMERÍA PRIMARIA (MANTHEY) A UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN MÉDICA

**R. García Juárez, MJ. Orozco Cózar, T. Martín Contreras, MJ. Márquez
Borrego, JM Rivero y E. Castro**

Unidad de M. Interna/Infecciosos.

Hospital Puerta del Mar.

Ana de Viya 21.

11009 Cádiz

charo.garcia@uca.es

RESUMEN

En el presente documento se expone el proyecto que se está llevando a cabo en la unidad de infecciosos, donde tradicionalmente se ha seguido un sistema de trabajo de enfermería por tareas. El objetivo es ir reemplazando paulatinamente el sistema de trabajo actual con el fin de conseguir finalmente un sistema de trabajo mixto con asignación enfermera-paciente, en el que el paciente será asignado a su ingreso a una enfermera/o que diseñará su plan de cuidados y lo pondrá en conocimiento del resto del equipo asistencial. Este enfermero (al cual identificará el paciente) será el que sirva de referente con los diferentes niveles de atención para asegurar la continuidad de cuidados del paciente.

INTRODUCCIÓN

Pese a los años transcurridos desde que enfermería se creó como profesión independiente de la medicina, y pese a que en las escuelas se inicia a los estudiantes en el aprendizaje del enfoque global del paciente y la realización de planes de cuidados, lo cierto es que pocos profesionales llevan luego a la práctica estos conocimientos. Seguimos desempeñando “nuestro trabajo” dentro de un modelo biomédico en el que miramos al paciente tras el cristal de la patología o en el mejor de los casos de sus funciones vitales.

Los pacientes pasan por las distintas unidades del hospital recibiendo una atención médica pero ¿reciben atención de enfermería? Sus problemas de colaboración son abordados y resueltos excelentemente por unos profesionales de enfermería que sin embargo no detectan los problemas enfermeros, que siguen sin saber diagnosticar (desde el punto de vista enfermero). De ahí que no sea extraño que la población siga sin saber qué hace una enfermera y nuestros profesionales se ofendan cuando los pacientes los tratan como a meros ejecutores de órdenes médicas. Para ellos los enfermeros son simplemente eso, los profesionales que van a procurar al paciente aquellas soluciones que sólo el médico puede vislumbrar. Y no sería justo buscar culpables de este hecho más allá de nosotros mismos, o ¿es que demostramos a los pacientes algo diferente?. A veces, cuando un paciente se tropieza con algún profesional que sí lleva a cabo su rol enfermero suelen pensar que dentro de poco lo ascenderán a médico o simplemente lo llaman doctor.

Dentro de este contexto, actualmente en Andalucía, se está llevando a cabo un cambio en el enfoque de la atención sanitaria, se apuesta por el protagonismo del ciudadano como eje central del sistema y se espera que los esfuerzos de los profesionales se centren en conseguir la mayor calidad posible en el proceso asistencial, desde la perspectiva de un **enfoque integral** y donde la **continuidad de la asistencia** y las mejoras en la accesibilidad a los servicios se plantean como principal objetivo.

Además contamos con una herramienta única: **la gestión por procesos**. La gestión por procesos supone un enfoque centrado en el usuario, una mayor implicación de los profesionales, se basa en la mejor práctica clínica y en el desarrollo de un sistema de información integrado, incluyendo un elemento sumamente importante: **la continuidad de la atención**.

En esta situación de cambio que se presenta como oportunidad para romper con el modelo biomédico y establecer las bases de una correcta práctica enfermera, se ha diseñado un proyecto de gestión de cuidados en una unidad de hospitalización en el que el paciente será asignado a su ingreso a una enfermera/o que será referente durante todo el proceso.

Una de las directrices del contrato programa de hospitales del año 2003 (año de creación del proyecto) rezaba: "El Hospital deberá tender hacia un modelo de asistencia más cooperativo y personalizado, donde el paciente tendrá un único médico y enfermera responsables de su proceso". Ahora bien, en una atención de 24 horas de prestación de cuidados por diferentes profesionales de enfermería, ¿cómo se establecerá aquel que sea responsable del proceso?. Es a este problema al que se pretende contestar.

Existen varios sistemas de organización del trabajo en enfermería: Sistema Funcional, Modular, En Equipo, Gestión de casos o Enfermería Primaria.

La aplicación del proceso de enfermería a la práctica requiere el marco de algún modelo conceptual. En algunos de estos modelos la relación enfermera-paciente cobra una especial relevancia en la exposición de sus teorías y en todos existe un punto en común, la enfermera aborda al paciente de una forma integral ¿sería correcto, entonces afirmar que el sistema funcional no cabe en ningún modelo de enfermería? Parece demostrado que así es.

A partir de aquí establecemos dos premisas que marcarán el rumbo de nuestro sistema de organización

En primer lugar, el proceso de enfermería se basa en el establecimiento de una relación enfermera-paciente a través de la cual el profesional será capaz de identificar los problemas y abordarlos ayudando al individuo, familia o comunidad a solucionarlos, o en su defecto adaptarse a ellos, y para que ésta relación se produzca el único sistema de trabajo posible es el sistema por pacientes.

En segundo lugar no debemos llevarnos a engaño, la realidad asistencial dista mucho de permitir aplicar un sistema de trabajo por asignación de pacientes. Entre otros motivos podemos nombrar:

- El ratio enfermero/paciente en unidades médicas no permite al enfermero tener tiempo para valorar a todos los pacientes a su cargo. Mas del 50% de su tiempo lo dedica a actividades relacionadas con el rol de colaboración.
- La falta de práctica en la aplicación del proceso de enfermería y, en algunos casos, el desconocimiento de este por parte de los profesionales hace que se necesite más tiempo del estimado para valorar y diagnosticar a un enfermo a su ingreso.

En este marco parece lógico considerar como una buena opción un sistema de trabajo mixto, en el cual una enfermera estaría a cargo de llevar a cabo las intervenciones de enfermería a un número de pacientes durante su turno y además sería responsable o referente para algunos de estos pacientes a los que sí aplicaría atención integral.

El modelo de Enfermería Primaria de Manthey

El modelo de Enfermería Primaria cuya precursora es Manthey propone la asignación de los pacientes a una enfermera (E. primaria) a su ingreso. Esta enfermera será la responsable del paciente durante todo su proceso de enfermedad. Será la encargada de valorar al paciente y realizar el plan de cuidados. Esta planificación la realizará en colaboración con el médico y el paciente o familia. De igual forma es la responsable de coordinar la actuación de todos los profesionales que intervienen en el proceso.

La enfermera primaria realiza la mayor parte de los cuidados que planifica en sus pacientes, aunque cuando ella no está trabajando recibe ayuda para la realización

de estos de enfermeras asociadas. Una enfermera puede ser primaria de unos pacientes y asociada para otros. Ninguna enfermera asociada puede alterar el plan de cuidados que haya realizado una enfermera primaria.

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE PARTIDA

Para la adaptación de este sistema a nuestro medio, elegimos la unidad en la que trabajamos y realizamos en primer lugar una análisis de esta: recursos de que disponemos, perfil de los pacientes y sistema de organización actual.

Descripción de la unidad

La unidad de M. Interna/Infecciosos consta de 13 habitaciones con dos camas cada una que están numeradas correlativamente desde la 853 a la 865, y un Hospital de Día.

Perfil del paciente

Definir el perfil del paciente es importante para hacernos una idea de la distribución del tiempo que dedica a los pacientes, durante el turno de trabajo un enfermero. Encontramos enfermos con la siguiente patología:

- Enfermos pluripatológicos, entendiéndose como tales *“a todos aquellos que presentan enfermedades crónicas de dos o más de las categorías clínicas explicitadas en el proceso y que presenten síntomas continuados y/o agudizaciones frecuentes que repercuten en su situación funcional.”* En algunas épocas del año representan el porcentaje mayor de enfermos ingresados.
- Complicaciones en enfermos con infección VIH como patología de base: infecciones oportunistas en su mayoría (neumonía, síndromes febriles, tuberculosis, gastroenteritis, etc.) o complicaciones del tratamiento antirretroviral.
- Complicaciones hepáticas en enfermos con coinfección VIH-VHC.
- Otras patologías infecciosas
- Enfermedades autoinmunes (porcentaje pequeño)

Utilizando la taxonomía NANDA los diagnósticos enfermeros que encontramos con mayor frecuencia en estos enfermos son los que se detallan a continuación:

Enfermos pluripatológicos:

Manejo inefectivo del régimen terapéutico individual y familiar
Incontinencia urinaria total ó funcional
Incontinencia fecal
Riesgo de estreñimiento
Deterioro de la movilidad física



V SIMPOSIUM
INTERNACIONAL DE
DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMERÍA

Déficit de autocuidado para realizar las actividades de la vida diaria (vestido, baño/higiene, alimentación, uso del WC)

Conocimientos deficientes

Confusión aguda

Cansancio en el desempeño del rol de cuidador (y diagnóstico de riesgo)

Afrontamiento familiar comprometido

Deterioro de la integridad cutánea (y diagnóstico de riesgo)

Enfermos con infección VIH

Manejo inefectivo del régimen terapéutico

Baja autoestima crónica

Ansiedad

Afrontamiento inefectivo

Incumplimiento de tratamiento

Riesgo de infección

Patrón sexual inefectivo

Manejo inefectivo de la salud

Personal de enfermería con que cuenta la unidad: doce enfermeros y nueva auxiliares de enfermería. La distribución del personal durante los turnos de trabajo es la siguiente:

Turno de mañana: 1 enfermero/a en turno de mañana
 1 auxiliar de enfermería en turno de mañana
 2 enfermeros en turno rotatorio
 2 auxiliares en turno rotatorio
 1 enfermera en Hospital de Día

Turno de tarde 2 enfermeros en turno rotatorio
 2 auxiliares en turno rotatorio

Turno de noche 1 enfermero en turno de noche
 1 enfermero en turno rotatorio
 1 auxiliar en turno rotatorio

La cadencia en el turno de trabajo rotatorio es la que sigue a continuación:

M - M - T- T- N - L - L - L - M - M - T - TN - L - L - L - L

Siendo M = Turno de mañana (de 8 a 15 horas)

 T = Turno de tarde (de 15 a 22 horas)

 N = Turno de noche (de 22 a 8 horas)

De esta forma, cada enfermero en turno rotatorio pasa cinco o cuatro días seguidos prestando cuidados a los enfermos y luego deja de verlos los tres o cuatro días siguientes respectivamente.

**Innovación en el proceso de cuidar: conjunción de herramientas y saber.
Valencia – 13 y 14 de mayo de 2004**

Actualmente en la unidad el sistema de trabajo es asignando camas en cada turno, es decir, cada enfermero en turno rotatorio tiene asignadas doce y catorce camas respectivamente y la enfermera de mañana realiza determinadas funciones que afectan a los 26 enfermos. Los enfermeros en turno rotatorio siempre tienen asignadas las mismas camas durante los diferentes turnos que desempeñan, cuando uno de los enfermeros en turno rotatorio (y que debería encontrarse de mañana) está ausente por algún motivo, la enfermera de mañana se hace cargo de los enfermos ingresados en sus camas ese día. Utilizaremos las letras A y B para designar los enfermeros a cargo de las diferentes camas.

El enfermero A siempre se hace cargo de los enfermos ingresados en las habitaciones comprendidas entre la 853 y la 859.

El enfermero B siempre se hace cargo de los enfermos ingresados en las habitaciones comprendidas entre la 860 y la 865.

No se trabaja con metodología enfermera, no se realizan valoraciones ni planes de cuidados y en el momento del análisis, Junio 2003, se cumplieron seis informes de continuidad de cuidados por primera vez.

Definición de enfermero referente (basado en el modelo de E. Primaria)

Enfermero referente de un paciente es aquel que realiza la valoración del paciente, identifica sus diagnósticos de enfermería y diseña el plan de cuidados a su ingreso. Será el responsable de poner en conocimiento del resto del equipo los diagnósticos identificados y los objetivos (resultados) e intervenciones escogidas en su plan de cuidados. Será el responsable de registrar en la historia clínica del paciente este plan. Será el responsable a su vez de evaluar la idoneidad de las intervenciones propuestas para cumplir los objetivos. Además será el encargado de elaborar su informe de continuidad de cuidados al alta, para lo cual debe prever esta con antelación suficiente según su turno de trabajo. Y finalmente, amén de todo lo anterior, servirá de referente para la comunicación entre asistencia primaria y especializada.

En un principio cabe pensar que el enfermero responsable sería el que estuviera presente en el momento del ingreso del paciente en la unidad, esto se desecha debido principalmente a la distribución del personal a turnos: en casi todas las unidades esta distribución a turnos hace que algunos pacientes sean atendidos a su ingreso por un profesional al que no volverán a ver hasta días más tarde, cuando su situación sea totalmente diferente a la que planteaban en el momento de ingresar. En estos casos el enfermero no tendría criterios para evaluar el plan de cuidados diseñado. Además difícilmente habrá tenido tiempo ese enfermero de establecer una relación de confianza con ese paciente, que le permita detectar sus necesidades.

Para evitar que se produzcan situaciones como la anteriormente descrita, establecemos el límite para realizar la valoración del paciente en las siguientes 24 horas al ingreso y asignaremos el paciente al enfermero que más tiempo vaya a pasar con él durante los días siguientes a su ingreso.

Asignación de los pacientes

El **enfermero referente** de un paciente será aquel que esté realizando alguna de sus dos mañanas y este al cargo de la habitación donde ingrese ese paciente el día del ingreso, aunque este se produzca en una franja horaria fuera del turno de trabajo de ese enfermero.

| | M | M | T | T | N | L | L | L |
|---------|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 8 a 15 | | | | | | | | |
| 15 a 22 | | | | | | | | |
| 22 a 8 | | | | | | | | |

| | M | M | T | TN | L | L | L | L |
|---------|---|---|---|----|---|---|---|---|
| 8 a 15 | | | | | | | | |
| 15 a 22 | | | | | | | | |
| 22 a 8 | | | | | | | | |

| | |
|-----------------------|--|
| Periodo de asignación | |
|-----------------------|--|

Los enfermeros de turno fijo de noche no son referente para ningún paciente. Dos motivos nos llevan a esta decisión: en primer lugar, porque debido a la franja horaria en que desarrollan su trabajo, es difícil que el enfermero llegue a desarrollar con el paciente una relación de confianza tal, que le permita elaborar conjuntamente un plan de cuidados. Además los enfermeros de noche no se ocupan siempre de las mismas camas y, por último el modelo de asignación tiene como uno de sus objetivos principales garantizar la continuidad de cuidados del paciente incluso a su alta: el turno

de noche tiene poca relación con el resto de profesionales que intervienen en el proceso (médicos, trabajadores sociales, fisioterapeutas, enfermeros comunitarios de enlace, etc) debido a la incompatibilidad horaria, por lo que la continuidad queda dificultada.

Problemas detectados y soluciones aplicadas

Uno de los problemas de este sistema radica en que en el caso del segundo ejemplo pasarían 24 horas sin que existiese un plan de cuidados escrito del paciente y lo que es peor, el paciente no conocería a su enfermero/a referente hasta el día siguiente de su ingreso. En estos casos, el enfermero/a que esté a cargo de este enfermo durante su ingreso debe reseñar por escrito una valoración que será utilizada hasta que la enfermera referente se haga cargo del enfermo al iniciar su turno.

El principal problema que se nos ha planteado lo constituyen los informes de continuidad de cuidados. Tal como está diseñado actualmente el sistema sanitario, el único profesional que decide el alta de un enfermo es el médico, con lo que con frecuencia ocurrirá que el enfermo pueda ser dado de alta en ausencia de su enfermero referente y sin contar con su opinión. A veces las altas se ven precipitadas por la presión asistencial en días en que un volumen importante de enfermos colapsa urgencias. En estos casos rara vez el criterio médico para decidir un alta coincide con el de la enfermera/o y en ocasiones el elevado número de altas médicas y la cantidad de intervenciones originadas por problemas de colaboración hacen difícil cumplir con el objetivo de emitir un informe de continuidad para cada paciente. Para solucionar esto se ha informado a todos los médicos de la unidad sobre la asignación y se ha acordado establecer una relación de colaboración estrecha médico-enfermera. Esto nos permite prever altas con algunos días de antelación, de esta forma podemos planificar el alta con atención primaria a través del enfermero comunitario de enlace y tener el informe de enfermería prácticamente hecho (recordemos que en pacientes con necesidad de cuidados a domicilio los diagnósticos enfermeros al alta son los mismos que prevalecen desde unos cuantos días antes, y las intervenciones que haya que continuar en el domicilio habrán sido iniciadas durante el ingreso). El enfermero que esté a cargo de esa paciente esa mañana puede redactar el informe de acuerdo con el plan prefijado.

Un problema fácil de resolver han sido las ausencias del enfermero que debía ser referente (compensaciones horarias, días de libre disposición, ausencia por enfermedad, etc); en esos casos la enfermera de mañana pasa a ser enfermera primaria de los enfermos que ingresen ese día.

En los primeros meses, la falta de práctica en el desarrollo de metodología ha supuesto un serio inconveniente pues el cambio de organización supuso además una necesidad de formación. El 90% del personal de enfermería ha realizado un curso sobre "Implementación del proceso enfermero" desde la implantación del método. No obstante, seguimos teniendo dudas en la realización de valoraciones y el establecimiento de diagnósticos. Sí se utiliza taxonomía NANDA pero no se realizan planes de cuidados utilizando taxonomía NOC y NIC. Necesitamos tiempo y sesiones de enfermería que permitan homogeneizar criterios.

En ocasiones se han producido muchos ingresos en un mismo día que hubieran correspondido a un mismo enfermero. Lo hemos resuelto realizando una reunión al día siguiente o incluso 48 horas más tarde entre la supervisora y las enfermeras de mañana y reasignando los enfermos entre nosotras.

El último problema detectado es los cambios de turno entre los profesionales que se ocupan de camas diferentes. Es obvio que con este sistema de trabajo, el profesional tendrá que responsabilizarse de sus enfermos y tendrá que elegir entre estos y su bienestar, también lo es que todo cambio genera incertidumbre y rechazo y no sería lógico que el personal experimentara rechazo a la implantación de este sistema porque viera perjudicados sus intereses personales. Posiblemente el tiempo hará que sean los mismos enfermeros los que dejen de efectuar dichos cambios cuando lleguen a implicarse con "sus pacientes" y desarrollen el proceso enfermero en todas sus fases.

Pocos enfermos conocen el nombre de su enfermero referente. Además algunos enfermeros encuentran la manera de que su valoración esté literalmente escondida en algún sitio poco visible, entre papeles de enfermería y nunca en la historia clínica del paciente. En otras ocasiones se "olvidan" de firmar las valoraciones.

Evaluación

Se han realizado tres cortes de prevalencia en Diciembre 2003, Febrero y Abril 2004. Se han medido los siguiente parámetros

Porcentaje de cumplimentación de hojas de valoración: 60%

Porcentaje de cumplimentación de informes de continuidad de cuidados 53%

Porcentaje de pacientes que conocen el nombre de su enfermera: 2,3%

Por último, en Abril 2004 se ha evaluado la opinión del equipo sobre aspectos como: mejora de la relación enfermera-paciente, continuidad de cuidados, intercambio de información (equipo enfermería y médico-enfermero), cargas de trabajo percibidas y satisfacción profesional. En esta primera evaluación no se aprecian diferencias estadísticamente significativas respecto a la situación anterior aunque, en general, la valoración es positiva, existiendo división de opiniones en lo que respecta a la percepción de aumento en las cargas de trabajo.

Por último podemos concluir que el modelo de E. Primaria nos parece una buena opción que permite llevar a la práctica un sistema de trabajo con asignación de pacientes y este a su vez permite trabajar con metodología enfermera.

A su vez, la asignación enfermera-paciente permite establecer límites de responsabilidad legal y fomenta en los enfermeros la responsabilidad profesional con los pacientes.

Necesitamos tiempo para evaluar realmente si ha existido un aumento de satisfacción profesional relacionado con el nuevo sistema de organización del trabajo. Y sobretodo, necesitamos tiempo para que los enfermeros interioricen esta "filosofía de cuidados" (como la definen algunos autores) y disfruten y acepten su rol enfermero.



V SIMPOSIUM
INTERNACIONAL DE
DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMERÍA

Bibliografía

“Enfermería Primaria: problemas para su implantación.” M.V.Sanchón Macías. Enf.Científica Num164-165. Diciembre 1995

“Primary Nursing: a mode of care or a philosophy of nursing?” Davlid Pontin PhD RSCN RHV. Journal of Advanced Nursing, 1999, 29(3),584-591.

“Hospitales con magnetismo: un modelo de organización para mejorar los resultados de los pacientes.”Linda H. Airen. Enf. Clínica, Vol 5, Núm 6

“La enfermera de referencia, su satisfacción laboral y la del paciente”Joseph Antolí i Sasot. Enf. Clínica, Vol. 8, Num. 2

“Personalización de la atención: médico y enfermera responsable de cada paciente”. Servicio Andaluz de Salud. Acuerdo de Gestión. 2002

Contrato Programa Hospitales. 2003. Servicio Andaluz de Salud

“Propuestas para el desarrollo profesional I”. J. López Ruiz. Enf. Clínica. Vol. 10. Num. 3

“Propuestas para el desarrollo profesional II”. J. López Ruiz. Enf. Clínica. Vol. 10 Num. 4

“Atención al paciente pluripatológico”. Edit. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 2002



V SIMPOSIUM
INTERNACIONAL DE
DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMERÍA

APLICACIÓN DEL PROCESO ENFERMERO EN EL ABORDAJE DEL ENFERMO CON INFECCIÓN VIH

**Orozco Cózar, M^a José.
García Juárez, Rosario.
Márquez Borrego, M^a José.
Vallejo Camelo, Juana.
Murga Díaz, Isabel.
Benítez Morera, Ana.**

Unidad de M. Interna-Infecciones.
Hospital Universitario Puerta del Mar.
Ana de Viya, 21. CÁDIZ.
e-mail: charo.garcía@uca.es

INTRODUCCIÓN

Bajo el marco de la gestión por procesos asistenciales integrados del sistema Sanitario Público de Andalucía, la implementación de la continuidad de cuidados (alta de enfermería) y la asignación enfermera-paciente, la Enfermería debe identificar el valor añadido que nuestro quehacer diario aporta al proceso asistencial.

OBJETIVOS

- Establecer líneas comunes de actuación que garanticen y oferten, **cuidados enfermeros** de alta calidad a los pacientes con infección VIH.
- Identificar los diagnósticos enfermeros (DxE), resultados e intervenciones , más prevalentes en nuestro entorno.

DESARROLLO CONCEPTUAL

Uso de la metodología propia: Proceso enfermero, **que se desarrolla según:**

- Modelo teórico de Virginia Henderson.
- Clasificaciones del lenguaje propio:
 1. Diagnósticos Enfermeros (NANDA) (1).
 2. Clasificación de Resultados Enfermeros (NOC) (2).
 3. Clasificación de Intervenciones Enfermeras (NIC) (3).

CRONOGRAMA

1. Participación de dos enfermeras de la unidad en el grupo de desarrollo e implantación del Proceso Asistencial VIH/SIDA. (Diciembre,2002- Mayo 2003). Continuando actualmente en el grupo de mejora.
2. Detección de la necesidad de cuidados enfermeros estandarizados en el VIH/SIDA y coordinación interniveles.
3. Formación de los profesionales de la Unidad, en cursos de Implementación del Proceso Enfermero con lenguaje común. (Durante 2003 y primer trimestre 2004). Resaltamos que el 90% de los enfermeros han participado en estos curso.
4. Creación de grupo de discusión-trabajo, que utiliza la técnica de consenso, con el objetivo de obtener “el acuerdo” de los profesionales que trabajan en la unidad. Presentación de los DxE, Resultados e Intervenciones hasta el momento identificados a: los responsables médicos y enfermeros del Proceso

VIH/SIDA de Atención Primaria de nuestra Área, así como a, Jefe de Cuidados , Jefe de Procesos de nuestro Hospital.

Identificación de DxE, Resultados e Intervenciones.

En una primera fase tras revisión bibliográfica (4) se excluyeron:

- DxE no aconsejados por no identificar la respuesta humana, ante una situación de salud (Problemas de Colaboración).
- DxE cuyo eje 4: Edad, no pertenecen a nuestra población de asistencia.
- DxE cuyo eje 3: Unidad de Cuidados, son el grupo y la comunidad , que fueron considerados de Atención primaria.

En esta etapa se obtiene una selección de 80 Diagnósticos Enfermeros.

En una segunda fase se excluyeron :

- DxE relacionados con la suplencia total/parcial (problemas de autonomía). Se consideró que se deben recoger en todos los planes de cuidados estandarizados.
- DxE que en asistencia especializada se resuelven en colaboración con otros profesionales. Es interesante reseñar aquí diagnósticos relacionados con: el dolor, estreñimiento, nutrición eliminación urinaria, sueño...Entendemos que este punto pueda ser conflictivo; nos hemos basado en nuestra experiencia diaria, las características de nuestra unidad y el trabajo de otros profesionales.

En esta fase se obtienen 59 Diagnósticos Enfermeros , que son clasificados según las Necesidades Fundamentales de Virginia Henderson.



V SIMPOSIUM
INTERNACIONAL DE
DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMERÍA

I RESPIRACIÓN

- 00031 Limpieza inefectiva de las vías aéreas.
- 00036 Riesgo de asfixia.
- 00039 Riesgo de aspiración.

II ALIMENTACIÓN-HIDRATACIÓN

- 00027 Déficit de volumen de líquidos
- 00028 Riesgo de déficit de volumen de líquidos.
- 00163 Disposición para mejorar la nutrición.

III ELIMINACIÓN

- 00015 Riesgo de estreñimiento.

IV MOVILIZACIÓN

- 00040 riesgo de síndrome de desuso.
- 00085 Deterioro de la movilidad física
- 00092 Intolerancia a la actividad.
- 00094 Riesgo de intolerancia a la actividad.

V REPOSO – SUEÑO

VI VESTIRSE

VII TEMPERATURA

- 00005 Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal.

VIII HIGIENE / PIEL

- 00045 Deterioro de la mucosa oral
- 00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea.

IX SEGURIDAD

- 00004 Riesgo de infección.
- 00035 Riesgo de lesión
- 00037 Riesgo de intoxicación

**Innovación en el proceso de cuidar: conjunción de herramientas y saber.
Valencia – 13 y 14 de mayo de 2004**



V SIMPOSIUM
INTERNACIONAL DE
DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMERÍA

- 00038 Riesgo de traumatismo
- 00043 Protección inefectiva
- 00060 Interrupción de los procesos familiares.
- 00061 Cansancio en el desempeño en el rol del cuidador.
- 00062 Riesgo de cansancio en el desempeño en el rol del cuidador.
- 00063 Procesos familiares disfuncionales: alcoholismo.
- 00073 Afrontamiento familiar incapacitante
- 00074 Afrontamiento familiar comprometido.
- 00075 Disposición para mejorar el afrontamiento familiar.
- 00078 Manejo inefectivo del régimen terapéutico.
- 00082 Manejo efectivo del régimen terapéutico.
- 00114 Síndrome de estrés del traslado.
- 00148 Temor
- 00149 Riesgo de síndrome de estrés del traslado.
- 00162 Disposición para mejorar el manejo del régimen terapéutico.

X COMUNICACIÓN

- 00051 Deterioro de la comunicación verbal.
- 00052 Deterioro de la interacción social.
- 00053 Aislamiento social.
- 00065 Patrón sexual inefectivo.
- 00069 Afrontamiento inefectivo.
- 00122 Trastorno de la percepción sensorial (especificar: visual, auditiva, cinestética, gustativa, táctil, olfatoria)
- 00136 Duelo anticipado.
- 00146 Ansiedad.
- 00157 disposición para mejorar la comunicación.
- 00158 Disposición para mejorar el afrontamiento.

XI VALORES-CREENCIAS

- 00054 Riesgo de soledad.
- 00079 Incumplimiento del tratamiento (especificar).
- 00083 Conflicto de decisiones (especificar).
- 00124 Desesperanza
- 00125 impotencia.
- 00152 Riesgo de impotencia.

XII TRABAJAR / REALIZARSE

- 00070 Deterioro de la adaptación.
- 00084 Conductas generadoras de salud.
- 00098 Deterioro del mantenimiento del hogar.
- 00099 Mantenimiento inefectivo de la salud
- 00118 Trastorno de la imagen corporal.
- 00120 Baja autoestima situacional.

**Innovación en el proceso de cuidar: conjunción de herramientas y saber.
Valencia – 13 y 14 de mayo de 2004**



**V SIMPOSIUM
INTERNACIONAL DE
DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMERÍA**

- 00153 Riesgo de baja autoestima situacional.
- 00167 Disposición para mejorar el autoconcepto.

XIII ACTIVIDADES LÚDICAS

- 00097 Déficit de actividades recreativas.

IXV APRENDIZAJE

- 00126 Conocimientos deficientes (especificar).
- 00161 Disposición para mejorar los conocimientos.

En una tercera fase nos dedicamos a : seleccionar y valorar los diagnósticos que identificamos en nuestro pacientes VIH/SIDA. Posteriormente reuniones de puesta en común, discusión y votación. Hasta la fecha de aceptación del póster teníamos identificados **6 diagnósticos enfermeros** , con factores relacionados y manifestaciones de dependencia; con **resultados e intervenciones enfermeras**. (Anexo 1).

Diagnósticos identificados:

1. **00078 Manejo inefectivo del régimen terapéutico.**
2. **00004 Riesgo de infección.**
3. **00069 Afrontamiento inefectivo-**
4. **00065 Patrón sexual inefectivo.**
5. **00099 Mantenimiento inefectivo de la salud.**
6. **00079 Incumplimiento de tratamiento.**

En el Anexo 1 hemos incluido el último Dxe aceptado por el grupo de trabajo.

00061 Cansancio en el desempeño del rol del cuidador.

Actualmente nuestra prioridad para seguir valorando e identificando diagnósticos enfermeros son los diagnósticos de Salud.



Bibliografía.

1. **Diagnósticos Enfermeros: definiciones y clasificación 2001-2002**
2. **Clasificación de resultados de Enfermería (CRE). 2ª Edición.**
3. **Clasificación de intervenciones de Enfermería (CIE). 3ª Edición.**
4. **Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica. 2ª Edición. Mª Teresa Luis Rodrigo.**
5. **Diagnósticos de Enfermería. Taxonomía NANDA. Traducción, revisión y comentarios. Mercedes Ugalde y Assumpta Rigol.**

00078 Manejo inefectivo del régimen terapéutico

Relacionado con:

| | |
|-------------------------------------|---|
| Complejidad del régimen terapéutico | Grupo cultural con valores, ideas sobre la salud-enfermedad |
| Conflicto de decisiones | Percepción subjetiva de gravedad |
| Déficit de conocimientos | Falta de confianza en el régimen o en el equipo de cuidados |
| Sensación de impotencia | |
| Déficit de soporte social | |

Características definitorias

| | |
|---|---|
| Elecciones de la vida diaria ineficaces para cumplir los objetivos del tratamiento (consumo de drogas) | Verbalización del deseo de manejar el tratamiento de la enfermedad y la prevención de las secuelas |
| Verbalización de dificultad con la regulación o integración de uno o más de los regímenes prescritos. | Verbalización de no haber realizado las acciones necesarias para incluir el régimen de tratamiento en los hábitos diarios |
| Verbalización de no haber emprendido las acciones para reducir los factores o situaciones de riesgo más frecuentes de progresión de enfermedad. | |

NOC 1609 Conducta terapéutica: enfermedad o lesión

| Escala | Nunca manifestada a constantemente manifestada | | |
|--------|---|--------|-------|
| | 1.Nunca manifestada 2.Raramente 3.En ocasiones 4.Con frecuencia 5. Constantemente manifestada | | |
| Código | Indicador | Escala | Fecha |
| 160901 | Cumple las precauciones recomendadas | | |
| 160903 | Cumple los tratamientos prescritos | | |
| 160909 | Supervisa los efectos secundarios del tratamiento | | |
| 160914 | Equilibrio entre el tratamiento, trabajo, ocio, descanso y nutrición | | |
| 160917 | Acude a las citas concertadas con el equipo de salud | | |

NIC 5602 Enseñanza proceso enfermedad

NIC 5616 Enseñanza: medicamentos prescritos

NIC 4420 Acuerdo con el paciente

NIC 4486 Facilitar la autorresponsabilidad

00004 Riesgo de infección

Factores de riesgo

| | |
|--|--|
| Insuficiencia de conocimientos para evitar la exposición a los agentes patógenos | Inmunosupresión |
| Desnutrición | Alteración de las defensas primarias |
| Aumento de la exposición ambiental a agentes patógenos | Alteración de las defensas secundarias |

NOC 1807 Conocimiento: control de la infección

| Escala | Ninguno a extenso | | |
|--------|--|--------|-------|
| | 1.Ninguno 2.Escaso 3.Moderado 4.Sustancial 5. Extenso | | |
| Código | Indicador | Escala | Fecha |
| 180701 | Descripción del modo de transmisión | | |
| 180702 | Descripción de los factores que contribuyen a la transmisión | | |
| 180703 | Descripción de las prácticas que reducen la transmisión | | |
| 180706 | Descripción de procedimientos de monitorización | | |

NOC 1902 Control del riesgo

| Escala | Nunca manifestada a constantemente manifestada | | |
|--------|---|--------|-------|
| | 1.Nunca manifestada 2.Raramente 3.En ocasiones 4.Con frecuencia 5. Constantemente manifestada | | |
| Código | Indicador | Escala | Fecha |
| 190202 | Supervisa los factores de riesgo medioambientales | | |
| 190203 | Supervisa los factores de riesgo de la conducta personal | | |
| 190208 | Modifica el estilo de vida para reducir el riesgo | | |
| 190212 | Efectua las vacunaciones apropiadas | | |
| 190216 | Reconoce cambios en el estado de salud | | |

NIC 6530 Manejo de inmunización/vacunación

NIC 6550 Protección contra las infecciones

NIC 6650 Vigilancia

00069 Afrontamiento inefectivo

Relacionado con:

| | |
|--|---|
| Falta de confianza en la capacidad para afrontar la situación | Inadecuación de los recursos disponibles (confidencialidad) |
| Sentimientos de incertidumbre | Alto grado de amenaza |
| Inadecuación del apoyo social condicionado por el estigma de la enfermedad | Crisis situacionales o de maduración |

Características definitorias:

| | |
|---|--|
| Falta de conductas orientadas al logro de objetivos | Asunción de riesgos |
| Trastornos del sueño | Fatiga |
| Abuso de agentes químicos | Solución inadecuada de los problemas |
| Reducción en el uso de apoyo social (mal uso) | Expresiones de incapacidad para afrontar la situación o para pedir ayuda |
| Incapacidad para satisfacer las necesidades básicas | Conducta destructiva hacia sí mismo o hacia los otros |
| Alta tasa de enfermedad | |

NOC 1302 Superación de problemas

| Esca | Nunca manifestada a constantemente manifestada | | |
|--------|---|------|-------|
| | 1.Nunca manifestada 2.Raramente 3.En ocasiones 4.Con frecuencia 5. Constantemente manifestada | | |
| Código | Indicador | Esca | Fecha |
| 130202 | Identifica patrones de superación ineficaces | | |
| 130205 | Verbaliza aceptación de la situación | | |
| 130206 | Busca información sobre la enfermedad y su tratamiento | | |
| 130207 | Modifica el estilo de vida cuando se requiere | | |
| 130214 | Verbaliza la necesidad de asistencia | | |
| 130215 | Busca ayuda profesional de forma adecuada | | |
| 130216 | Refiere disminución de los síntomas físicos de estrés | | |
| 130217 | Refiere disminución de sentimientos negativos | | |
| 130218 | Refiere aumento del bienestar psicológico | | |

NIC 5230 Aumentar el afrontamiento (Counselling)

NIC 5270 Apoyo emocional

NIC 5520 Facilitar el aprendizaje

00065 Patrón sexual inefectivo

Relacionado con:

| | |
|--|--|
| Miedo a enfermedad de transmisión sexual | Déficit de conocimientos sobre las respuestas alternativas a transiciones relacionadas con la enfermedad |
|--|--|

Características definitorias

| |
|--|
| Manifestación de dificultad, limitaciones o cambios en los comportamientos o actividades sexuales. |
|--|

NOC 1905 Control del riesgo: enfermedades de transmisión sexual

| Escala | Nunca manifestada a constantemente manifestada | | |
|--------|---|--------|-------|
| | 1.Nunca manifestada 2.Raramente 3.En ocasiones 4.Con frecuencia 5. Constantemente manifestada | | |
| Código | Indicador | Escala | Fecha |
| 190501 | Reconoce el riesgo individual de ETS | | |
| 190505 | Desarrolla estrategias efectivas para reducir la exposición a ETS | | |
| 190509 | Utiliza métodos para controlar la transmisión de ETS | | |
| 190515 | Cumple el tratamiento recomendado de ETS | | |
| 190516 | Lo comunica a la pareja en caso de infección ETS | | |

NIC 5248 Asesoramiento sexual

NIC 5622 Enseñanza: sexo seguro

NIC 5230 Aumentar el afrontamiento

00099 Mantenimiento inefectivo de la salud

Relacionado con:

| | |
|---|--|
| Afrontamiento individual o familiar inefectivo | Falta de habilidad para emitir juicios deliberados y completos |
| Falta/alteración significativa de habilidades de comunicación | Deterioro perceptivo o cognitivo |
| Sufrimiento espiritual incapacitante | Falta de logro de las tareas de desarrollo |

Características definitorias

| | |
|---|--|
| Falta demostrada de concimientos respecto a las prácticas sanitarias básicas | Falta demostrada de conductas adaptativas a los cambios internos o externos. |
| Información u observación de incapacidad para asumir la responsabilidad de realizar las prácticas sanitarias básicas. | Historia de falta de conductas generadoras de salud |
| Expresión de interés por mejorar las conductas de cuidado de la salud | Información u observación de deterioro de los sistemas personales de soporte |

NOC 1609 Conducta terapéutica: enfermedad o lesión

| Escala | Nunca manifestada a constantemente manifestada | | | | |
|--------|--|-------------|----------------|------------------|-------------------------------|
| | 1.Nunca manifestada | 2.Raramente | 3.En ocasiones | 4.Con frecuencia | 5. Constantemente manifestada |
| Código | Indicador | | | Escala | Fecha |
| 160901 | Cumple las precauciones recomendadas | | | | |
| 160903 | Cumple los tratamientos prescritos | | | | |
| 160906 | Evita conductas que potencian la patología | | | | |
| 160907 | Realiza cuidados personales compatibles con la habilidad | | | | |
| 160911 | Supervisa los cambios en el estado de la enfermedad | | | | |
| 160914 | Equilibrio entre el tratamiento, trabajo, ocio, descanso y nutrición | | | | |
| 160917 | Acude a las citas concertadas con el equipo de salud | | | | |

NIC 5230 Aumentar el afrontamiento

NIC4486 Facilitar la autorresponsabilidad

NIC 5210 Guía de anticipación

NIC 5440 Aumentar los sistemas de apoyo

NIC 6610 Identificación de riesgos

00061 Cansancio en el desempeño del rol de cuidador

Relacionado con:

| | |
|--|---------------------------------|
| Enfermedad crónica | Presencia de abusos o violencia |
| Conductas problemáticas | Historia de disfunción familiar |
| Antecedentes de malas relaciones (cuidador-receptor) | Tensión emocional |
| Entorno físico inadecuado para brindar cuidados | |

Características definitorias

| | |
|---|--------------------|
| Afrontamiento individual deteriorado | Cólera |
| Sentimientos de depresión | Estrés |
| Trastornos del sueño | Somatización |
| Labilidad emocional creciente | Frustración |
| Falta de tiempo para las necesidades personales | Conflicto familiar |

NOC 2506 Salud emocional del cuidador familiar

| Escala | Extremadamente comprometida a no comprometida | | |
|--------|---|--------|-------|
| | 1.Extremadamente 2.Sustancialmente 3. Moderadamente 4. Levemente 5. No comprometida | | |
| Código | Indicador | Escala | Fecha |
| 250602 | Sensación de control | | |
| 250604 | Ausencia de temor | | |
| 250605 | Ausencia de resentimiento | | |
| 250606 | Ausencia de culpa | | |
| 250607 | Ausencia de depresión | | |
| 250611 | Relación social percibida | | |
| 250615 | Uso de fármacos psicotrópicos | | |
| 250616 | Expresión de confianza en su capacidad para afrontar la situación | | |

NIC 7040 Apoyo al cuidador principal

NIC 5240 Asesoramiento

00079 Incumplimiento de tratamiento

Relacionado con:

| | |
|--|---|
| Duración, intensidad, complejidad del tratamiento | Continuidad y seguimiento regular del proveedor de cuidados |
| Ideas sobre la salud, influencias culturales | Relación entre el cliente y el proveedor de cuidados |
| Conflicto entre régimen terapéutico y otros valores sociales y personales (lipodistrofia, lipoatrofia) | Satisfacción con los cuidados |
| Motivaciones personales | Habilidades de comunicación y enseñanza del proveedor de cuidados |

Características definitorias

| | |
|--|-------------------------------------|
| Conducta indicativa de incumplimiento de tratamiento | Pruebas objetivas (analíticas) |
| Evidencia de desarrollo de complicaciones | No asistencia a visitas concertadas |

NOC 1601 Conducta de cumplimiento

| Escala | Nunca manifestada a constantemente manifestada | | | | | |
|--------|--|-------------|----------------|------------------|-------------------------------|-------|
| | 1.Nunca manifestada | 2.Raramente | 3.En ocasiones | 4.Con frecuencia | 5. Constantemente manifestada | |
| Código | Indicador | | | | Escala | Fecha |
| 160101 | Confianza en el profesional sanitario sobre la información obtenida | | | | | |
| 160103 | Comunica seguir la pauta prescrita | | | | | |
| 160104 | Acepta el diagnóstico del profesional sanitario | | | | | |
| 160105 | Conserva la cita con un profesional sanitario | | | | | |
| 160110 | Comparará las ventajas del plan prescrito con las consecuencias previsibles del no seguimiento del tratamiento | | | | | |

NOC 1200 Imagen corporal

| Escala | Nunca positiva a constantemente positiva | | | | | |
|--------|--|-------------|----------------|------------------|----------------------------|-------|
| | 1.Nunca positiva | 2.Raramente | 3.En ocasiones | 4.Con frecuencia | 5. Constantemente positiva | |
| Código | Indicador | | | | Escala | Fecha |
| 120001 | Imagen interna de sí mismo | | | | | |
| 120003 | Descripción de la parte corporal afectada | | | | | |
| 120007 | Adaptación a cambios en el aspecto físico | | | | | |
| 120010 | Voluntad para utilizar estrategias que mejoren el aspecto y la función | | | | | |

NIC 5480 Clarificación de valores

NIC 4410 Establecimiento de objetivos comunes

NIC 8180 Consulta por teléfono
NIC 4920 Escucha activa
NIC 5616 Enseñanza medicamentos prescritos



V SIMPOSIUM
INTERNACIONAL DE
DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMERÍA

METODOLOGÍA ENFERMERA: ¿ILUSIÓN TEÓRICA O REALIDAD PRÁCTICA?

Gema Cid Expósito

**Innovación en el proceso de cuidar: conjunción de herramientas y saber.
Valencia – 13 y 14 de mayo de 2004**

INTRODUCCIÓN

La evolución de la ciencia enfermera está siguiendo diversos caminos y los recorre a diferentes velocidades, en las distintas partes del mundo.

Estos caminos deben dirigirse hacia un mismo destino: el uso de metodología enfermera como base lógica que aporta coherencia al sistema de trabajo de la profesión.

Debemos unificar criterios, sistematizar la práctica, fomentar el registro, promocionar la comunicación entre enfermeras, desarrollar la investigación y la docencia que son el vehículo que nos ha de llevar a ese científico y ansiado punto de encuentro.

El primer escalón es conseguir que la totalidad de las enfermeras basen sus acciones (asistencial, gestora, docente e investigadora) en una metodología unificada, aplicable y científica.

¿Qué situaciones o características marcan estas diferencias de uso?

La motivación que se transmite desde las Direcciones de Enfermería para que las enfermeras utilicen metodología, el interés de las enfermeras en la formación continuada, las cargas familiares, la edad, el hecho de que la Enfermería esté en su mayoría compuesta por mujeres -incorporación de la mujer al mundo laboral, conciliación de la vida familiar, segundo o primer sueldo familiar...-, la carga asistencial.

El objetivo es conocer la situación concreta de las enfermeras del Centro de Salud “Hermanos García Noblejas”, valorar sus características personales y opiniones en referencia a la metodología enfermera, su estudio, su aplicación y las dificultades y motivaciones que fomentan o no su uso.

En base a los siguientes conceptos, se analizan las relaciones que guardan las enfermeras entrevistadas entre sí con los mismos conceptos definidos, para concretar si el uso de la metodología enfermera es una mera ilusión de las teóricas o una realidad en la práctica enfermera diaria.

Se entiende como metodología el estudio de los métodos, es decir, los modos de proceder para llegar a un fin determinado, para sistematizar los conocimientos. La metodología enfermera fija las normas de definición y clasificación –taxonomías- válidas para la praxis y los métodos de investigación propios de cada ciencia; nos muestra cómo actuar.



**V SIMPOSIUM
INTERNACIONAL DE
DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMERÍA**

El marco conceptual, son el conjunto de conceptos que configuran una forma determinada de entender la profesión, es la representación de ideas que sirve para orientar la práctica, la docencia y la investigación.

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es un método sistemático y organizado de administrar cuidados enfermeros individualizados. Se basa en el método científico. Consta de 5 etapas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

El Diagnóstico de Enfermería (DdE) es un juicio sobre la respuesta de un individuo familia o comunidad a procesos vitales... que proporciona la base de la terapia para el logro de objetivos de los que la enfermera es responsable.

MATERIAL Y METODOS

Se realiza un estudio descriptivo transversal en marzo de 2004, se recogen datos mediante entrevista individual a través de un cuestionario de elaboración propia, para conocer las razones, decisiones y características personales, que hacen a cada enfermera utilizar o no metodología en el cuidado.

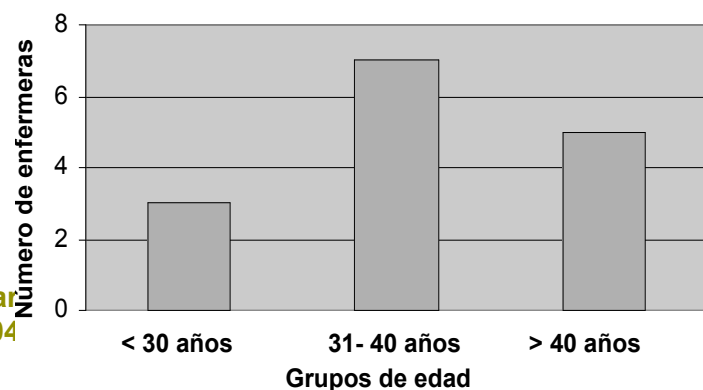
La población diana son las quince enfermeras que componen los equipos de mañana y tarde del Centro de Salud "Hermanos García Noblejas", área 4 IMSALUD Madrid.

Se utilizan los programas Microsoft Office Word y Excel 2003.

RESULTADOS

Innovación en el proceso de cuidar
Valencia – 13 y 14 de mayo de 2004

Edad de las enfermeras



La media de edad es de 36.6 años, siendo los rangos 25 y 54. Por grupos de edad, se distribuyen según el gráfico 1.

Gráfico 1. Distribución de las enfermeras por grupos de edad

En cuanto a la situación familiar, se diferencian en tres grupos según la emancipación y la responsabilidad en el cuidado de hijos u otros familiares¹:

- 26.66% de las enfermeras conviven con los padres.
- 13.33% de las enfermeras se han emancipado y no tienen hijos.
- 60% de las enfermeras están emancipadas y tienen hijos. De éstas, el 77.8% tiene hijos menores de 10 años.

En cuanto a la fecha de término de estudios (ver gráfico 2) se diferencian dos grupos, según los estudios cursados:

- Titulación distinta a Diplomado en Enfermería (DE): 3 enfermeras cursaron estudios de Ayudante Técnico Sanitario² (ATS) y una tercera se licenció en Enfermería.
- Titulación de Diplomado en Enfermería: 11 cursaron estos estudios (73.33%).

¹ Ninguna enfermera tenía la responsabilidad total del cuidado de algún familiar que no fuera hijo.

² Con posterioridad obtuvieron título de DE con el curso de nivelación, dos de las tres enfermeras que cursaron estudios de ATS.

Fecha de término de estudios de Enfermería

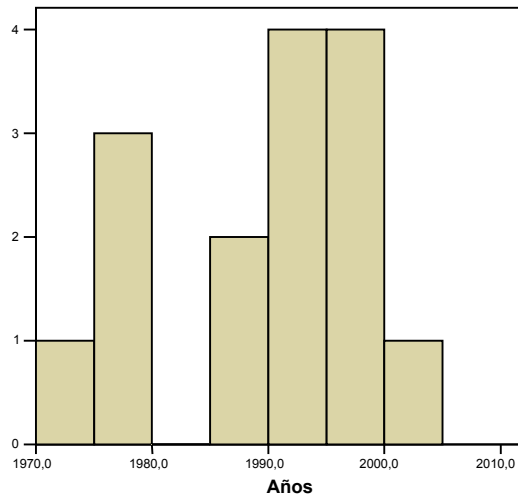


Gráfico 2. Distribución de las enfermeras por fecha de término de estudios.

Se preguntó acerca de estudios pregrado que hicieran referencia a metodología enfermera, se formaron tres grupos:

- Aquellas que durante los estudios pregrado no fueron formadas en metodología en ningún aspecto: 20%
- Aquellas que durante los estudios pregrado fueron formadas en metodología en referencia a modelos, teorías de enfermería, sin recibir formación sobre DdE: 33.33%
- Aquellas que durante los estudios pregrado fueron formadas en metodología en referencia a modelos, teorías y PAE incluyendo taxonomías diagnósticas y enfermera teórica de referencia: 46.66%

Se preguntó sobre participación en cursos de formación postgrado y la compra de libros que hicieran referencia a metodología enfermera, se formaron tres grupos:

- Aquellas que no participaron en ningún curso ni compraron libro alguno con referencias metodológicas: 60%
- Aquellas que participaron en algún curso³ y no compraron libro alguno con referencias metodológicas: 13.33%

³ Cursos de duración mínima 25 horas

- Aquellas que participaron en algún curso y compraron libros con referencias metodológicas: 26.66%.

Los conocimientos de las enfermeras sobre informática general (Internet, Word, Excel, Power Point, OMI-AP) dieron lugar a tres grupos:

- Conocimientos básicos: 46.66%
- Conocimientos medios: 46.66%
- Conocimientos avanzados: 6.66%

En cuanto al currículo de las entrevistadas, el 100% ha trabajado en Atención Primaria, un 60% ha trabajado en Atención Especializada y un 33.33% ha trabajado en distintos ámbitos privados (residencias de ancianos, empresas).

Un 33.33% ha ocupado cargos de gestión, y un 20% forma parte del profesorado universitario.

Al responder a la pregunta sobre las orientaciones metodológicas individuales, un 80% aludieron de manera directa o indirecta a los modelos de V Henderson y D Orem y a la idea de buscar la máxima independencia del usuario en relación con sus cuidados: "si no sabe le enseño, si no quiere le motivo, si no puede le ayudo".

Las orientaciones se dirigen hacia estas dos teóricas y se trabaja con la adaptación de los Patrones Funcionales de M Gordon y las taxonomías NANDA, NIC y NOC, integradas en el programa informático OMI-AP 5.0.

Las argumentaciones ante la pregunta abierta de "¿Por qué usa metodología en su trabajo diario?" fueron las siguientes:

- Favorece la unificación de criterios y un lenguaje común a todas las enfermeras (desarrollo de líneas de investigación y comunicación) (46.66%)
- Es práctico, sistematiza el trabajo una vez que se conoce. (40%)
- Cuantifica el producto enfermero. Lo distingue de otros. (33.33%)
- Proporciona un enfoque holístico del usuario, familia y/o comunidad. (33.33%)

- Es la aplicación científica del conocimiento enfermero. Se basa en el método científico. (26.67%)
- Es útil y eficaz. Rentabiliza el trabajo. (26.67%)
- Hace a la enfermera responsable última de los cuidados, no es lo mismo con tareas derivadas o protocolos. (26.67%)
- Aprendizaje pregrado, imposibilidad de trabajar sin visión metodológica. (20%)
- Facilita el registro. (13.33%)
- Es necesario y conveniente. (6.66%)
- Mejora la atención. (6.66%)

Las argumentaciones ante la pregunta abierta de “¿Qué dificultades existen para la adaptación al trabajo diario de la metodología enfermera?” fueron:

- La motivación, alimentada por la persona, el equipo y el sistema de trabajo, la dirección de enfermería del lugar de trabajo. “No está relacionado con la edad, ni con tener hijos: el que quiere hacerlo, lo hace”. (40%)
- La carga asistencial es un problema, no hay tiempo suficiente para aplicar el registro, el ordenador también supone un problema. (33.33%)
- Carácter poco práctico de las visiones teóricas, lenguaje abstracto y rebuscado de “lo que siempre hemos llamado de otra manera y trabajábamos igual”. (33.33%)
- Se debe estudiar fuera del horario laboral y no todo el mundo está dispuesto a invertir tiempo personal en la profesión; a veces, está muy delimitado. . “Se debe invertir tiempo de tu parcela personal”. (26.67%)
- Dificultades por aplicaciones informáticas y escaso conocimiento informático. (26.67%)
- Complicaciones vitales personales. (26.67%)
- Lugar de trabajo, se diferencia entre AP y AE. Muy relacionado con la carga asistencial. (26.67%)
- Es fácil si se estudia, pero es necesaria una motivación, “No está relacionada con la edad, es el interés personal de cada uno”. (26.67%)
- Se debe mostrar que facilita la práctica diaria, “ofrecer una visión práctica en los cursos de formación, no un tostón teórico”. (26.67%)



V SIMPOSIUM
INTERNACIONAL DE
DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMERÍA

- Peseza, desinterés. Invertir tiempo que utilizamos para otras cosas, también influye la motivación. (20%)
- La rutina es un problema, cambiar la forma en que llevas trabajando un tiempo determinado es duro, se necesita demostrar que facilita el trabajo diario. (13.33%)
- La formación continuada no se ve como obligación y en esta ciencia nuestra que es la enfermería todo cambia, el reciclaje debe ser continuo. (6.66%)

CONCLUSIONES

El hecho de no haber realizado estudios sobre metodología del cuidado que incluyera PAE y taxonomías diagnósticas durante la formación pregrado (53.33%), o con posterioridad (60%), no influye de manera directa sobre la utilización diaria de metodología en el trabajo, pues el 100% de las enfermeras entrevistadas trabajan con ella, aunque sólo el 46.66% recibiera formación pregrado y el 40% se formara de postgrado.

El 80% de las enfermeras aluden a modelos de “Suplencia-Ayuda”, que buscan la máxima independencia del usuario, como filosofía de trabajo (Henderson. Orem). La praxis diaria utiliza como herramientas integradas en OMI-AP 5.0 los Patrones Funcionales adaptados de M Gordon y taxonomías NANDA, NIC y NOC.

Las valoraciones, en cuanto al trabajo con metodología, hablan de sistematización del trabajo, unificación de criterios y lenguaje común a toda la enfermería, matización de una referencia científica y conceptual de la disciplina enfermera.

Las argumentaciones sobre las dificultades para integrar el trabajo sistematizado en la práctica diaria se definen en dos líneas:

- Motivación: en relación con características personales, familiares; equipo y sistema de trabajo, interés en la profesión, disposición a emplear tiempo de la parcela personal; “Quien quiere hacerlo, lo hace. Aquí están los ejemplos”.
- Carga asistencial: por la propia carga del trabajo diario, a la que hay que sumar la tardanza por no conocer la sistemática de trabajo, la dificultad ante el cambio en la manera de trabajar y lo que supone modificar esquemas que llevan años estáticos.



**V SIMPOSIUM
INTERNACIONAL DE
DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMERÍA**

Debemos encaminarnos a despertar el interés de las enfermeras desde lo que es cercano a ellas: el usuario, el cuidado, el día a día.

Fomentemos la formación continuada, no como algo impuesto sino como algo que va a facilitar la praxis. Demostremos que cuando se conoce, es práctico, sistemático y ¡hasta sencillo de utilizar! Que simplifica el registro y economiza el tiempo... ese tiempo que hace tanta falta en la consulta.

Debemos pensar, también, que con el transcurrir del tiempo, se irán clarificando conceptos y se unificarán criterios. No es Enfermería la primera ciencia que evoluciona, no queramos correr el camino que hay que andar.

BIBLIOGRAFIA

- ALFARO-LEFEVRE, R. "Aplicación del Proceso de Enfermería: guía práctica". Barcelona. Ediciones Harcourt. 1998.
- TOMAS VIDAL, A M. "Planes de Cuidados de Enfermería. Modelo de referencia. Métodos e instrumentos". Madrid. Ediciones Olalla. 1998
- LUIS RODRIGO, M T. "Los diagnósticos enfermeros: Revisión crítica y guía práctica". 2º ed. Barcelona. Editorial Masson. 2003.



V SIMPOSIUM
INTERNACIONAL DE
DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMERÍA

NUEVAS TECNOLOGÍAS PARA NUEVAS TAXONOMIAS

M^a Luisa Guitard Sein-Echaluce

Profesora titular de Enfermería Médico-quirúrgica

Universidad de Lleida

m.luisa.guitard@infermeria.udl.es

**Innovación en el proceso de cuidar: conjunción de herramientas y saber.
Valencia – 13 y 14 de mayo de 2004**

En una época de cambios continuos como la que vivimos, el éxito de la educación asienta en la capacidad de innovación que tengan los docentes implicados en el proceso educativo, en su capacidad de sorprender para conseguir captar el interés del alumno por los contenidos impartidos. Como rasgo fundamental hay que marcar el objetivo de enseñar como pensar en lugar de que pensar, es decir fomentar el desarrollo de un pensamiento crítico. Por todo ello se impone la necesidad de impulsar una actitud creativa e innovadora desde las escuelas de enfermería.

La tendencia actual en materia de enseñanza / aprendizaje es la de acercar la formación al puesto de trabajo o al domicilio del alumno, flexibilizando horarios y adaptando los contenidos a las necesidades individuales de cada uno de ellos. Por este motivo nuestra universidad ha apostado por fomentar la docencia semipresencial mediante la utilización de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC).

Las taxonomías enfermeras, sobre todo las más novedosas como NIC (Nursing Intervencions Clasification) y NOC (Nursing Outcomes Clasification), son aún desconocidas por muchas enfermeras formadas hace tiempo, como es el caso de los alumnos de 2º ciclo de enfermería, por lo que nuestra escuela ofertó la asignatura *Normalización de la práctica enfermera* como optativa para los matriculados en dicha titulación.

OBJETIVOS

Los objetivos que se pretenden alcanzar con la realización de esta asignatura son:

- ✓ Fundamentar y analizar la necesidad de una sistemática en enfermería y su informatización.
- ✓ Reflexionar sobre clasificación y codificación del lenguaje de enfermería.
- ✓ Analizar aspectos actuales de la informatización del proceso enfermero.

METODOLOGÍA

El perfil de estudiante matriculado en 2º ciclo de enfermería es amplio. Nos encontramos desde profesionales con los estudios de diplomatura recién finalizados y, debido a la peculiar situación laboral actual, con una situación de necesaria disponibilidad inmediata en el momento que los llamen para ir a trabajar hasta profesionales que hace bastantes años que acabaron y con una vida laboral y personal más comprometida. Por estas características creímos que podía tener éxito plantear esta asignatura utilizando herramientas virtuales que flexibilizaran la impartición de la misma.

Se ha elaborado una asignatura semipresencial utilizando distintos recursos pedagógicos:

VIRTUALES: Con el programa informático webCT mediante el cual se facilita:

- Contenidos: incluyen el material docente relacionado con la asignatura. Este material se compone de apuntes confeccionados por el profesor, artículos digitalizados, lo que facilita su disponibilidad inmediata, bibliografía de libros y otros artículos, enlaces electrónicos,..
- Herramientas de comunicación como el correo electrónico y la posibilidad de realizar debates sobre temas previamente pautados por el profesor. Compartir las ideas permite que el grupo se beneficie con el pensamiento de cada individuo y que cada individuo se beneficie con el pensamiento del grupo.
- Actividades: Realización de trabajos, cuestionarios... por el alumno y que el profesor valora y le remite los comentarios pertinentes sobre las mismas.

PRESENCIALES como ha sido la asistencia a una jornada con ponentes de reconocido prestigio de distintos puntos de España que expusieron en directo sus experiencias sobre la implantación de metodologías de trabajo enfermeras utilizando taxonomías, tanto en la asistencia primaria y hospitalaria como en la docencia de pregrado.

RESULTADOS

Por ser la primera vez que se pone en marcha esta asignatura aún no se dispone de resultados sobre la misma pero si podemos valorar la aceptación previa ya que la han escogido un 48% de los alumnos del curso.

Según los datos que constan en la página de la Unidad de Docencia Virtual del ICE (<http://atenea.udl.es>) sobre las encuestas realizadas a alumnos de nuestra universidad, el 38,1% de ellos ha cursado asignaturas de este tipo y el 72,9% animaría a otros compañeros a realizar asignaturas que utilicen entornos virtuales aunque consideran que el alumnado tiene más trabajo (69%) y en cambio considera que el profesorado no tiene más trabajo impartiendo docencia virtual (59,2%). Es ampliamente mayoritaria la opinión de que les gustaría que en las universidades hubiera más asignaturas 100% virtuales (93,8%) y consideran positivo el uso de tecnologías de la información y la comunicación en la formación (97,1%).

También hemos podido constatar el interés por la temática de las taxonomías ya que en la jornada presencial que incluía la asignatura, y que se organizó de forma abierta para estudiantes y profesionales de enfermería, contamos con más de 100 asistentes.

CONCLUSIONES

Esta metodología facilita un autoaprendizaje según necesidades, intereses y disponibilidad horaria de cada alumno y permite una fácil actualización de los contenidos. Como inconveniente presenta la necesidad de disponer de un equipo y conocimientos informáticos.

Creemos muy positivo compaginar contenidos virtuales con la exposición presencial de experiencias personales sobre la aplicación de la “teoría” a la “práctica”.

Es imprescindible para diseñar asignaturas de este tipo disponer, como en nuestro caso, de una unidad de apoyo logístico con soporte psicopedagógico e informático que orienten en todo momento sobre las posibilidades y mejores opciones tanto pedagógicas como su transformación en diseños informáticos.

La tecnología es solo una herramienta de un proceso pedagógico, donde los conocimientos son más importantes que el medio empleado para transmitirlos. Estas



**V SIMPOSIUM
INTERNACIONAL DE
DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMERÍA**

herramientas informáticas no buscan sustituir al profesor sino cubrir o dar alternativas a las demandas existentes.

BIBLIOGRAFÍA

- Donado J, Huerta C, Iñigo J, Sánchez J, Moreno T. Aplicaciones de las nuevas tecnologías en el proceso educativo. Metas de enfermería 1998; 4: 43-47.
- Monteagudo JL. La enfermería en la sociedad de la información. Metas de Enfermería 1998; 3: 44-53.
- Romá M^aT, Vizcaya M^aF. Nuevas tecnologías en la formación de profesionales de enfermería. Metas de Enfermería 2000; 24: 25-28.



V SIMPOSIUM
INTERNACIONAL DE
DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMERÍA

UNA ENFERMEDAD SILENTE; EL HIPOTIROIDISMO

Rosa Blanca Muñoz Muñoz, Nuria Pereira Berdullas, M^a Angeles Pérez Las Heras, Olga Mora Morera.

**Innovación en el proceso de cuidar: conjunción de herramientas y saber.
Valencia – 13 y 14 de mayo de 2004**



V SIMPOSIUM
INTERNACIONAL DE
DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMERÍA

Victoria es una mujer de 48 años que trabaja como administrativa en un laboratorio farmacéutico. No tiene hijos. Refiere notar agotamiento, desde hace unos meses, que va en aumento. Como trabaja con personal sanitario, cada uno de sus compañeros le ha dado su opinión respecto al cansancio y le han sugerido hacer una consulta médica formal. Hasta ahora se ha justificado a sí misma que el cansancio podría ser una consecuencia normal del estrés que había vivido tras su separación matrimonial, hace escasos meses. El aumento de peso que ha experimentado ya no disminuye con la dieta que tan bien le ha funcionado en otras ocasiones. Últimamente nota cierta dificultad para concentrarse en el trabajo y se siente algo deprimida. Hasta que finalmente ha realizado la consulta médica han pasado 8 meses y estaba segura que tendría una anemia. Es diagnosticada de Hipotiroidismo. El médico comentó el caso con la enfermera ya que no era una paciente asidua al centro y deciden que sea ella la que haga el seguimiento y la educación sanitaria pertinente hasta un nuevo control analítico en 2 meses.

Juicio clínico:

Hipotiroiditis autoinmune.

Tratamiento:

Levotiroxina 25 microgramos 1-0-0 a las 3 semanas 50 mcg

Valoración según modelo de V. Henderson

Necesidad de oxigenación

- Manifestación de independencia: respiración sin alteraciones en frecuencia, ritmo y profundidad respiratoria. Vías aéreas permeables.
- Manifestaciones de dependencia: no se aprecian.

Necesidad de nutrición e hidratación

- Manifestaciones de independencia: mucosa bucal sonrosada y húmeda. No le faltan piezas dentales. No caries.

- Manifestaciones de dependencia: realiza 3 comidas/ día. IMC = 25 (peso = 60 kg / talla = 1,55m). Ingesta de legumbres 1-2 veces/mes. Insuficiente ingesta de fibras. Bebe menos de 1,5 litro de líquidos al día.

Necesidad de eliminación

- Manifestación de dependencia: eliminación urinaria 4-5 veces/día con olor, color y apariencia normal.
- Manifestación de dependencia: hábito deposicional cada 2-3 días acompañado de molestias. Heces de consistencia dura y seca.

Necesidad de moverse y mantener una postura adecuada

- Manifestación de Independencia: postura corporal adecuada
- Manifestación de dependencia: no practica deportes ni ejercicios físicos. La mayor parte del día está sentada.

Necesidad de descanso y sueño

- Manifestaciones de independencia.: sueño reparador. Duerme unas 8 horas al día.
- Manifestaciones de dependencia: dificultad para conciliar el sueño debido a la preocupación y nerviosismo que le genera el gran agotamiento que nota. Se levanta cansada últimamente.

Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas

- Manifestaciones de independencia: viste ropas acordes con la estación del año. Suele cuidar especialmente el abrigo de sus pies.
- Manifestaciones de independencia: no se aprecian

Necesidad de termorregulación

- Manifestaciones de independencia: temperatura dentro de límites normales

(36°-37°) Se reconoce como “friolera” ya que siempre nota frío, sobretodo en los pies.

- Manifestaciones de dependencia: no se aprecian.

Necesidad de higiene y protección de la piel

- Manifestaciones de independencia: ducha diaria. Higiene bucal 3 veces/día. piel seca que palia con cremas hidratantes.
- Manifestaciones de dependencia: no se aprecian

Necesidad de evitar peligros

- Manifestaciones de independencia: consciente, orientado y sin antecedentes de hábitos tóxicos.
- Manifestaciones de dependencia: expresa preocupación por el diagnóstico de Hipotiroidismo sobretodo como una enfermedad crónica.

Necesidad de comunicarse

- Manifestaciones de independencia: lleva gafas correctoras (última visita médica en dic 2002). Resto de sentidos sin alteraciones.
- Manifestaciones de dependencia: no se aprecian

Necesidad de vivir según creencias y valores

- Manifestaciones de independencia: católica no practicante. cree en el esfuerzo propio ayuda a solucionar muchos problemas de salud sin necesidad de pasar por el médico.
- Manifestaciones de dependencia: no se aprecian

Necesidad de trabajar y realizarse

- Manifestaciones de independencia: le agrada su trabajo y manifiesta su satisfacción por los logros profesionales conseguidos. Desea sentirse mejor de

salud porque tiene muchos proyectos profesionales y de vida. Manifiesta que su estado de animo no ha sido el mejor tras su separación matrimonial.

- Manifestaciones de dependencia: habitualmente prioriza su trabajo a la mejora de su salud en casos de enfermedad.

Necesidad de recrearse

- Manifestaciones de independencia: le agrada la lectura y sobretodo la TV. Le agrada reunirse con sus amigas, aunque no tienen mucho tiempo para verse, viaja con ellas una vez al año.
- Manifestaciones de dependencia: no se aprecian

Necesidad de aprender

- Manifestaciones de independencia: gran disponibilidad para aprender.
- Manifestaciones de dependencia: preocupada porque nota dificultad en la concentración. Desconoce que repercusiones puede tener el hipotiroidismo en su salud.

Manifestaciones de dependencia

1. IMC = 25 (peso = 60 kg / talla = 1,55m). Ingesta de legumbres 1-2 veces/mes. Aporte insuficiente de alimentos ricos en fibras. Bebe menos de 1,5 litro de líquidos al día.
2. Hábito deposicional cada 2-3 días acompañado de molestias. Deposiciones secas y duras.
3. Sedentarismo.
4. Dificultad para conciliar el sueño.
5. Expresa preocupación por el diagnóstico de Hipotiroidismo sobretodo como una enfermedad crónica.



**V SIMPOSIUM
INTERNACIONAL DE
DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMERÍA**

6. Habitualmente prioriza su trabajo a la mejora de su salud en casos de enfermedad.

7. Preocupada porque nota dificultad en la concentración. No sabe exactamente que repercusiones puede tener el Hipotiroidismo en su salud.



V SIMPOSIUM
INTERNACIONAL DE
DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMERÍA

Diagnóstico de enfermería (NANDA)

00011 Estreñimiento r/c actividad física insuficiente, aporte insuficiente de fibras e ingesta insuficiente de líquidos m/p eliminación de heces duras y secas que requiere esfuerzo excesivo y provoca esfuerzos rectales

Resultados esperados (NOC)

0501 eliminación intestinal

Escala: extremadamente comprometida (1) a no comprometida (5)

De 1 a 5 en 1 mes

050110 ausencia de estreñimiento

050124 ingestión de líquidos adecuada (>1,5 l.)

050125 ingestión de fibra adecuada (> 17g /día)

050126 cantidad de ejercicio adecuada (mínimo 2h /semana)

Intervenciones (NIC)

0200 fomento del ejercicio

- Informar al paciente acerca de los beneficios para la salud y los efectos psicológicos del ejercicio.
- Proporcionar una respuesta positiva a los esfuerzos del paciente.
- Ayudar al paciente a identificar las preferencias de actividades.

5246 Asesoramiento nutricional

- comentar los gustos y aversiones alimentarias del paciente.

0450 manejo del estreñimiento /impactación

- Fomentar el aumento de ingesta de líquidos.

**Innovación en el proceso de cuidar: conjunción de herramientas y saber.
Valencia – 13 y 14 de mayo de 2004**



V SIMPOSIUM
INTERNACIONAL DE
DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMERÍA

- Instruir acerca de la dieta rica en fibra.
- Instruir al paciente sobre la relación entre dieta ejercicio y la ingesta de líquidos.

| Evaluación | 12-01-03 | 26-01-03 | 18-02-03 | 15-03-03 |
|---------------------------------------|----------|----------|----------|----------|
| 050110 ausencia de estreñimiento | 1 | 3 | 5 | 5 |
| 050124 ingestión de líquidos adecuada | 1 | 3 | 5 | 5 |
| 050125 ingestión de fibra adecuada | 1 | 3 | 4 | 5 |
| 050126 cantidad de ejercicio adecuada | 1 | 3 | 3 | 5 |

Diagnóstico de enfermería (NANDA)

000148 Temor r/c la evolución de la enfermedad m/p preocupación y dificultad en la conciliación del sueño.

Resultados esperados (NOC)

1300 aceptación sobre el estado de salud

Escala: ninguna (1) a extensa (5)

De 2 a 4 en 6 meses

130008 reconocimiento de la realidad de la situación de salud

Intervenciones (NIC)

5230 aumentar el afrontamiento



V SIMPOSIUM
INTERNACIONAL DE
DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMERÍA

- Ayudar al paciente a desarrollar una valoración objetiva del acontecimiento.
- Ayudar al paciente a identificar la información que más le interese obtener.
- Ayudar al paciente a identificar objetivos adecuados a corto y largo plazo.
- Ayudar al paciente a clarificar los conceptos equivocados.

| Evaluación | 12-01-03 | 18-02-03 | 15-03-03 | 30-06-03 |
|---|----------|----------|----------|----------|
| 130008 reconocimiento de la realidad de la situación de salud | 2 | 3 | 3 | 4 |

Diagnóstico de enfermería (NANDA)

00126 conocimientos deficientes r/c falta de exposición m/p verbalización del problema

Resultados esperados (NOC)

1813 conocimiento: régimen terapéutico

Escala: ninguno (1) a extenso (5)

De 2 a 5 en 15 días

181304 descripción de los efectos esperados del tratamiento.

1705 orientación sobre la salud

Escala: muy débil (1) a muy fuerte (5)

De 1 a 3 en 6 meses

170508 percibe que la conducta sobre la salud es importante para si mismo.



170512 percibe que la salud es una prioridad importante a la hora de tomar decisiones sobre el estilo de vida.

Intervenciones (NIC)

5602 enseñanza: proceso de enfermedad

- Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente relacionado con el proceso de Hipotiroidismo
- Explicar la fisiopatología y su relación con la anatomía y fisiología.
- Describir el fundamento de las recomendaciones del control /terapia /tratamiento.
- Comentar los cambios de estilos de vida que pueden ser necesarios para evitar futuras complicaciones y/o controlar el proceso de la enfermedad.

| Evaluación | 12-01-03 | 18-02-03 | 15-03-03 | 30-06-03 |
|--|----------|----------|----------|----------|
| 181304 descripción de los efectos esperados del tratamiento. | 2 | 5 | | |
| 170508 percibe que la conducta sobre la salud es importante para si misma. | 1 | 1 | 3 | 3 |
| 170512 percibe que la salud es una prioridad importante a la hora de tomar decisiones sobre el estilo de vida. | 1 | 3 | 3 | 3 |

Conclusiones

El resultado final obtenido tras nuestra intervención ha sido favorable en relación a la ausencia de estreñimiento, la ingesta hídrica adecuada y el conocimiento de los efectos esperados del tratamiento. Se ha producido un cambio importante en la percepción de su salud que ha repercutido en su conducta que indica que le da más prioridad a su salud. Ha tardado más en conseguir una ingesta de fibra adecuada. En la práctica de ejercicio físico el resultado ha sido positivo. Por último el cansancio ha desaparecido, ha mejorado su rendimiento a nivel general y se observa una actitud positiva respecto a su autocuidado lo que le ha permitido afrontar su enfermedad de forma efectiva.

Bibliografía

1. McCloskey, J.; Bulechek, G.M. *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE). Nursing Interventions Classification (NIC)*. Harcourt/Mosby 2001.
2. Jonson, M.; Maas, M.; Moorhead, S. *Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE). Nursing Outcomes Classification (NOC)*. Harcourt/Mosby 2001.
3. NANDA. *Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2003-2004*. Elsevier 2003.
4. Álvarez, Paula. Cordido Carballido, Fernando. Hipertiroidismo. Disponible en: www.fisterra.com/guias2/hipotiroidismo.htm
5. Tiroiditis de Hashimoto. Disponible en: <http://www.somersetmedicalcenter.com/1515.cfm>



DIFICULTAD DE LOS ESTUDIANTES PARA APLICAR LA TEORÍA METODOLÓGICA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

María del Carmen Aguilera López

Marcos Chiloeches Matas

María de las Nieves Sanz Alcázar

Escuela Universitaria de enfermería SESCAM-Guadalajara

adscrita a la Universidad de Alcalá

**Innovación en el proceso de cuidar: conjunción de herramientas y saber.
Valencia – 13 y 14 de mayo de 2004**

INTRODUCCIÓN

Mediante la presente comunicación se pretende exponer las dificultades encontradas en la aplicación de la Metodología del Cuidado a la práctica clínica. Estas dificultades fueron percibidas por los alumn@s de segundo curso (año 2003/2004) de la Escuela Universitaria de Enfermería-SESCAM, de Guadalajara adscrita a la Universidad de Alcalá, durante su periodo práctico en el Centro de Salud Guadalajara-Sur de la ciudad de Guadalajara.

Durante el periodo práctico, los alumn@s han de conseguir los siguientes objetivos:

- Integrarse en el equipo de salud.
- Aplicar los conocimientos adquiridos para cuidar al individuo, familia y comunidad.

Este objetivo se intenta llevar a cabo con la realización de las actividades que a continuación se citan:

- La valoración de la familia y su entorno físico.
- La ejecución de cuidados básicos.
- La ejecución de cuidados complejos.
- La realización de dos planes de cuidados individualizados.

A la hora de realizar nuestro Plan de Cuidados, el Marco de referencia se basa en:

- Valoración por Patrones Funcionales de M. Gordon modificados por la E:U:E-SESCAM de Guadalajara adscrita a la Universidad de Alcalá.
- Etiquetas Diagnósticas de la Taxonomía NANDA II.
- Conocimiento extraído del Modelo Bifocal de L. J. Carpenito.

Estos conceptos están incluidos en la asignatura obligatoria del plan docente de la Escuela que se imparte en segundo curso "Metodología del Cuidado". Esta materia tiene como objetivo general que el alumn@ conozca en profundidad el Proceso de Enfermería y sean capaces de desarrollarlo en la práctica.

El objetivo del trabajo es exponer los problemas actuales que son identificados por los estudiantes a la hora de realizar Planes de Cuidados, pretendiendo así que esto ayude a que en un futuro la metodología enfermera sea la manera habitual de trabajar.

MATERIAL Y MÉTODOS

Los datos se obtuvieron a través de seminarios de discusión informal estimulada por parte de los alumn@s al final del segundo periodo práctico. En el transcurso de los debates se abordaron cuestiones tales como adaptación e integración en el equipo, satisfacción general y personal, orientación y tutorización de prácticas, recursos disponibles, duración de las prácticas, relación con los profesionales y trabajo en equipo, integración de los conocimientos teórico-prácticos y metodológicos.



V SIMPOSIUM
INTERNACIONAL DE
DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMERÍA

Para la recogida y presentación de los datos se trabajó la aplicación Microsoft Word XP y Power- Point XP.

Los documentos y bibliografía utilizados son:

- **Valoración Estandarizada vigente en el centro de salud Gu-Sur de Guadalajara.**
- **Registro de diagnósticos de enfermería estandarizados vigente en el centro de salud Gu-Sur de Guadalajara.**
- **Guía de valoración por Patrones Funcionales de M. Gordon modificada por la E.U.E-SESCAM de Guadalajara adscrita a la UAH.**
- **Taxonomía II de Diagnósticos de Enfermería NANDA**
- **Plan de cuidados individualizado llevado a cabo en el proceso práctico por los estudiantes.**
- **L.J. Carpenito. *Enfermería profesional diagnósticos de enfermería. Aplicaciones a la práctica clínica.* McGraw-Hill Interamericana. 4ª edición (español). 2003**
- **Guía de Enfermería de Atención Primaria de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección general de planificación sanitaria. 1991 Madrid.**
- **Diagnóstico enfermero. Proceso y Aplicación 3º edición Marjory Gordon 1996**
- **Asociación Española de Enfermería Docente. *XVIII Sesiones de Trabajo de la Asociación Española de Enfermería Docente. Repercusiones en la Práctica Profesional: Un análisis con futuro.*1997**

DESARROLLO CONCEPTUAL

Nuestras prácticas, están divididas en tres periodos, cada uno de ellos tiene una duración de un mes aproximadamente. Dos de ellos, se llevan a cabo en atención especializada y otro en atención primaria.

Nuestra jornada en el turno de mañana transcurre entre 8:00 a.m. y 3:00 p.m. En su desarrollo encontramos dos entornos de actuación principales: La consulta de enfermería y la visita domiciliaria.

Además de las actividades intrínsecas que contemplamos estas dos actividades, existen otras actividades que se encuentran presentes en la actividad enfermera: Educación para la salud, Aplicación cuidados y tecnología enfermera.

En el transcurso de los debates, se establecieron las dificultades aquí expuestas, que surgen del análisis de cada una de las opiniones de los distintos componentes del grupo.

Las siguientes dificultades han sido ordenadas en función de las distintas fases en las que se aplica la metodología del cuidado para la realización de planes de cuidados: la valoración, la identificación de los diagnósticos, la planificación de actividades, las intervenciones y por último la evaluación.

**Innovación en el proceso de cuidar: conjunción de herramientas y saber.
Valencia – 13 y 14 de mayo de 2004**



1. Dificultad que surge a la hora de establecer relaciones terapéuticas con el usuari@ o familia, relacionada con la falta de desarrollo de nuestras habilidades de comunicación.

Con esto queremos decir que es necesario que los profesionales de enfermería hayan desarrollado estas habilidades en el momento de su adhesión al mercado laboral, para que sean capaces de establecer unas relaciones que les permitan ayudar al individuo a desarrollar sus capacidades de autocuidado.

2. Dificultad a la hora de encuadrar determinados datos en los diferentes patrones funcionales de salud de M. Gordon modificados por la EUE SESCAM de Guadalajara relacionado con la falta de estudios que existe en cuanto a ciertos aspectos a valorar.

La Guía de Valoración por Patrones Funcionales de M. Gordon no deja de ser una guía, por lo tanto hay ciertos aspectos que se podrían encuadrar en varios patrones. Quedando así a la decisión del profesional que haga uso de este instrumento de valoración donde ubicarlos.

Hemos de tener en cuenta que tradicionalmente se ha dado gran importancia, en todas las ciencias de la salud, a los aspectos biológicos, ya que son mucho más fáciles de identificar y medir que factores más subjetivos tales como los psicológicos, los sociales o espirituales. La enfermería ha evolucionado a favor de la concepción holística de la persona, dotando así de valor a esos aspectos de la persona menos tenidos en cuenta, por ello encontramos esta dificultad a la hora de encuadrar aspectos psicosociales en los distintos patrones.

En la situación actual, por una parte nos encontramos ante un cambio de gran calibre en cuanto a los elementos a valorar; también nos encontramos ante conceptos poco estudiados y desarrollados en comparación con otros factores más biológicos y por tanto más explorados.

3. Dificultad a la hora de valorar el patrón Valores-Creencias en usuari@s perteneciente a religiones no mayoritarias de España relacionado con el desconocimiento de las mismas.

El hecho de considerar la religión como una parte relevante en la vida de una persona puede influir en su estado de salud-enfermedad o en como es capaz de afrontar las situaciones más difíciles. Se ha observado una mayor facilidad de los individuos religiosos de aceptar y superar situaciones tales como la enfermedad e incluso la muerte. Esto se explica desde la concepción holística de la persona ya que se considera que la parte espiritual está totalmente relacionada e integrada con el resto de dimensiones que la delimitan.

Así podemos citar ejemplos como son: la negación de los Testigos de Jehová a las transfusiones sanguíneas, la práctica del Ramadán en la religión musulmana aunque esto afecte negativamente en su estado de salud (diabéticos y embarazadas en especial), etc.

Por la tendencia creciente a la aparición de nuevas religiones en nuestro país; tanto a nivel asistencial como gestor es necesario adquirir conciencia de ello y asumir

las consecuencias económicas que se pueden derivar. Como por ejemplo, aceptar la inclusión de dietas alternativas o otra serie de procesos sanitarios tales como la circuncisión en el caso de los judíos.

4. Dificultad a la hora de la valoración del patrón sexualidad en la guía de valoración por patrones funcionales de salud según M. Gordon relacionado con reticencias morales y sociales preestablecidas.

Tradicionalmente la dimensión sexual de la persona no ha sido tomada como un aspecto más a tener en cuenta en la naturaleza humana, debido a que existía la creencia de que aquel individu@ que practicara relaciones sexuales sin tener como única motivación la reproducción sería tomado como impuro.

Hoy día, y en especial para las personas de mayor edad, sigue siendo un aspecto sobre el que existe cierto reparo a hablar ya que nunca ha sido abordado abiertamente.

Por otra parte, nosotros como estudiantes también hemos observado reticencias a la hora a abordar el tema de la homosexualidad, ya que nos resulta complicado valorarlo sin producir en el cliente una situación incómoda.

Por ello sería necesario que nosotros, como futuro nexo de unión entre la población y el sistema sanitario desarrollásemos las habilidades necesarias para establecer una comunicación eficaz con los usuari@s que no dejase acotado ninguna de sus dimensiones y así poder ofrecer un servicio integral a la persona en un futuro.

5. Dificultad a la hora de descubrir incoherencias entre el mensaje verbal y datos objetivos que conciernen al mensaje lanzado por la persona relacionado con nuestra falta de práctica.

Considerando que ciertos usuari@s pueden tener reticencias a la hora de transmitir algunos aspectos de su persona e incumplimientos del régimen terapéutico, nos parece importante aprender y practicar técnicas para poder discernir entre mensajes coherentes e incoherentes ya que esto tendrá una repercusión directa en la atención que nosotros demos al cliente.

6. Dificultad de elegir la etiqueta diagnóstica más adecuada.

Algunos diagnósticos guardan cierta semejanza entre ellos, tanto en la etiqueta diagnóstica, su definición y/o las características definitorias, esto unido a nuestra falta de experiencia en su manejo, la falta de conocimientos de algunas materias como enfermería médico-quirúrgica, enfermería materno-infantil, enfermería psiquiátrica etc, hacen de la elección de etiquetas diagnósticas una ardua y compleja tarea.

7. Dificultad para planificar las intervenciones de enfermería con el paciente relacionado con la no aplicación del plan de cuidados.



Al planificar las intervenciones de enfermería lo adecuado es pactar con el paciente, pero como nuestro plan de cuidados no se lleva a cabo realmente, ya que es realizado de forma paralela a la actividad asistencial, y en ésta existen unos protocolos a seguir, no pactamos y no sabemos si es lo que el paciente desearía realizar. Algunas de las actividades propuestas por los alumnos no están dentro de dichos protocolos.

Los alumn@s de enfermería realizamos dos planes de cuidados individualizados dentro de cada rotatorio. Dentro de cada uno de ellos hemos de seguir la metodología enfermera, para ello utilizamos la valoración, los diagnósticos, la planificación y la evaluación. En el tercer punto, la planificación, recordamos que para que estas actividades sean eficientes y tengan los resultados esperados debemos de pactarlas con el usuari@.

8. Dificultad a la hora de responder a las preguntas de los usuari@s sobre su estado de salud, técnicas que se le realizan y/o tratamiento farmacológico debido a inseguridad de la solidez de nuestros conocimientos.

La inseguridad que nos plantea encontrarnos ante un caso real en el que se requiere aplicar distintos conocimientos, que han de encontrarse entendidos, asimilados e integrados, y no solo memorizados; repercute en la planificación de cuidados, en la intervención enfermera que los alumn@s llevan a cabo, y en las posibles dudas que le puedan surgir al cliente, y que se derivan de los procesos enunciados anteriormente.

Hemos de tener en cuenta que los integrantes del grupo de trabajo que realizan este estudio pertenecen a segundo curso, lo que implica una falta de formación en distintas materias que se impartirán en el transcurso del segundo y tercer de nuestra diplomatura. Este tiempo será útil tanto para adquirir nuevos conocimientos teórico-práctico, como para asentar los ya adquiridos con el objetivo de integrarlos para conseguir así un cuidado enfermero de calidad.

9. Dificultad a la hora de derivar a otros profesionales relacionado con nuestro desconocimiento de las distintas responsabilidades de cada disciplina.

Como ya hemos comentado en otros epígrafes nuestra falta de conocimientos en materias tales como Enfermería Materno-Infantil, Enfermería Psiquiátrica etc. resulta sencillo comprender la dificultad que encontramos los alumnos de segundo curso a la hora de realizar diferentes derivaciones. También es cierto que esta dificultad se ve ampliamente atenuada gracias al apoyo encontrado en los profesionales de enfermería referentes en nuestras prácticas.

Con nuestras nociones actuales consideramos que algunas ciencias pueden actuar sobre una misma alteración con distinto tipo de tratamiento, como ocurre por ejemplo con la psicología y la psiquiatría, e incluso en algunos aspectos la sociología. Esto aumenta nuestra dificultad a la hora de realizar una derivación concreta.

10. Nosotros no trabajamos con planes de cuidados estandarizados, al contrario que en el centro de salud de referencia

En el centro de salud Guadalajara-Sur se trabaja con un plan de cuidados estandarizado. Está compuesto de:

- Un registro de valoración estandarizado en el que aparecen preguntas de respuesta corta y preguntas cerradas, basado en la Valoración por Patrones Funcionales de M.Gordon;
- Una serie de documentos necesarios para la valoración tales como el Cuestionario de Barrber, la Escala de Valoración Física Barthel y Cuestionario de Pfeiffer.
- Un conjunto de registros de DdE que constan de un Concepto Diagnóstico, su definición, una serie de factores relacionados, las manifestaciones más comunes, objetivos propuestos y un listado de actividades útiles para el tratamiento. Se deben elegir las actividades más útiles para individualizar los cuidados. Y por último, aparece un espacio en blanco para que la enfermer@ anote la evolución.

Sin embargo el Plan de cuidados Individualizado que realizamos l@s alumn@s no está compuesto por registros, sino que es llevado a cabo en su totalidad sin registro; redactamos tanto la valoración (que se realiza siguiendo una guía adaptada por nuestra escuela de los Patrones Funcionales de Salud de M. Gordon, la cual está constituida prioritariamente por preguntas abiertas) como la planificación, las intervenciones y la evaluación.

Dada esta diferencia no encontramos un referente práctico donde se aplique un plan de cuidados individualizado en el periodo teórico.

CONCLUSIONES

Podemos concluir con que la enfermería asistencial y la docente no transcurren de forma paralela, esto no es sino otro aspecto positivo de la evolución enfermera, ya que desde las escuelas se pretende formar a los estudiantes, como profesionales de futuro, como agentes de cambio. Sino encontráramos las diferencias identificadas anteriormente estaríamos frente a una disciplina estática.

La metodología enfermera es imprescindible para la realización de este cambio de calidad y por consiguiente creemos que es muy importante recibir una formación completa en esta materia.

Como futuros integrantes de esta profesión creemos necesario que aportemos soluciones a aquellas dificultades que hemos identificado.

En primer lugar la transformación que sufre la enfermería actualmente nos lleva a plantear campos de estudio sobre los conceptos necesarios para la aplicación integral de la atención del cuidado, como son por ejemplo los conceptos que están relacionados con la dimensión psicosocial del individuo.

Otro de los resultados obtenidos de la realización de este trabajo va dirigido a la docencia. Sobre ello queremos resaltar la necesidad de una mayor profundización y quizá sería posible incluir asignaturas optativas o aplicar contenidos de forma transversal en el resto de asignaturas tales como: la multiculturalidad, las habilidades de comunicación, los modelos de



**V SIMPOSIUM
INTERNACIONAL DE
DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMERÍA**

enfermería existentes y su aplicación. Finalmente, parece fácil de entender la necesidad de ampliar conceptos que en nuestra diplomatura no tienen cabida para ser desarrollados y por lo tanto son únicamente citados.

Por último y relacionado con la docencia creemos necesario también una ampliación de los periodos prácticos para poder llevar a cabo la aplicación de los conceptos teóricos aprendidos durante el transcurso del periodo teórico.

Todo esto apoya la necesidad de instaurar un nuevo tipo de enseñanza más amplio que conlleva el establecimiento de una licenciatura, la cual permitirá una mejor formación para futuros profesionales que harán de esta disciplina un modo aún mejor del actual para alcanzar un bienestar en el usuario, familia y comunidad que requieren de nuestros cuidados.



V SIMPOSIUM
INTERNACIONAL DE
DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMERÍA

NUEVOS MÉTODOS EDUCATIVOS EN LA FORMACIÓN DE ENFERMERÍA. EL APRENDIZAJE BASADO EN PROBLEMAS COMO HERRAMIENTA PARA EL DESARROLLO DISCIPLINAR.

Arévalo Pérez Carmen*, Martínez Ortega Rosa M^{a}, Oter Quintana
Cristina**, Rubiales Paredes Dolores**.**

Subdirectora Area 6. Atención Primaria. Madrid. **Profesoras de la Escuela de
Enfermería de la Comunidad de Madrid. Universidad Autónoma de Madrid.

EUE Enfermería de la Comunidad de Madrid

Avda. de Orellana, s/n.

Recinto del Hospital Severo Ochoa de Leganés.

28911 Madrid.

**Innovación en el proceso de cuidar: conjunción de herramientas y saber.
Valencia – 13 y 14 de mayo de 2004**

1. INTRODUCCION

El Aprendizaje Basado en Problemas se configura como una metodología eficaz en la formación universitaria en Ciencias de la Salud. Pretende introducir un cambio en la formación de los estudiantes de enfermería, despertando el interés por un aprendizaje adaptado a un entorno en continuo cambio, en el cual, el sujeto es entendido desde una perspectiva holística y humanista y donde la investigación se configura como instrumento básico para avanzar en el campo del cuidado enfermero.

El aprendizaje es un proceso continuo, que se desarrolla durante toda la vida del individuo, en el que de modo consciente e inconsciente, a través de la incorporación y recuperación de conocimiento, la práctica y la experiencia se adquieren actitudes y destrezas que conllevan cambios en el hacer, en el pensar, y el ser del propio individuo. El “agotamiento” que afecta a distintos métodos de enseñanza tradicionales justifica la introducción de herramientas educativas innovadoras, donde el protagonismo recaiga en el estudiante, configurándose el docente como de facilitador y guía de ese aprendizaje aprendizaje. El Aprendizaje Basado en Problemas persigue, en último término, un cambio en la formación de los estudiantes de las Ciencias de la Salud (Enfermería), propiciando la incorporación al mercado laboral de profesionales diplomados con un perfil acorde a las necesidades y demandas de la sociedad actual.

En nuestra opinión, la Enfermería del siglo XXI deberá ser una profesión de servicios que proporcione cuidados de enfermería, de forma autónoma dentro de un equipo de salud, aplicando los conocimientos y las técnicas específicas de su disciplina. La Enfermería ayudará a las personas, a la familia y a grupos a determinar y conseguir su potencial físico, mental y social contribuyendo a la mejora de la calidad de vida. Estas actividades las desarrollará en el marco de una sociedad en cambio permanente e influenciada por factores sociales, económicos, culturales y políticos:

- Tendencias económicas: siendo evidente el auge de la globalización de mercados.
- Tendencias sociales: con la aparición del fenómeno de la multiculturalidad, que conlleva a la existencia de múltiples estilos de vida, la aparición de nuevas demandas en salud y la necesidad de un abordaje que contemple las diferencias culturales y de género de los distintos grupos sociales
- Tendencias tecnológicas: el auge de las nuevas tecnologías facilita el acceso a grandes volúmenes de información, configurando una sociedad del conocimiento que nos abre todo un nuevo horizonte en el ensayo de nuevas formas de gestión y del hacer en el campo del cuidado.
- Tendencias educativas: con la necesidad, en el ámbito universitario español, de su integración en el espacio europeo de educación superior, condicionando, tal y como describe su Documento Marco, estudios dotados de una *“mayor transparencia y comparabilidad con beneficio para toda la sociedad (...) (reportando) a los estudiantes la organización de las enseñanzas en función del aprendizaje.”* Al tiempo *“la introducción del crédito Europeo como unidad de haber económico valora el volumen global del trabajo realizado por el alumno en sus estudios no solo las horas de clase. El diseño de los planes de estudio y las programaciones docentes se llevaran a cabo teniendo como eje de referencia el propio aprendizaje de los alumnos.”*

En este contexto, el Aprendizaje Basado en Problemas se configura como instrumento integrador de estos cambios, propiciando el desarrollo de las tan mentadas competencias profesionales que enmarcan y determinan el perfil profesional del enfermero del siglo XXI.

2. OBJETIVO

Evidenciar la eficacia del Aprendizaje Basado en Problemas como elemento facilitador del desarrollo de elementos conceptuales propios de la Disciplina Enfermera.

3. MATERIAL Y METODOS

Experiencia del uso del Aprendizaje Basado en Problemas como metodología docente en la EUE de la Comunidad de Madrid.

4. RESULTADOS

En nuestra experiencia, el Aprendizaje Basado en Problemas permite desarrollar habilidades, conocimientos y actitudes como:

- Habilidades cognitivas de pensamiento crítico, análisis, síntesis y evaluación.
- Aprendizaje de conceptos y contenidos propios a la materia de estudio.
- Habilidades para identificar, analizar y solucionar problemas.
- La capacidad del alumno para detectar sus propias necesidades de aprendizaje.
- El trabajo colaborativo
- El manejo, de forma eficiente, de diferentes fuentes de información
- La comprensión de los fenómenos que son parte de su entorno, tanto de su área de conocimiento como contextual (política, económica, social, ideológica etc.).
- La escucha activa y la comunicación efectiva.
- La capacidad para argumentar y debatir ideas utilizando fundamentos sólidos.
- Una actitud positiva hacia el aprendizaje y los contenidos propios de la materia.
- La participación en los procesos de toma de decisiones.
- La seguridad y autonomía en la realización de sus actividades.
- El cuestionamiento de la escala propia de valores
- Una cultura orientada al desempeño de su función profesional dentro de un grupo multidisciplinar en el campo del cuidado enfermero.

El aprendizaje Basado en Problemas pretende facilitar al estudiante la integración del conocimiento, propugnando una unificación, en el deseo de acercar al estudiante a la realidad, donde el sujeto es un ser integral, que precisa de un profesional que le proporcione cuidados integrales y de calidad de acuerdo a su



situación vital, desde una perspectiva biológica, sociológica, psicológica, poblacional o social.

Esta metodología permite, además, desarrollar en los alumnos el pensamiento crítico, habilidades para la solución de problemas, y para la colaboración con el otro, mientras identifican problemas, formulan hipótesis, conducen la búsqueda de información, realizan experimentos y determinan la mejor manera de llegar a la solución de problemas planteados. Debe así mismo promover en el alumno la responsabilidad de su propio aprendizaje.

Buena disposición para trabajar en grupo, tolerancia para encontrarse ante situaciones ambiguas, habilidades para la interacción personal tanto intelectual como emocional, desarrollo de poderes imaginativo e intelectual,... se configuran como requisitos imprescindibles para que el alumno se implique y aproveche al máximo la oportunidad que se le proporciona al trabajar con esta metodología.

5. CONCLUSIONES

El alumno dotado de un sentido crítico, motivado a aprender por aprender y consciente de la importancia de aplicar los elementos básicos de la Filosofía de la Ciencia para el crecimiento disciplinar, adquiere una capacitación profesional y personal que le permite el desarrollo de actitudes y aptitudes acorde con las necesidades y demandas en salud de nuestro tiempo.

6. BIBLIOGRAFÍA:

1. Dirección de Investigación y Desarrollo Educativo, Vicerrectoría Académica, Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey. *El Aprendizaje Basado en Problemas como técnica didáctica*. [En línea] 1999 [fecha de acceso 29 de septiembre de 2003] URL disponible en: <http://www.sistema.itesm.mx/va/dide/inf-doc/estrategias/abp.pdf>
2. Freire, P. *Pedagogía del oprimido*. 2ª ed. Madrid: Siglo XXI de España Editores, 1975.
3. Restrepo Gómez, B; García Ospina, N; Cevallos Velásquez, ML; Arango Rave, AM; Aponte Salazar, A; Bernal Álvarez T et al. *El Aprendizaje Basado en Problemas en la formación de profesionales de la salud, Rionegro-Antioquia: 1996*. Invest Educ Enferm [en línea] 1997 [fecha de acceso 29 de septiembre de 2003] XV (2). URL disponible en: <http://tone.udea.edu.co/revista/sep97/elapba.htm>
4. Branda, L. Aprendizaje basado en problemas, centrado en el estudiante, orientado a la comunidad. En: Aportes para un cambio curricular en Argentina 2001. Jornadas de Cambio Curricular de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud; 2001. p. 79-101



V SIMPOSIUM
INTERNACIONAL DE
DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMERÍA

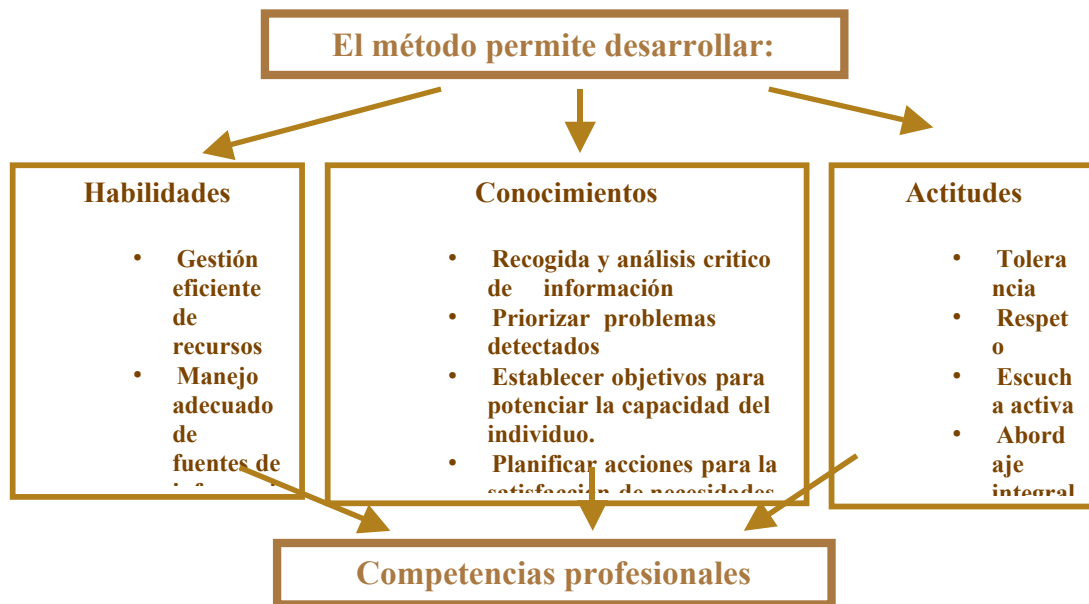
5. Duch, B. Problems: a key factor in PBL. About Teaching [en línea] 1996 [fecha de acceso 27 de octubre de 2003] (50). Newark, DE: Center for Teaching Effectiveness and the University of Delaware. URL disponible en: <http://www.udel.edu/pbl/cte/spr96-phys.html>
6. White, H. *Creating problems for PBL*. About Teaching [en línea] 1995 [fecha de acceso 27 de octubre de 2003] (47). Newark, DE: Center for Teaching Effectiveness and the University of Delaware. URL disponible en: <http://www.udel.edu/pbl/cte/jan95-chem.html>
7. Delors, J. La educación encierra un tesoro. Madrid. Santillana, 1996. Los cuatro pilares de la educación.

PROBLEM BASED LEARNING * HERRAMIENTA PARA EL DESARROLLO DISCIPLINAR

INTRODUCCION: El Aprendizaje Basado en Problemas se configura como una metodología eficaz en la formación universitaria en Ciencias de la Salud. Pretende introducir un cambio en la formación de los estudiantes de enfermería, despertando el interés por un aprendizaje adaptado a un entorno en continuo cambio, en el cual, el sujeto es entendido desde una perspectiva holística y humanista y donde la investigación se configura como instrumento básico para avanzar en el campo del cuidado enfermero.

OBJETIVOS: Evidenciar la eficacia de esta herramienta como facilitador del desarrollo de elementos conceptuales propios de la Disciplina Enfermera.

MATERIAL Y METODOS: Experiencia del uso del Aprendizaje Basado en Problemas como metodología docente en la EUE de la Comunidad de Madrid.



CONCLUSIONES: El alumno dotado de un sentido crítico, motivado a aprender por aprender y consciente de la importancia de aplicar los elementos básicos de la Filosofía de la Ciencia para el crecimiento disciplinar, adquiere una capacitación profesional y personal que le permite el desarrollo de actitudes y aptitudes acorde con las necesidades y demandas en salud de nuestro tiempo.



V SIMPOSIUM
INTERNACIONAL DE
DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMERÍA

VALORACIÓN DE ENFERMERIA : MODIFICACIÓN DEL REGISTRO

Burquete Ramos D, Garcia Vozmediano T, Llodra Jarque M^a J, Martinez Cuadros J, Mira Verdu I, Navalon Verdejo I.

**Hospital Universitario La Fe.
Avda Campanar, 21.
Valencia 46009
burquete_dol@gva.es**

Introducción:

La valoración del estado físico y funcional tiene como finalidad obtener información sobre el funcionamiento del organismo. La evaluación del grado de cumplimiento de los registros de enfermería en el Hospital siempre habían arrojado resultados satisfactorios, pero la hoja de valoración tenía una orientación fundamentalmente biomédica, que no correspondía con la necesidad de la consideración de la persona como ser único y holístico, en continua adaptación a los cambios que se producen en ella y en su entorno, por lo que se considero la necesidad de modificarla

Objetivo General:

Modificar la hoja de valoración al ingreso de enfermería

Objetivos Secundarios: Introducir cultura de planificación de cuidados. Preparar la planificación de las recomendaciones al alta. Priorizar la valoración sistemática de las necesidades del paciente

Población:

Grupo de enfermeras fundamentalmente asistenciales que voluntariamente accedieron a participar

Método:

Elegimos la metodología cualitativa. Con este fin realizamos un grupo nominal entre aquellas enfermeras que quisieron voluntariamente colaborar. La elección del Grupo Nominal como método de recogida de información ha estado condicionada por varias razones entre las que están: 1ª Obliga a los participantes a centrarse en la tarea, pero mantiene un cierto grado de satisfacción en las relaciones interpersonales. 2ª Facilita la creatividad y no permite la discusión hasta que todas las ideas se han anotado. 3ª Todos los miembros participan de una manera igualitaria, ya que evita que los “ líderes” se adueñen de la situación. 4º Ayuda a emerger dimensiones personales de los problemas, despersonalizándolos.

La pregunta que se lanzo a los asistentes fue: *¿ Que datos crees que deben quedar reflejados en la hoja de valoración al ingreso, por se imprescindibles o convenientes para conocer, familiarizarse con el paciente....etc?*

A los grupos se les facilito bibliografía de apoyo.

Al finalizar los mismos se mando por correo aplicando la Técnica Delphi los resultados a todos los participantes, con el ruego de que se valorara y se establecieran modificaciones si lo consideraran oportuno.

Con las aportaciones por consenso se confeccionó la hoja de valoración definitiva.

Resultados:

Número total de personas que participaron en los grupos 26, la misma moderadora participo en todos los grupos.

Nº total de grupos realizados 6 en los cuales se invirtieron 6 horas.

La hoja de valoración paso de contemplar ocho necesidades a 12.

El grupo Delphi modifico por consenso 6 apartados de lo previamente aceptado.

Conclusiones:

Aunque la hoja es producto del consenso, es indudable que la puesta en practica en las unidades, además, de la consulta de profesionales de referencia dentro del centro, nos mostraran los indicadores de resultados, sobre la bondad de la misma con relación a los objetivos planteados. Somos conscientes que un grupo de discusión hubiera aportado una mayor consistencia a los resultados, pero al requerir un mayor tiempo de dedicación de los participantes, además no ser desconocidos entre sí, no se podían aplicar los criterios generales que hacen que un grupo de discusión funcione y sirva para objetivos de investigación, y por lo tanto para futuras aplicaciones se tendrían que tener en cuenta dichas particularidades.

Bibliografía:

Benavent Garcés A, Ferrer Ferrandis E, Francisco del Rey C. Fundamentos de Enfermería. Enfermería S 21. Ediciones DAE. Madrid.2001.

3. Peiró,R. El grupo de discusión en el entorno sanitario. Quaderns de Salut Pública i Administració Sanitaria.I.V.E.S.P.1996;13 –14.

Comparación de diferentes sistemas de registro. Nursing 2003.Volumen 21(2). Marzo 2003

Hoja Valoración Enfermería. Hospital Universitario La Fe. 2002. Conselleria de Sanidad. Valencia

Hoja valoración Consorci d'Hospital de la Creu Roja. Hospitalet de llobregat. Servei Catala de Salud

Valoración Inicial de Enfermería. Hospital Universitario reina Sofía. Servicio Andaluz de Salud. Córdoba



RECOMENDACIONES AL ALTA/ SATISFACCIÓN DEL CLIENTE

**Santonja Pastor T, Burguete Ramos M^a D, Balaguer Alos R, Calatayud
Suñer E, Lopez Armengod A, Tejedor Ibáñez P.**

Hospital Universitario La Fe.

Avda Campanar, 21.

Valencia 46009

santonja ter@gva.es

Objetivo General:

Facilitar un instrumento al paciente que contenga “recomendaciones” encaminadas a recuperar el equilibrio de la /as necesidad /des alteradas, con relación al proceso motivo de su ingreso en el Hospital.

Objetivos Secundarios: Instruir al paciente en el autocuidado. Identificar la figura de la enfermera / o como profesional autónomo co-responsable en el cuidado del paciente.

Promover la educación para la salud.

Material.

Las recomendaciones han sido elaboradas por grupo de expertos, confeccionado siguiendo las necesidades fundamentales de Virginia Henderson.

Método.

1º Se ha seguido el guión preestablecido, recomendado por la comisión reunida al efecto según las siguientes recomendaciones:

Título: Recomendaciones de enfermería al alta ESPACIO PARA ETIQUETA
Diagnostico medico

Presentación: El personal de enfermería de la Unidad, le recomienda una serie de medidas que facilitarían su recuperación.

Léalas detenidamente y consúltenos ante cualquier duda.

Contenido: Los consejos y recomendaciones se ajustarán al guión preestablecido basado en las necesidades fundamentales.

2º LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN HAN PRIORIZADO EL /LOS PROCESO /OS MÁS FRECUENTES.

3º LAS “RECOMENDACIONES “ELABORADAS POR LA UNIDAD, HAN SIDO REVISADAS POR GRUPO DE EXPERTOS, CON LA FINALIDAD CONSEGUIR ESTRUCTURA UNIFORME.

4º La bibliografía consultada para confeccionarlas, ha sido de los últimos 5 años.

5º Confección de las recomendaciones al alta por todas las unidades de hospitalización del Hospital General.

6º Selección de tres unidades de hospitalización como unidades piloto con el fin de realizar un seguimiento de la bondad de la medida.

7º Evaluación de la percepción del paciente, mediante entrevista telefónica estructurada, realizada a partir de los diez días de ser dado de alta con los datos facilitados por las supervisoras de estas unidades

Resultados

Nº de unidades que han participado: 19

Nº de recomendaciones confeccionadas: 18.

Nº de procesos trabajados: 12

Evaluación programa:

Unidades piloto para evaluación del programa: 3.

Procesos evaluados: 3

Nº total de pacientes incluidos 42

82% manifestaron haber leído y entendido las recomendaciones

83 % consideraron muy útil la información contenida en ellas y el 17 % útil.

100 % de la muestra esta de acuerdo en que la información se les facilitara a otros pacientes que estuvieran en su mismo caso.

Conclusiones

El reconocimiento de nuestro cliente pasa por hacernos “visibles”, asumiendo nuestras competencias como profesionales autónomos, además de conseguir una mayor implicación del individuo y la familia en el autocuidado. Por los resultados obtenidos pensamos que el programa se puede implementar al resto de las unidades, efectuando un seguimiento de una manera cíclica. Toda la organización debe trabajar en la búsqueda de la satisfacción del cliente, que depende del valor percibido por él en el producto o servicio con respecto a las expectativas que tenía.

.Bibliografía:

Benavent Garcés A, Ferrer Ferrandis E, Francisco del Rey C. Fundamentos de Enfermería. Enfermería S 21. Ediciones DAE. Madrid.2001

Gordon M. Diagnostico Enfermero. Enfermería Mosby 2000. Volumen V. Madrid. 1996.

Tomas Vidal A. Planes de Cuidados de enfermería. Olalla. Madrid 1996.

Galloway D. Mejora continua de procesos. Gestión 2000. Barcelona.1998.



**V SIMPOSIUM
INTERNACIONAL DE
DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMERÍA**

¿CUAL ES LA OPINIÓN DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA SOBRE LA UTILIZACIÓN DE LA METODOLOGÍA ENFERMERA EN EL ÁREA SANITARIA VII DE ASTURIAS?

**M^aDolores Mirón Ortega y
Luis Mendiolagoitia Cortina**

**Innovación en el proceso de cuidar: conjunción de herramientas y saber.
Valencia – 13 y 14 de mayo de 2004**

Introducción:

La Enfermería necesita un lenguaje común para comunicar, investigar y medir resultados. Aunque se ha avanzado, nos queda todavía mucho camino por recorrer en la integración de la metodología en el quehacer diario.

La utilización de los Diagnósticos en la práctica diaria, por parte de los profesionales de enfermería, resulta muy heterogénea. Si bien la mayoría de los profesionales conocen la taxonomía NANDA y Los Patrones Funcionales, son pocos los que utilizan el proceso completo como método de resolver los problemas de necesidad de cuidados de un paciente concreto.

Utilizamos poco la clasificación de los Diagnósticos Enfermeros en la práctica clínica, si a ello añadimos la clasificación de los resultados (NOC) y las intervenciones (NIC), el problema es mucho mayor.

Lo frecuente es encontrar profesionales que utilizan los diagnósticos de enfermería para nombrar aquellos problemas resultados de una valoración específica. Los menos, una vez identificados estos problemas, utilizan además la clasificación de intervenciones (NIC) para desarrollar un plan de cuidados, que puede resultar complicado, si no se cuenta con un sistema informático de apoyo.

La aparición de la clasificación de resultados (NOC), nos incrementa las dificultades para integrar estas clasificaciones en la práctica.

Con los sistemas informáticos, que incorporan todo el proceso metodológico, es más fácil la utilización de las taxonomías.

Patrones funcionales, NANDA, NOC, NIC, se nos hacen ahora imprescindibles para realizar lo que mejor sabemos hacer las enfermeras: CUIDAR.

Estamos en un proceso de transformación de nuestro propio rol, la utilización de la metodología, es el instrumento necesario para desarrollarlo.

Para establecer un D. E. Se requiere tener pensamiento crítico, además tiene unas determinadas reglas, es un proceso que utiliza una metodología; todo ello nos servirá para mejorar y definir nuestra práctica.

Todo esto se facilita, con la llegada de la herramienta informática: Omi- Planes, en las que están cargados los diagnósticos Nanda, las etiquetas Nic y Noc.

Pero, a pesar de todo lo anterior la realidad no hace pensar que su uso no es lo más habitual en el trabajo cotidiano de las enfermeras de este Área.

Lo que nos impulsó a realizar este estudio para conocer el grado de conocimiento y de utilización del PAE y las causas que pudieran impedir la utilización de los mismos en A. P.

Objetivo:

Conocer la opinión de las enfermeras del Área sobre la Metodología y las causas que pudieran provocar la poca utilización de la Metodología, para poder abordarlas.

Material y Método:

Diseño:

Estudio descriptivo transversal realizado durante los meses de Enero y Febrero del 2004. Es una prueba piloto o instrumento de medida para la realización de un estudio multicéntrico a nivel regional. A raíz de las conclusiones sacadas en éste área, se modificara el diseño y la encuesta (validándola) para la realización del estudio a nivel de todas las áreas sanitarias de Asturias, sacrificando los datos de esta prueba.

Muestra:

Todos los profesionales de Enfermería de Atención Primaria del área VII. Se excluyen los profesionales de apoyo (Refuerzos de Atención Continuada)

Según listado enviado por la dirección de Enfermería, trabajan en el área un total de 56 enfermeras, en los equipos de A.P. No se considera aleatorizar por el bajo número. Disponen la mayoría de herramienta informática OMI-Planes excepto algunos periféricos.

Instrumento:

El instrumento de recogida de datos utilizado es un cuestionario. Se les envía un cuestionario anónimo, con una carta explicativa

La información se recogió en los meses de Enero y Febrero del 2004, tras una presentación a la Directora del área pidiendo su permiso. Se deja en cada centro, una persona responsable de la recogida de las encuestas cuando estén cubiertas.

Encuesta elaborada con preguntas abiertas y cerradas (cuestionario no validado) y autocumplimentado, realizado para obtener información sobre conocimientos, grado de formación, etapas que utiliza, y causas de la no utilización de este método de trabajo.

VARIABLES ESTUDIADAS: sexo, edad, titulación, conocimientos sobre el proceso enfermero, usos en el trabajo diario, fases del proceso, formación en cursos, libros y artículos; Ventajas e inconvenientes de la Metodología.

Resultados:

Análisis de los datos

1. Edad

El 51, 7% tiene entre 31 - 40 años

El 41, 4% es mayor de 40 años

El 6 ,9% es menor de 30 años

(Nos hemos dado cuenta que es mejor tratar la edad en cifras absolutas y no en intervalos, son menos precisos y no permiten el cálculo de la media)

2. Sexo

El 17,2 % son hombres

El 82,8 % son mujeres.

(Profesión mayoritariamente femenina)

3. Titulación

El 96,7% DUE

1 persona ATS

2 personas tienen otras titulaciones, aparte de DUE

Esta pregunta no ha sido bien entendida, ya que debido a la edad, la mayoría deberían ser ATS Y DUE a la vez (error en el planteamiento de la encuesta, habría que indicar que cabían varias respuestas)

4. Años de trabajo

La media son 17 años trabajados

La moda “ 20 “ “

La mediana 16,5 “

(La mayoría de las personas llevan mucho tiempo trabajando)

5. Situación laboral

El 63,3% tienen plaza en propiedad

El 23,3% son interinos

El 13,3% son eventuales

6. Conoces el PAE

El 96,7% conocen el PAE

7. Utilizan el PAE

El 50 % utilizan el PAE

8. Conoces los Patrones Funcionales de Salud

El 83,3% los conocen

9. Patrones más utilizados

P 2- 40%

P 4 – 36,7%

P1 – 30%

P3 y P5 – 16.7%

P7 y P8 – 6,7%

P9, P10, P11 – 3,3%

P6 – 0

(El patrón más utilizado es el nutricional metabólico, seguido del de actividad-ejercicio y percepción de la salud)

10. Patrones más dificultosos

P11 – 20%

P9 – 16,7%

P7y P8 – 13,3%

P10- 10%

P6 – 6, 7%

P1, 2, 3, 4, 5 – 3,3%

(El más dificultoso de utilizar consideran al patrón de valores y creencias, seguido de sexualidad-reproducción; Autopercepción-autoconcepto y rol relaciones)

11. Motivos de la dificultad

Dificultad de las personas en comprender las preguntas y expresarse.

El propio de las preguntas, son personales y pienso que algunas comprometidas para la media poblacional.

Exceso de tiempo.

Falta de costumbre

Hablar de muerte es delicado

Se necesita intimidad

Necesita clima adecuado, para encontrar respuestas sinceras

Necesito más conocimiento y más práctica.

No tengo OMI (4 personas)

Preguntas comprometidas para las personas que muchas veces no les apetece contestar

Falta de costumbre del entrevistador

Dificultad en la interpretación de las preguntas

Tema muy personal

12. Conoces los Diagnósticos NANDA

El 86,7% los conocen



V SIMPOSIUM
INTERNACIONAL DE
DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMERÍA

13. Usar los Diagnósticos NANDA

Sólo el 40% los usan

14. Diagnósticos más utilizados

Deterioro de la integridad cutánea – 16,7%

Alteración de la nutrición por exceso – 16,7%

Riesgo de lesión – 13,3%

Estreñimiento – 10%

Incontinencia urinaria – 10%

Trastornos de la movilidad – 6,7%

Conductas generadoras de salud – 6,7%

Buena adherencia al tratamiento – 6,7%

Mala adherencia al tratamiento – 6,7%

Trastornos del sueño- 3,3%

Manejo inefectivo de la salud- 3,3%

15. Has tenido dificultades

El 71,4% ha tenido dificultades con los diagnósticos

16. Dificultades Dx

Datos incompletos de OMI, de definición, nomenclatura, falta de uso y conocimiento.

Demasiado complicados

Difícil

Exceso de tiempo

Falta de formación

Dificultades informáticas

Mala adecuación en OMI

Pantalla pequeña

Contenido rebuscado, no encontrar concepto exacto

Todas

Trabajar con metodología sin formación previa



V SIMPOSIUM
INTERNACIONAL DE
DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMERÍA

17. Recibir formación

El 66,7% dice haber recibido formación

18. Lugar de la formación

El 16,7% Universidad

El 70% en cursos del área

El 80% en cursos del SESPA

El 73,3% en otros cursos

(Es llamativa la escasa formación pregrado)

19. Año de la formación

El 30% - 2003

El 13,3% - 2002, 2001, 2000

El 3,3% - 1999, 1994

(Esto nos indica que la formación en metodología es muy reciente, estando la mayoría en el 2003)

20. Suficiente formación

Dicen no tener suficiente formación el 85,7%

21. Recibir más formación

Les gustaría recibir más formación sólo a un 69%

(¿Qué pasa con el 16% que no están bastante formados, pero no quieren recibir más formación?)

22. Conocer OMI-Planes de Cuidados

El 80% conocen la herramienta informática OMI- Planes

23. Usar OMI-Planes

43,3%

(Casi el 37% de las personas que conocen esta herramienta informática no la usan)

24. Aporta mejoras



V SIMPOSIUM
INTERNACIONAL DE
DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMERÍA

55'6% dice que les aporta mejoras

25. Mejoras

Abordaje completo del paciente

Aporta mayor cantidad de datos

Permite conocer mejor los problemas de mis pacientes

Mejor registro, campo más amplio para conocer a la persona

Organización y registro enfermero

Recopilar datos que ayudan a la hora de tomar decisiones

Registros y fluidez

Visión integral de la persona

26. Conocer la NOC

El 53,3% conocen la NOC

27. Usar la NOC

No usan la NOC el 89,7%

(Tan sólo un pequeño porcentaje 10,3% la utilizan)

28. Conocer NIC

El 50% la conocen

29. Usar NIC

No la usan el 89,7%

(solo la usa el 10,3%)

30. Ventajas en Metodología

El 55% encuentra que tiene ventajas

31. Ventajas

Buena herramienta de trabajo

Detectar necesidades y problemas

Diagnóstico de enfermería

**Innovación en el proceso de cuidar: conjunción de herramientas y saber.
Valencia – 13 y 14 de mayo de 2004**



V SIMPOSIUM
INTERNACIONAL DE
DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMERÍA

Escasas por poca experiencia
Estandariza cuidados
Homogeneidad, rigor y método
Lenguaje unificado
Trabajar con método, patrones y diagnósticos.
Ordena el trabajo enfermero
Trabajo más específico de enfermería
Más satisfacción

32. Inconvenientes en Metodología

El 50% contestó que tiene inconvenientes

33. Inconvenientes

No adecuarse a la realidad sanitaria

Complicada

Está consensuada solo por una minoría de la enfermería

Implantación sin formación

La formación ha de ser continuada, tanto desde pre como postgrado.

Precisan más tiempo de registro

No validadas en España, faltan cambios y adaptaciones

Necesita mucho tiempo

No tener experiencia en trabajo metodológico

Poca formación

Poco operativo

34. Interés implantación en tu área

El 68% dice tener interés en la implantación en el área

35. Leer libro metodología

El 56% dice haber leído algún libro de metodología

36. Libros



V SIMPOSIUM
INTERNACIONAL DE
DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMERÍA

Aplicación del Proceso de Enfermería (Alfaro) 26,7%
Clasificación de Diagnósticos NANDA 20%
Manual de Diagnósticos de Enfermería (Carpenito) 16,7%
Diagnóstico Enfermero (Gordon) 16,7%
Guía práctica de Metodología para A.P(SEAPA) 13,3%
(Se repartió gratuitamente a todos los profesionales)
Los diagnósticos enfermeros (M.T. Luis Rodrigo) 10%
Diagnóstico de Enfermería (Adolf Girau) 3,3%

37. Leer artículo metodología

El 56,5% dice haber leído algún artículo

38. Revista

Rol – 23,3%

Nursing – 10%

Metas – 10%

Internet – 6,7 %

Index – 3,3%

Aentde – 3,3%

Enfermería Actual – 3,3%

39. Grado de motivación

El 36,8% tiene un grado de motivación medio

El 31,6% “ “ “ alto

El 10,5% no tiene ninguna motivación

El 10,5% tienen una motivación baja

El 10,5% otras contestaciones no relacionadas (reivindicaciones de mejoras...)

(Esta pregunta es complicada, se debería hacer cerrada y cuantificada, ya que si no la gente, se pone a contar problemas laborales de otro tipo)

40. Cruzar las variables tener formación / utilizar OMI-Planes

Nos sale $< 0,05$, pero no podemos decir que existe significación estadística debido al tamaño de la muestra (30)

Del total de las personas que están formadas (20) un 60% utiliza OMI-Planes

41. Cruzar variables tener formación / Utilizar NIC-NOC

Del total de personas formadas (19) un 84,2% no utilizan Nic-Noc

42. Cruzar variables tener formación / utilizar Diagnósticos NANDA

Del total de personas formadas (20) un 60% utilizan Diagnósticos

43. Cruzar variables tener formación / utilizar Patrones Funcionales

44. Cruzar conocer OMI-Planes / Conocer OMI-Planes

Del total de personas que conocen la herramienta informática OMI-Planes (24) un 54,2% la usan.

45. Etapa de Valoración

El 43,3% al menos conocen un patrón.

De los 56 enfermeros contestaron 30.

1. La edad. El 51,7% tienen entre 31-40 años. El 41,4% > 40 años. El 6,9% < 30 años.
 2. Sexo. El 82,8% son mujeres.
 3. Titulación. El 96,7% DUE.
 4. Años de trabajo. La media son 17 años trabajados
 5. Situación Laboral. El 63,3% tienen plaza en propiedad.
 6. Conocen el PAE 96,7% Y lo utilizan un 50%
 7. Conocen los Patrones Funcionales un 83,3% y lo utilizan un 43,3%
- Los patrones más prevalentes son el II (Nutricional-Metabólico) 40%; el IV (Actividad-Ejercicio) 36,7%; y el I (Percepción de la salud) 30%.



V SIMPOSIUM
INTERNACIONAL DE
DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMERÍA

Los patrones más dificultosos el XI (Valores y Creencias) 20%; IX (Sexualidad-Reproducción) 16,7%; VII (Autopercepción-Autoconcepto) y VIII(Rol-Relaciones) 13,3%.

Motivos de la dificultad: no tener OMI, Exceso de tiempo, falta de costumbre, falta de intimidad, preguntas personales, necesitar más conocimiento, dificultad en la interpretación preguntas.

8. Conocen los Diagnósticos Nanda un 86,7%, pero sólo un 40% los usan.

Los diagnósticos más prevalentes son el Deterioro de la integridad cutánea y Alteración de la nutrición por exceso (16,7% cada uno).

El 71,4% ha tenido dificultades don los Diagnósticos (Datos incompletos de OMI, nomenclatura, falta de uso, falta de conocimiento, complicados, difícil, falta de formación, exceso de tiempo, dificultades informáticas, contenido rebuscado, pantalla pequeña, no encontrar concepto exacto.

9. El 66,7% dice haber recibido formación postgrado sobre todo en el año 2003.

El 85,7% reconoce no tener suficiente formación, pero sólo a un 69% le gustaría recibir más.

10. Conocen El OMI-Planes un 80%, pero sólo la usan el 43,3%. El 55,6% dice que le aporta mejoras (Abordaje completo del paciente, mayor cantidad de datos, mejor registro, mejor organización, fluidez, visión integral persona)

11. Conocen la NOC un 53,3%, pero tan sólo la usan el 10,3%

12. Conocen la NIC un 50%, pero la usan el 10,3%

13. El 55% dice encontrar ventajas en la Metodología (buena herramienta de trabajo, estandariza cuidados, homogeneidad, rigor y método, lenguaje unificado, ordena el trabajo enfermero, trabajo más específico de enfermería, más satisfacción)

El 50% encontró inconvenientes en la Metodología(No adecuarse a la realidad sanitaria, complicada, consensuada por una minoría, falta de formación continuada pre y postgrado, precisa mucho tiempo, necesita cambios y adaptaciones, poco operativa)

14 El 68% manifiesta interés en la implantación en el área

15 El 56% dice haber leído algún libro de metodología (Alfaro 26,7%; Nanda 20%; Carpenito 16,7%; Gordon 16,7%)

16 El 56,5% dice haber leído algún artículo. Revistas (Rol 23,3%, Nursing 10%; Metas 10%)

17 El grado de motivación es medio (36,8%)

Al cruzar la variable tener formación con el utilizar las distintas fases del proceso enfermero: Del total de personas formadas (20) un 60% utiliza OMI-Planes, un 60% utiliza los Patrones Funcionales, un 60% utilizan los Diagnósticos Nanda; un 15,8% usan NIC Y NOC.

18 Al cruzar la variable tener formación con el utilizar las distintas fases del proceso enfermero: Del total de personas formadas (20) un 60% utiliza OMI-Planes, un 60% los Patrones Funcionales de Salud, un 60% los Diagnósticos NANDA, un 15,8% utilizan NIC y NOC.

Conclusiones:

La utilización de la metodología en la práctica diaria Ha aumentado desde la implantación de la herramienta informática, pero sigue siendo BAJA. Si bien la mayoría de los profesionales conocen los Patrones Funcionales, la taxonomía Nanda, menos la taxonomía Nic e incluso la Noc, son pocos los que utilizan el proceso completo como método de resolver los problemas de necesidad de cuidados de un paciente concreto.

Lo frecuente es encontrar profesionales que usan la fase de valoración (algunos patrones determinados) y algunos diagnósticos muy concretos. Los más audaces, una vez identificados estos problemas, utilizan la clasificación de intervenciones (NIC) y la clasificación de resultados para desarrollar un plan de cuidados.

Las dificultades para llevarlo a la práctica:

- De los propios profesionales: desinterés, desconocimiento, falta de tiempo, falta de formación, comodidad
- De la metodología: complicada, falta de consenso, americanismos, no adaptada contexto cultural, poco operativa, los registros precisan tiempo, falta de formación.
- De la situación profesional: falta apoyo institucional, desconfianza entre otros profesionales, falta de una formación pregrado y postgrado continuada, Especialidades y Licenciatura sin legislar.

Cambios propuestos:

Es imprescindible desarrollar una estrategia conjunta de formación, información y apoyo institucional para la implantación de la metodología enfermera.

1. Etapa de concienciación. Formación a todos los profesionales.
2. Implantación. Implicación de las Instituciones y apoyo de las Gerencias. Esto debería ser realizado por la Dirección de Enfermería.
3. Etapa de consolidación. Formación de grupos de trabajo a varios niveles.
Habrá un grupo de trabajo en cada centro de salud, donde se harán sesiones clínicas, dudas, casos prácticos... El responsable del grupo acudirá a las reuniones del grupo de trabajo del área, donde habrá propuestas de modificaciones de diagnósticos, intervenciones y objetivos en la pantallas de OMI. Elaboración de planes de cuidados estandarizados para facilitar su utilización.

Para todo ello tiene que haber cambios:

- Mayor implicación de los órganos gestores.
 - Soporte educativo: en metodología, entrevista clínica, técnicas de relajación, educación sanitaria....
 - Implicación de los profesionales asistenciales.
 - Mejora de los registros.
1. Importancia de la formación para mejorar los conocimientos sobre Metodología, ya sea: planes de estudios universitarios, en el área, cursos de post-grado.
 2. En esta área dada la escasa formación recibida en los estudios universitarios, estaría indicada una formación de postgrado.
 3. Imprescindible desarrollar una estrategia conjunta de formación, información y apoyo institucional para la implantación de la metodología enfermera.

Se considera que la formación continuada sumada al apoyo institucionales la mejor medida que fomenta el uso del diagnóstico enfermero.

Citaré unas palabras de June Clarck y Norma Lang:

“Si no estamos en condiciones de describir los cuidados de enfermería, no podremos jamás controlarlos, ni financiarlos, ni llevar a cabo investigaciones en este campo, ni serán tenidos en cuenta en la elaboración de las políticas sanitarias. Se corre el riesgo de que la aportación enfermera pase inadvertida, resulte infravalorada y desaparezca sin dejar huellas”

¿Vosotros queréis que pase esto?

Pues, yo no.

Bibliografía:

- Adolf Guirao- Goris; Ramón E. Camaño Puig; Andrés Cuesta Zambrana.”
Diagnóstico de Enfermería. Categorías, Formulación e Investigación” Editorial Ediversitas. (2001).
- Mañá Gonzalez,M; Mesas Sáez,A; Gonzalez López,E. “ Diagnósticos de Enfermería en el área de Atención Primaria del Bierzo: punto de partida y estrategia de implantación” Enfermería Clínica. 10 (4): 135- 141. (2000).
- Joseph Adolf Guirao Goris “Situación de los Diagnósticos de Enfermería en la Atención Primaria Española” Libro de ponencias de las II Jornadas de Invierno de la AEC. Ponferrada. (2000).
- Álvarez Vicent, A; Ruiz Villaespesa, R; “El diagnóstico de Enfermería en Atención Primaria. Análisis de las ventajas y problemas en su utilización” III Jornadas Asociación de Enfermería Andaluza ADEA: Jaén (1989).
- J.L. Medina “La pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería” Editorial Alertes. Barcelona. (1999).
- Izquierdo Carrasco, JM; Pérez Badía, B; Ramírez Rodríguez, FJ; Conde Lara,G; “ Implantación del proceso enfermero en Atención Primaria”. III Simposium Internacional de diagnósticos de Enfermería. AENTDE. Pamplona. (2000).

**Innovación en el proceso de cuidar: conjunción de herramientas y saber.
Valencia – 13 y 14 de mayo de 2004**



V SIMPOSIUM
INTERNACIONAL DE
DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMERÍA

- Lucille E. Notter; Jacqueline Rose Hott “Principios de la investigación en Enfermería” Editorial Doyma.
- Estudio del diseño de cuestionarios. Revista Metas nº 20.
- Dolores Nonay Salvatierra; Mercedes Ruíz López; y Colaboradores “Estrategia de Implantación del Diagnóstico de Enfermería y Aplicación de Cuidados en Cartera de Servicios del E.A.P.” Comunicación I jornadas de Enfermería Comunitaria de Castilla y León. (2000).
- J.M. Arginan Pallas; J.Jiménez Villa “Métodos de investigación aplicados a la A.P. de Salud” Editorial Doyma (1993).
- Raña Lama,CD; “ Diagnóstico de Enfermería: líneas de investigación en Atención Primaria de Salud” Enfermería Científica 208-209: 28-30. (1999).
- Zurdo M^a J.; Sánchez A.”¿Existen razones para cuestionar la utilización de los Diagnósticos de Enfermería?” Revista Enfermería Clínica:Cartas al director Vol 6 nº 4, pag 181-182.



V SIMPOSIUM
INTERNACIONAL DE
DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMERÍA

LA CONSTRUCCIÓN DE LA FAMILIA A DISTANCIA: DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA EN LA RECOMPOSICIÓN DEL ROL DE MADRE INMIGRANTE.

**Maria Teresa Roldán Chicano, José Antonio Vera Pérez, Maria del Mar
García López, Amparo Sánchez López, Maria Vicenta Blanco Soto.**

Plaza López Pinto nº 9, 7º izq.
Cartagena. Murcia.

maiterolchi3 mixmail.com

<<Si pensamos en la atención a la salud como un proceso grupal, si tenemos en cuenta las distintas redes de aut atención: domésticas, familiares...entonces todavía son más las interrelaciones entre migraciones y salud que las que experimentan los inmigrantes en el país de acogida. Tener en cuenta los vínculos entre el lugar de origen y los distintos lugares de asentamiento es fundamental para comprender la pautas de autocuidado tanto entre “los que se quedan” como entre “los que están lejos”.>> Meñaca 2003¹

RESUMEN

En la atención que dispensamos los profesionales de enfermería a los inmigrantes, hemos de tener en cuenta como en los procesos de salud-enfermedad de este colectivo se incorporan no sólo las vivencias en el nuevo país de acogida, sino también los vínculos con el país de origen.

En este trabajo a partir del uso de una metodología de carácter cualitativo se profundiza en la experiencia de madres inmigrantes que han dejado a sus hijos en el país de origen, y en la forma en la que esta situación repercute en su salud, utilizando para ello la Nomenclatura Enfermera.

INTRODUCCIÓN

El traslado de las cuidadoras principales de su núcleo familiar de origen a un contexto *foráneo* acarrea inevitablemente una “construcción de la familia a distancia” que implica cambios en la redistribución de los roles familiares, y un alto coste psicológico y afectivo para las inmigrantes que “han dejado” a sus hijos y mayores para cuidar a “otros-extraños”.

Analizar desde la Nomenclatura Enfermera el peso que tiene esta “separación” en la salud de la inmigrante cuidadora, así como las pautas de re-construcción familiar que desarrollan se convierten en uno de los Objetivos primordiales de este trabajo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos un estudio inductivo de carácter cualitativo-interpretativo, que parte de 11 entrevistas no estructuradas realizadas a cuidadoras informales latinoamericanas que trabajan en el Área de Salud II (Cartagena) de la Región de Murcia. Los datos

¹ Meñaca, Aranzazu. Transnacionalismo y salud. Comunicación presentada en el XI congreso de estudiantes de Antropología. Madrid. 2003.

se organizaron e interpretaron a partir del esquema analítico que surgió tras el uso de la *teoría fundada*².

RESULTADOS

Uno de los temas centrales producto del análisis de las entrevistas es la repetida alusión de las madres inmigrantes hacia el **sufrimiento** y **sacrificio** que está suponiendo para ellas la experiencia migratoria. En torno a esta categoría central que hemos denominado: **duelo de la inmigrante**³ se estructuran dos formas en las que la inmigrante “recompone” su rol de madre desfigurado por la distancia:

- 1) La inmigrante es capaz de dotar de sentido y significado el sufrimiento que supone su marcha, lo que fortalece su decisión de emigrar y le ayuda a planificar estrategias de adaptación.
- 2) En el discurso de la inmigrante destaca el sentimiento de “arrepentimiento” por la decisión de venir a España y de haber “abandonado” a su familia, pero la imposibilidad de regresar al país de origen por motivos económicos lleva a la inmigrante a una situación de desadaptación que va a acarrear costes en su salud.

CONCLUSIONES

En las conclusiones del trabajo que se presenta se discute el grado de adecuación de las etiquetas diagnósticas⁴ propuestas a las dos formas de adaptación al *duelo de la inmigrante*, éstas son:

Adaptación positiva:

Disposición para mejorar el afrontamiento, Disposición para mejorar el autoconcepto, Disposición para mejorar el bienestar espiritual.

Adaptación negativa:

Desempeño inefectivo del rol, Afrontamiento inefectivo, Aislamiento social, Ansiedad, Riesgo/Baja autoestima situacional y crónica, Riesgo/Síndrome de estrés del traslado.

Por último proponemos el concepto de *Diagnósticos de Enfermería Transnacionales*, para abordar aquellas situaciones relacionadas con los procesos de salud-enfermedad que se construyen en dos espacios físicos

² Strauss A., Corbin J. Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Editorial Universidad de Antioquia. Medellín. 2002.

³ Castillo, Susana.

⁴ -NANDA: *Diagnósticos Enfermeros de la NANDA. Definiciones y Clasificación s 2003-2004*. Mosby/Doyma. Barcelona. 1995.



V SIMPOSIUM
INTERNACIONAL DE
DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMERÍA

diferentes al mismo tiempo, debido a la separación de los integrantes del núcleo familiar, ejemplos de estos diagnósticos pueden ser:

Deterioro parental, Afrontamiento familiar inefectivo, Interrupción de los procesos familiares.



V SIMPOSIUM
INTERNACIONAL DE
DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMERÍA

LA NOMENCLATURA ENFERMERA COMO BASE PARA LA VIGILANCIA DE LA SALUD LABORAL: “TRASTORNO DE LA PERCEPCIÓN SENSORIAL AUDITIVA” EN LA INDUSTRIA.

Maria Teresa Roldán Chicano, Isabel Fernández Noguera, Lorena Cárceles Pérez, José Martínez Más, José Antonio Vera Pérez, Maria del Mar García López.

Plaza López Pinto nº 9, 7º izq.

Cartagena.

Murcia.

maiterolchi3 mixmail.com

INTRODUCCIÓN

El papel primordial del Profesional de Enfermería del trabajo en la Promoción de la Salud Laboral y la Prevención de Accidentes Laborales, hace necesario que la gestión de sus cuidados se exprese en los términos que el “Lenguaje Enfermero” marca, con el fin de obtener elementos óptimos para la evaluación y retroalimentación de la Nomenclatura Enfermera.

El caso presentado se engloba dentro de los *estudios de proceso y resultado*¹, y se elabora a partir de los reconocimientos de salud laboral periódicos realizados en una empresa murciana cuya actividad se centra en la explotación de fincas agrícolas y posterior envasado y distribución de los productos obtenidos.

VALORACIÓN

Durante el desarrollo de los reconocimientos, se observa que las trabajadoras con el puesto denominado “empaquetadora” presentan alteraciones auditivas con un descenso en la audición vía aérea, siendo las frecuencias más afectadas las de tonalidad grave o intermedia (250, 500 y 1000 Hz.).

DIAGNÓSTICO

En la definición y clasificación de diagnósticos enfermeros 2003-2004 encontramos una etiqueta diagnóstica que se adecua en gran medida a la alteración de la salud detectada: “Trastorno de la percepción sensorial auditiva²”. El factor relacionado “excesivos estímulos ambientales” se presentó como el más indicado a la situación, siendo la característica definitoria presente en todos los casos “cambio medido de la sensibilidad acústica”.

De un total de 46 trabajadoras examinadas se hicieron 22 diagnósticos:

“Trastorno de la percepción sensorial auditiva r/c excesivos estímulos ambiental (nivel de ruido en el lugar de trabajo demasiado elevado) m/p cambio medido de la sensibilidad acústica.”

RESULTADOS

El Resultado de Enfermería que nos ofrece mayores garantías para evaluar de forma óptima la planificación de los cuidados es el de *Control del riesgo: deterioro auditivo*³.

¹ Josep Adolf Guirao-Goris, Ramón Eusebio Camaño Puig y Andrés Cuesta Zambrana. (2001) Diagnóstico de Enfermería. Categorías, Formulación e Investigación. Ediversitas Multimedia.

² -NANDA: *Diagnósticos Enfermeros de la NANDA. Definiciones y Clasificación s 2003-2004*. Mosby/Doyma. Barcelona. 1995.

³ -MCCLOSKEY, J. BULECHEK, G.M.: *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE)*. (3ª. Ed.) Harcourt-Mosby. Madrid. 2001.



V SIMPOSIUM
INTERNACIONAL DE
DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMERÍA

Nuestras expectativas es que en el plazo de un año se corrija la falta de hábitos negativos relacionados sobre todo con la falta de protección auditiva; de forma tal que los Indicadores: “Evitar los traumatismos de oído”, “Reducir la exposición al ruido” y “Utilizar dispositivos de protección auditiva” pasen de ser conductas “Nunca manifestadas” a “Manifestadas continuamente”.

INTERVENCIONES

Dentro de la relación de intervenciones⁴ sugeridas y opcionales para el Diagnóstico: Trastorno de la percepción sensorial: auditiva, elegimos como las más adecuadas para conseguir el resultado: *Manejo Ambiental: seguridad del trabajador y Cuidados de los oídos*; si bien es cierto que otras intervenciones no recomendadas en los manuales utilizados se presentan también como útiles en la gestión de los cuidados desarrollados, éstas son: *Enseñanza: grupo, Potenciación de la seguridad, Protección de los riesgos ambientales y Facilitar la autorresponsabilidad.*

CONCLUSIONES

Por último se analiza el grado de idoneidad de la Nomenclatura N-N-N (interrelación de Diagnósticos, Resultados e Intervenciones) para la expresión de los cuidados enfermeros dentro del ámbito de la salud laboral, a partir del análisis de las dificultades surgidas en la elaboración del Proceso de Cuidados que se ha expuesto.

⁴ - JOHNSON, M., MASS, M. MOORHEAD, S.: *Clasificación de resultados en Enfermería (CRE)*. (2.^a ed.) Harcourt- Mosby. Madrid. 2001.

Análisis de la efectividad de los cuidados enfermeros según el modelo conceptual de V. Henderson en el ámbito de la atención domiciliaria



*Autores: Coll, M; Manito, I; Icart, T;
Besora, I; Ondiviela, A; Farré, I.*

Introducción

El estudio del impacto que tiene la atención enfermera es una cuestión importante si se considera que todos los usuarios de nuestro sistema salud recibirán en algún momento de su vida los cuidados de estos profesionales. Además, muchos enfermos integran el grupo de pacientes crónicos y terminales que acaban engrosando las filas de los programas de Atención Domiciliaria, donde la visita de enfermería es un recurso de primera línea.

Aunque los cuidados que proporcionan los profesionales de enfermería pueden basarse en diferentes teorías y modelos, uno de los más utilizados en nuestro país es el de la Dra. Virginia Henderson.

El proceso enfermero (PE) es un método sistemático y organizado para proporcionar cuidados de enfermería individualizados

Para su aplicación la enfermera sigue una secuencia ordenada de actividades que comprenden cinco fases: valoración (obtención de datos de las manifestaciones de dependencia o independencia), diagnóstico (análisis e identificación de problemas), planificación (elaboración del plan de cuidados), ejecución (aplicación del plan) y evaluación de los resultados.

introducción

Concretamente, la fase de diagnóstico del PE ha sido objeto de especial interés desde que se fundó la NANDA en 1.973. La NANDA, asociación con proyección internacional, recoge, identifica y desarrolla la clasificación de los diagnósticos de enfermería, con la finalidad de formular una taxonomía diagnóstica propia para definir los problemas de forma unívoca.

En relación al modelo conceptual de V. Henderson, a la metodología (PE) y a los diagnósticos de la NANDA, elementos clave en este trabajo, se han realizado diversos estudios.

No obstante, ninguno describe o analiza los resultados derivados de la aplicación del PE correspondiente a la adopción del modelo.

Por esta razón nos pareció útil saber si las enfermeras que actúan aplicando el PE, valoran y registran un mayor número de variables, circunstancia que resulta en intervenciones más efectivas y completas que las realizadas por profesionales que emplean otras metodologías que excluyen el modelo.

Por otra parte algunos estudios que analizan la utilización de diagnósticos y planes estandarizados, revelan que su aplicación aumenta la eficiencia y mejora la calidad de los cuidados.

Objetivo principal

- *Determinar si la aplicación del proceso enfermero (PE) adoptando el modelo conceptual de la Dra. V. Henderson i utilizando los diagnósticos de Nanda, es más efectivo en relación a la no adopción del modelo i aplicación del PE, en el ámbito de la visita domiciliaria en Atención Primaria*

Objetivos secundarios

- *Comparar las diferencias en el grado y la calidad de los registros de la visita domiciliaria*
- *Identificar las intervenciones y los resultados, en relación a los objetivos del plan de curas*

Hipótesis

- *La adopción del modelo de V. Henderson y la consecuente aplicación de los diagnósticos de la NANDA y de los planes de cuidados estandarizados, aumentan la calidad (seguimiento, registro completo y correcto del PE) de los cuidados enfermeros a domicilio, respecto a la no adopción del modelo*

Ámbito y sujetos del estudio

- *11 Equipos de Atención Primaria (EAP) integrados en Áreas Básicas (ABS) situadas en las provincias de Barcelona, Girona, Lleida y Tarragona en el periodo Enero 2.000- Enero 2.003*
- *Los sujetos del estudio han sido los profesionales de enfermería de estos EAP, divididos en un grupo estudio (20 enfermeras) y un grupo control (20 enfermeras)*

Diseño y variables

El diseño es de tipo observacional, transversal y evaluativo.

La principal variable independiente es el PE, integrada por un conjunto de variables:

- Las 14 necesidades de la persona*
- Problemas interdependientes*
- Diagnósticos de enfermería*
- Intervenciones de prevención, educación sanitaria y información*
- Evaluación del proceso.*

instrumento de recogida de datos

Búsqueda bibliográfica sobre:

Aplicación proceso de enfermería

Registros de enfermería según las 14 necesidades

Diagnósticos de enfermería NANDA

Instrumento de recogida de datos

- *Se han valorado las necesidades?*
- *En caso afirmativo, se han registrado que recursos utiliza la persona para mejorar la dificultad?*
- *Está identificada la causa a intervenir?*
- *Se ha hecho el análisis de los datos?*

Instrumento de recogida de datos

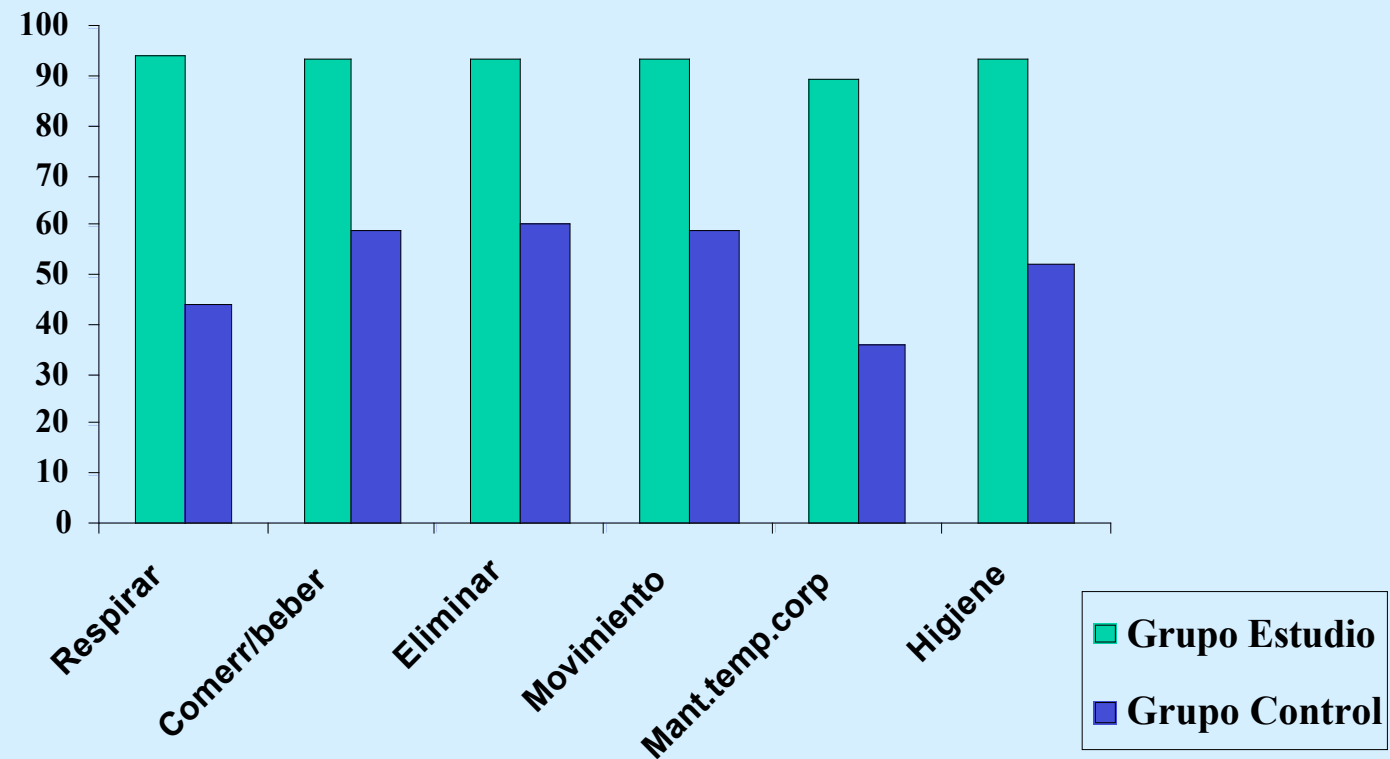
- *Consta el diagnóstico de enfermería*
- *Se han definido los objetivos (quién, como, tiempo)*
- *Constan las actividades según objetivo*
- *Consta la evaluación*

Resultados I

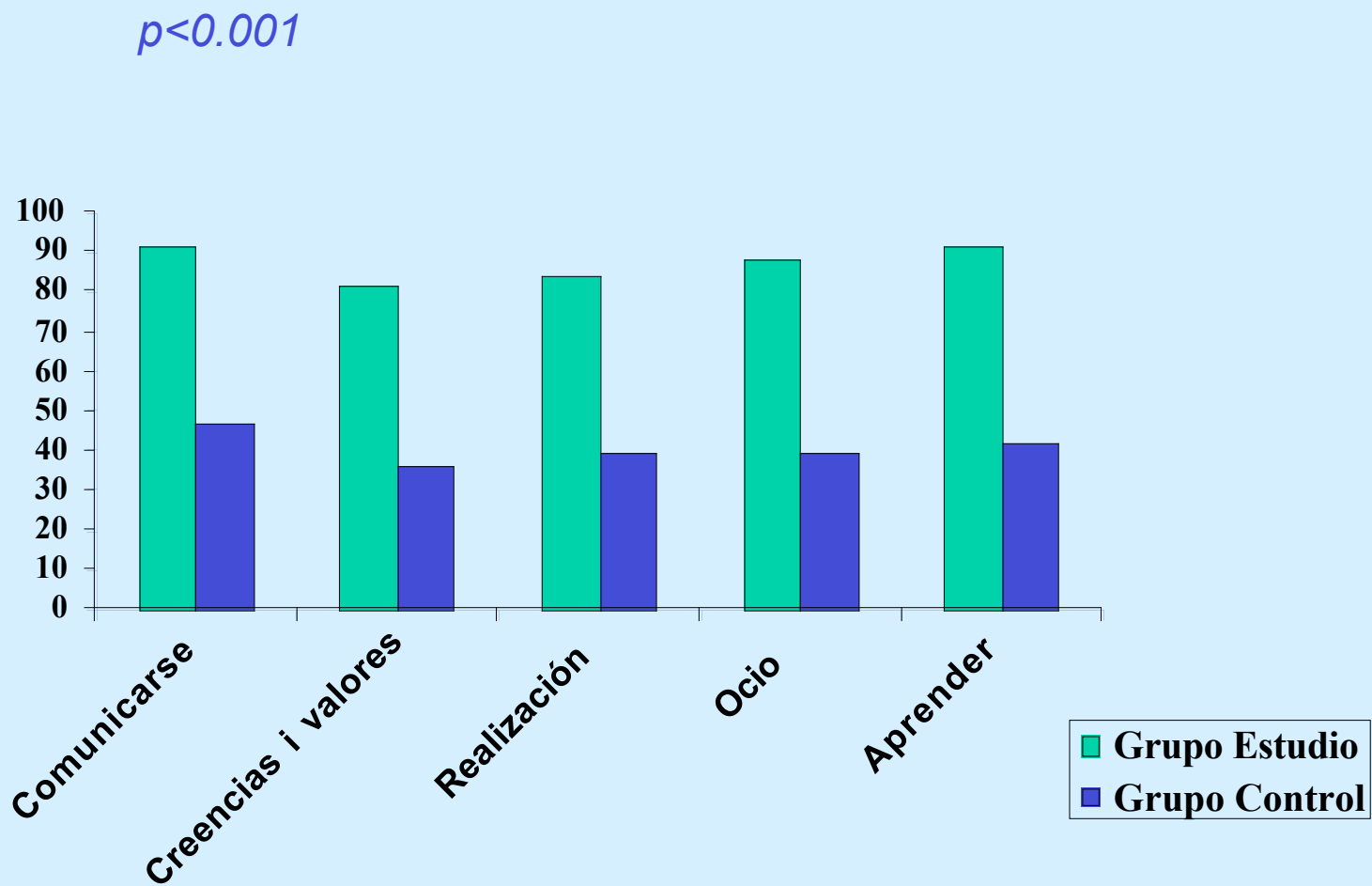
- *Se han analizado **185** historias, **95** del grupo de intervención y **86** del grupo control*
- *El grupo de intervención registró las necesidades en el **95-92 %** de los casos frente al grupo control que lo hizo en el **59-36 %** de los casos*
- *El análisis de los datos estaba en **86** de las **95** historias del grupo de intervención y solo en **28** historias de las **86** del grupo control*
- *El diagnóstico de enfermería constaba en **93** de las **95** historias analizadas, mientras que el grupo control solo registró diagnósticos en **33** historias de las **86** analizadas*

Resultados II

En cuanto al registro de las necesidades la prueba de Chi cuadrado avala la significación de estas diferencias a nivel inferencial con $p < 0.001$



Resultados III



Resultados IV

Diagnósticos encontrados con más frecuencia así como la coincidencia entre los dos grupos, aunque como se observa es mayor el número de veces encontrados los diagnósticos, en el grupo de intervención

1 Riesgo de lesión

2 Deterioro integridad cutánea

3 Riesgo alteración integridad cutánea

4 Alteración patrón del sueño

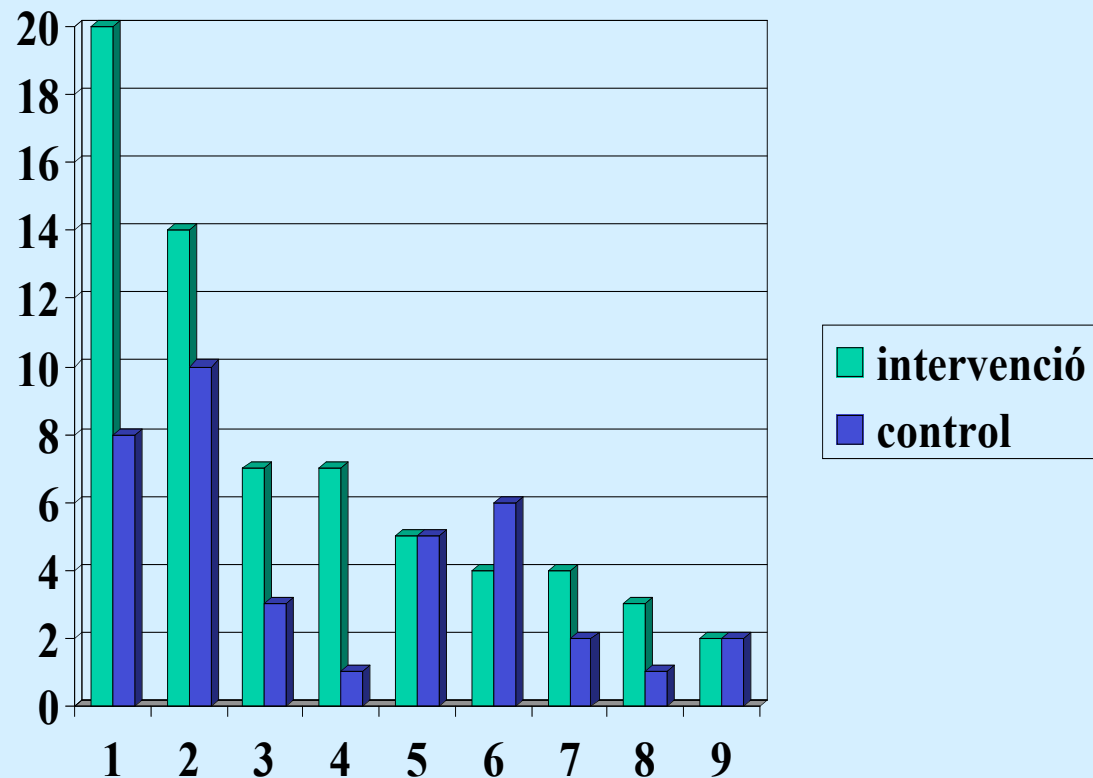
5 Cansancio rol cuidador

6 Manejo inefec. régimen terapéutico

7 Alteración nutrición por defecto

8 Alteración nutrición por exceso

9 Deficit de conocimientos



Resultados V

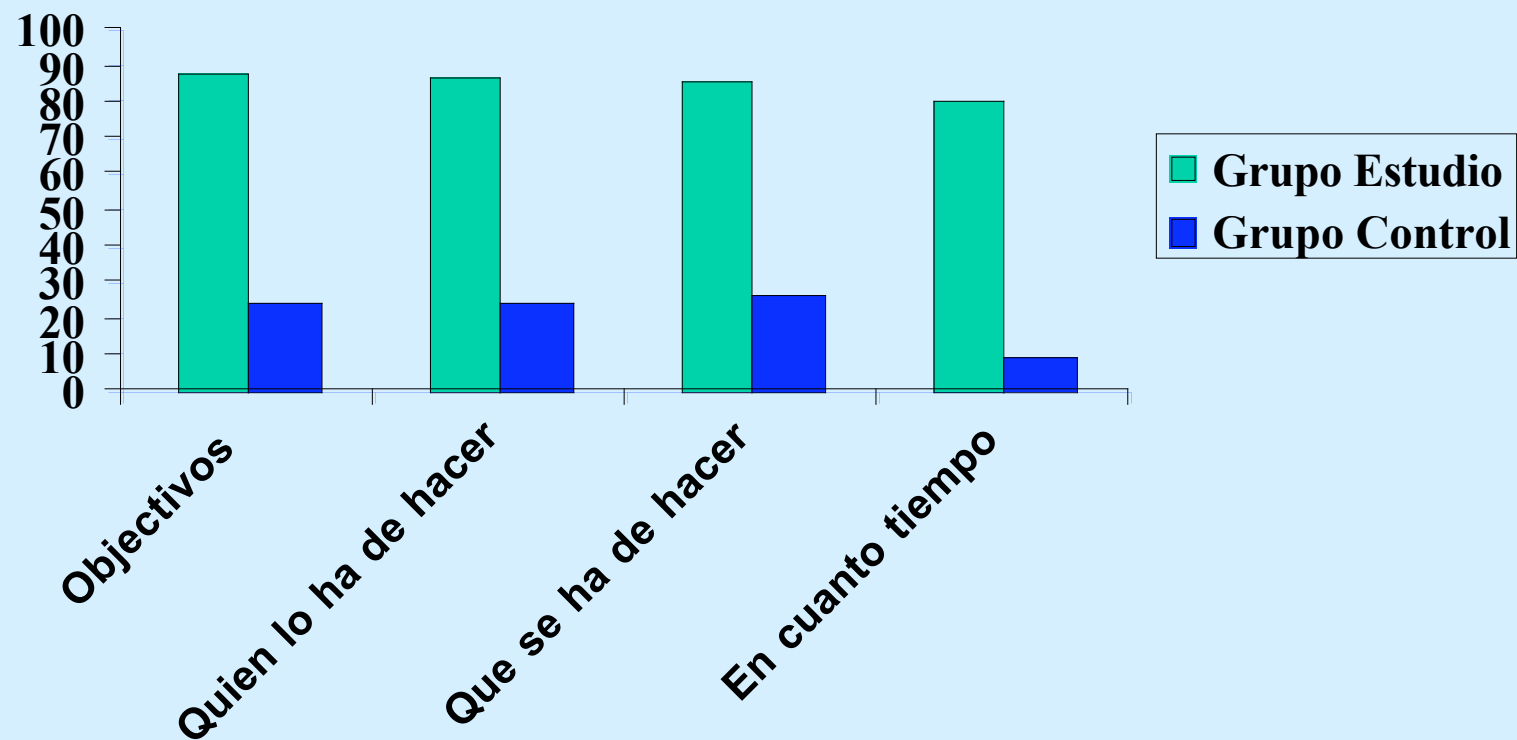
En cuanto a los diagnósticos encontrados por el grupo de intervención y el nº de veces y no encontrados por el grupo control son los siguientes:

| | |
|--------------------------------|---------|
| Duelo | 9 veces |
| Déficit de auto cuidado | 6 veces |
| Baja autoestima | 6 veces |
| Riesgo síndrome desuso | 4 veces |
| Miedo | 2 veces |
| Riesgo de infección | 2 veces |

Otros diagnósticos encontrados por el grupo de intervención han sido:
Potencial de Traumatismo. Déficit de actividades recreativas. Trastorno de la comunicación verbal. Dificultad en el mantenimiento del hogar.
Déficit del volumen de líquidos

Resultados VI

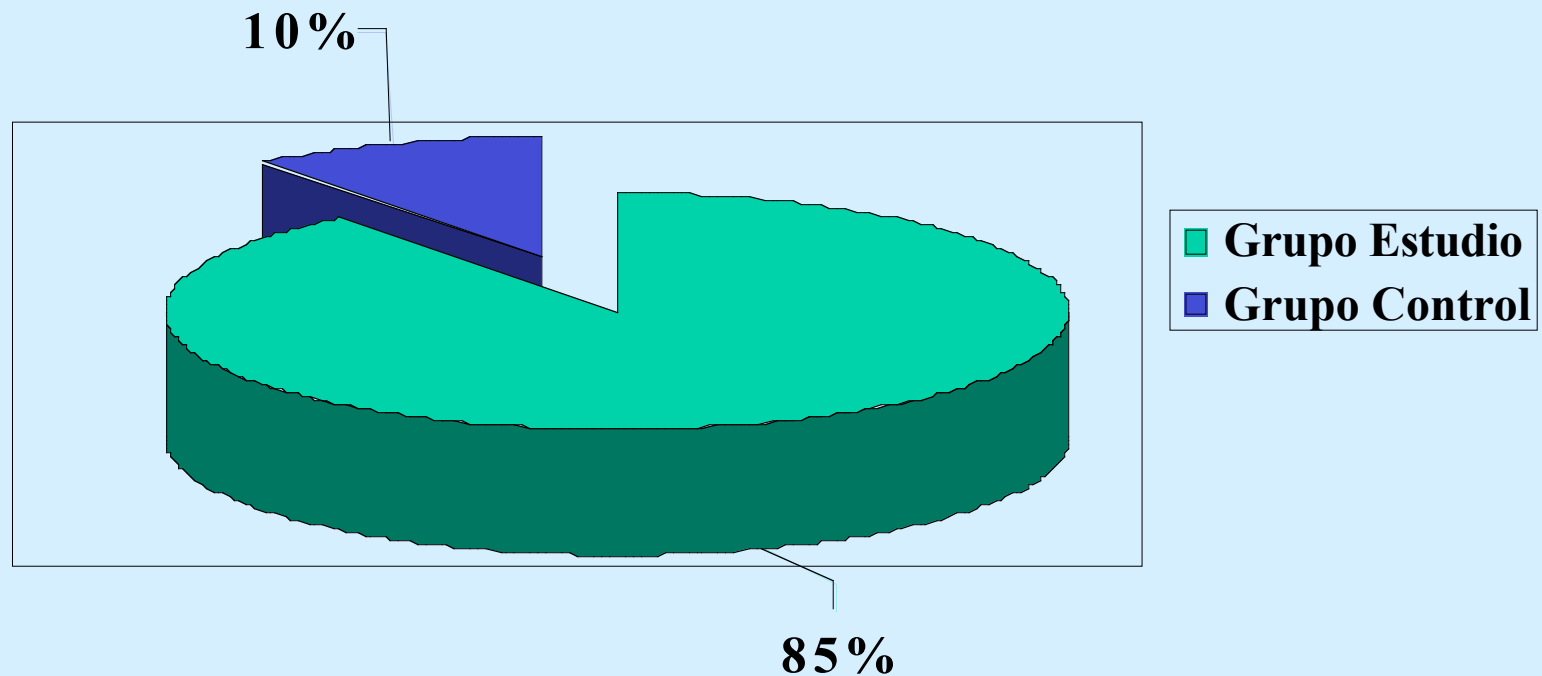
Se han encontrado diferencias significativas $p < 0.001$ entre el grupo de intervención y el de control en el registro de objetivos



Resultados VII

Por lo que respecta a la evaluación del plan de cuidados hay diferencia significativa entre los dos grupos $p < 0.001$.

El grupo de intervención evaluó el plan de cuidados en 81 de las 93 historias con diagnóstico enfermero, frente al grupo control que solo hizo la evaluación en 9 de las 33 historias donde había hecho algún diagnóstico de enfermería



Conclusiones

- *Creemos que puede confirmarse la hipótesis planteada sobre que la adopción del modelo de V.Henderson , la consiguiente aplicación de los diagnósticos de la NANDA y el registro completo del PE, aumenta la calidad y la efectividad de los cuidados enfermeros.*
- *Por los resultados obtenidos podemos observar que la recogida de datos y su posterior aplicación en beneficio de la atención al paciente en su domicilio , es más exhaustiva y conocedora de su entorno en el grupo de intervención que en el grupo de control.*
- *En suma, si las enfermeras que adoptan el modelo de cuidados de V. Henderson y aplican el PE, ofrecen una mejor calidad de la atención domiciliaria, serán los propios usuarios quienes se beneficiaran de una atención de más calidad ya que esta atención contemplara los problemas de salud desde una perspectiva holística*



ESTUDIO Y DESARROLLO DE LA METODOLOGÍA ENFERMERA EN EL AULA

**Artiga Ruiz, M^a Trinidad*; Hernandez Martinez, Helena*; Lerena Plaza, M^a
Estrella*; López Martinez, Francisco*; Pascual Benito, M^a Isabel*; Perez
Martinez, Adela***

* Profesores/as de la EUE SESCAM Guadalajara



Introducción:

En la EUE SESCAM de Guadalajara, se imparte la asignatura obligatoria "Metodología del Cuidado" durante el 2º curso, con carácter anual y con una carga lectiva de 9 créditos. El propósito de esta asignatura es que l@s alumn@s desarrollen la capacidad de elaborar planes de cuidados, partiendo de los diagnósticos enfermeros, previa valoración de las respuestas humanas del cliente, familia y comunidad, en distintas condiciones de salud y en las distintas etapas de desarrollo humano.

Para la docencia de esta asignatura, se establece una metodología pedagógica en la que una vez impartido el conocimiento teórico, l@s alumn@s deben ponerlo en práctica mediante la realización de trabajos de grupo tutorizados y dirigidos a que consoliden el aprendizaje en el uso de la metodología enfermera.

El Marco teórico de referencia es el Modelo Bifocal de L. J. Carpenito. Las herramientas que proporciona el profesorado para la realización de los planes de cuidados son:

- a).- Para recoger y estructurar los datos de valoración: Guía de Valoración por Patrones Funcionales de Salud de M. Gordon, modificada por el profesorado de la Escuela.
- b).- La formulación de problemas se realiza utilizando:
 - Para los problemas identificados susceptibles de tratamiento enfermero (diagnósticos de enfermería), la Taxonomía II de la NANDA (2003-2004).
 - Para los problemas susceptibles de tratamiento en colaboración (problemas interdisciplinarios), la sugerida por L. J. Carpenito (Complicación Potencial)
- c).- Clasificación de resultados NOC.
- d).- Clasificación de intervenciones NIC.
- e).- Interrelaciones NANDA – NIC – NOC.

Con esta comunicación pretendemos dar a conocer nuestra experiencia docente en la aplicación de una metodología pedagógica, que promueva la autorreflexión en l@s alumn@s, por lo que está diseñada para que el estudiante aplique los conocimientos teóricos mediante la resolución de casos prácticos tutorizados.

Desarrollo:

Para el desarrollo de los casos prácticos, el profesorado elabora previamente el Plan de Cuidados, que sirve como guía para tutorizar y evaluar el aprendizaje del estudiante.

**Innovación en el proceso de cuidar: conjunción de herramientas y saber.
Valencia – 13 y 14 de mayo de 2004**



V SIMPOSIUM
INTERNACIONAL DE
DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMERÍA

A l@s alumn@s se les aporta la valoración inicial y en sucesivos trabajos de grupo, elaboran un plan de cuidados individualizado. Posteriormente partiendo del mismo caso estructuran el plan de cuidados interrelacionando NANDA – NIC – NOC.

El caso aborda la demanda sanitaria de una mujer de 75 años que acude a la consulta de enfermería solicitando ayuda para el cuidado de su marido. Ella le ha venido cuidando hasta ahora y refiere estar agotada física y psíquicamente. Se realiza una visita al domicilio de la que se obtienen y agrupan por Patrones Funcionales de Salud de Gordon, los datos familiares suficientes para concluir los siguientes diagnósticos enfermeros:

- a).- Déficit de autocuidado: baño / higiene, vestido / acicalamiento r/c afectación de la movilidad física secundario a hemiplejía izquierda m/p incapacidad para la realización de las AVD.
- b).- Alto riesgo de caídas r/c uso limitado del hemicuerpo izquierdo, deficiencia visual y entorno no adaptado.
- c).- Baja autoestima crónica r/c falta de independencia para la realización de AVD. m/p incapacidad para fijar metas, expresiones verbales de desesperanza e inutilidad.
- d).- Alto Riesgo de Intolerancia a la actividad r/c debilidad generalizada y vida sedentaria
- e).- Cansancio en el desempeño del rol de cuidador r/c responsabilidad de los cuidados durante las 24 horas, desde hace años y disminución de la energía física y psicológica m/p verbalización de la mujer y demanda sanitaria.

Partiendo de estos diagnósticos, cada grupo de trabajo selecciona las intervenciones de la NIC, en función del campo y de la clase; una vez elegidas las intervenciones se establece qué actividades son las más adecuadas para el tratamiento de los problemas identificados. Tras el debate durante la exposición del trabajo de grupo, se determinan qué intervenciones y actividades son las más idóneas y se comparan con las interrelaciones NANDA – NIC. (Tabla 1)

Metodológicamente lo correcto sería empezar por el estudio de los NOC, pero la complejidad conceptual de la clasificación de resultados nos orienta a trabajar primero con los NIC, y dado que la estructura taxonómica es la misma cuando se abordan los NOC los alumnos han interiorizado la estructura y les es más sencillo su aprendizaje.

De la misma manera se seleccionan los resultados de la NOC y se establecen los indicadores, tras la discusión se determinan que resultados y que indicadores son los más idóneos y se comparan con las interrelaciones NANDA – NOC. (Tabla 2)

Tanto las intervenciones como los resultados seleccionados por l@s alumn@s, coinciden en su mayoría con lo propuesto por el profesorado para la resolución del caso y se encuentran recogidos en las Interrelaciones:

- En el caso de los NIC coinciden con las intervenciones principales y sugeridas, pero no con las opcionales.



V SIMPOSIUM
INTERNACIONAL DE
DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMERÍA

- En el caso de los NOC todos se encuentran recogidos en las Interrelaciones.

Con esta metodología didáctica l@s alumn@s van asentando los conocimientos previos e incorporándolos de forma progresiva durante el desarrollo de la asignatura.

Durante la realización de los trabajos de grupo sobre el manejo de NANDA, NOC Y NIC, l@s estudiantes manifiestan las siguientes dificultades:

- No disponer del número suficiente de libros actualizados para la realización de los trabajos, teniendo en cuenta que la revisión de estas publicaciones es bianual y la situación económica de la Escuela no permite tal ritmo de actualización, no todos los grupos trabajan con la misma edición, lo que crea algunas distorsiones conceptuales.
- No pueden establecerse relaciones para los últimos diagnósticos incorporados a la NANDA, que es la revisión que los estudiantes utilizan como herramienta, ya que las publicaciones NIC y NOC utilizan la penúltima revisión.
- Dificultad para elegir los indicadores adecuados de la Clasificación de Resultados y el nivel de codificación en la escala Licker, ya que algunos indicadores son poco claros y permiten la interpretación, por lo que la codificación admite la subjetividad.

Conclusiones:

Podemos concluir esta comunicación remarcando el grado de satisfacción que esta metodología docente ha dado a dos niveles:

1. Respecto a los estudiantes destacar que a pesar de las dificultades expresadas, el nivel de satisfacción es alto debido a:
 - L@s alumn@s dejan de tener un papel pasivo para participar activamente en su aprendizaje.
 - Las habilidades desarrolladas en el manejo de Clasificaciones universalizadas.
 - El beneficio que supone su utilización en la planificación de cuidados.
2. Respecto al profesorado:
 - En el proceso de enseñanza aprendizaje la metodología pedagógica utilizada nos parece correcta ya que nos lleva a conseguir los objetivos educativos prefijados, y fomentar en los estudiantes el desarrollo de una estructura cognitiva que les facilite la utilización de la metodología enfermera en el posterior desarrollo de su actividad profesional.



TABLA 1 RELACION NANDA - NIC

| Déficit de autocuidado: baño / higiene, vestido / acicalamiento r/c afectación de la movilidad física secundario a hemiplejía izquierda m/p incapacidad para la realización de las AVD | |
|---|--|
| NIC | ACTIVIDADES |
| 1-F-1801 Ayuda con los autocuidados: baño / higiene. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Colocar útiles de higiene en el baño 2. Facilitar que el paciente se cepille los dientes 3. Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea capaz de asumir los autocuidados |
| 1-F-1802 Ayuda con los autocuidados: vestir / arreglo personal. | <ol style="list-style-type: none"> 4. Disponer las prendas del paciente en una zona accesible. 5. Facilitar el peinado del paciente. 6. Facilitar que el paciente se afeite el mismo. |
| 1-A-0224 Terapia de ejercicio: movilidad articular. | <ol style="list-style-type: none"> 7. Explicar al paciente/familia el objeto y el plan de ejercicio de las articulaciones. 8. Enseñar al paciente/familia a realizar de forma sistemática ejercicios pasivos o activos. |
| 1-A-0226 Terapia de ejercicios: control muscular. | <ol style="list-style-type: none"> 9. Determinar la disposición del paciente para comprometerse a realizar un protocolo de actividades o ejercicios. 10. Establecer una secuencia de actividades diarias de cuidados para potenciar los efectos de la terapia específica de ejercicios. 11. Incorporar actividades de la vida diaria en el protocolo de ejercicios. 12. Evaluar el progreso del paciente en la mejora/restablecimiento del movimiento y la función corporal. 13. Animar al paciente a practicar ejercicios de forma independiente |
| ALTO RIESGO DE CAÍDAS R/C USO LIMITADO DEL HEMICUERPO IZQUIERDO, DEFICIENCIA VISUAL Y ENTORNO NO ADAPTADO | |
| NIC | ACTIVIDADES |
| 4-V-6490 Prevención de caídas | <ol style="list-style-type: none"> 14. Educar a los miembros de la familia sobre los factores de riesgo que contribuyen a las caídas y como disminuir dichos riesgos. 15. Instruir a la familia sobre la importancia de los pasamanos en baños y pasillos. |
| 1-A-0221 Terapia de ejercicio: deambulación | <ol style="list-style-type: none"> 16. Aconsejar al paciente un calzado que facilite la deambulación y evite lesiones. 17. Instruir sobre la disponibilidad de dispositivos de ayuda. 18. Instruir al paciente/cuidador de las técnicas de deambulación seguras. 19. Fomentar una deambulación independiente dentro de los límites de seguridad. |
| 4-V-6486 Manejo ambiental: seguridad | <ol style="list-style-type: none"> 20. Identificar riesgos respecto de la seguridad en el ambiente (física) 21. Modificar el ambiente para minimizar peligros y riesgos 22. Observar si se producen cambios en el estado de seguridad en el ambiente |
| BAJA AUTOESTIMA CRÓNICA R/C FALTA DE INDEPENDENCIA PARA LA REALIZACIÓN DE AVD. M/P INCAPACIDAD PARA FIJAR METAS, EXPRESIONES VERBALES DE DESESPERANZA E INUTILIDAD | |
| NIC | ACTIVIDADES |
| 3-R-5400 Potenciación de la autoestima | <ol style="list-style-type: none"> 23. Animar al paciente a identificar sus virtudes. 24. Ayudar a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta. 25. Ayudar al paciente a reexaminar las percepciones negativas que tiene de sí mismo. 26. Recompensar o alabar el progreso del paciente en la consecución |



V SIMPOSIUM
INTERNACIONAL DE
DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMERÍA

| | | |
|---|-----------------------------|--|
| | | de objetivos. |
| 3-R-5270 | A p o y o emocional | 27. Ayudar al paciente a reconocer y a expresar los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza. 28. Escucha activa. |
| ALTO RIESGO DE INTOLERANCIA A LA ACTIVIDAD R/C DEBILIDAD GENERALIZADA Y VIDA SEDENTARIA | | |
| NIC | | ACTIVIDADES |
| 1-A-0200 | Fomento del ejercicio | 29. Incluir a la familia/cuidadores del paciente en la planificación y mantenimiento del programa de ejercicio. 30. Informar/instruir al paciente acerca de los beneficios para la salud y los efectos psicológicos del ejercicio. 31. Enseñar al paciente técnicas de respiración adecuada para maximizar la absorción de oxígeno durante el ejercicio físico. 32. Ayudar al paciente a integrar el programa de ejercicios en su rutina semanal. |
| CANSANCIO EN EL DESEMPEÑO DEL ROL DE CUIDADOR R/C RESPONSABILIDAD DE LOS CUIDADOS DURANTE LAS 24 HORAS, DESDE HACE AÑOS Y DISMINUCIÓN DE LA ENERGÍA FÍSICA Y PSICOLÓGICA M/P VERBALIZACIÓN DE LA MUJER Y DEMANDA SANITARIA | | |
| NIC | | ACTIVIDADES |
| 5-X-7040 | Apoyo al cuidador principal | 33. Aceptar las expresiones de emoción negativa. 34. Proporcionar ayuda sanitaria de seguimiento al cuidador mediante llamadas por teléfono y/o cuidados de enfermería comunitarios. 35. Enseñar al cuidador estrategias de mantenimiento de cuidados sanitarios para sostener la propia salud física y mental. 36. Informar al cuidador principal sobre los recursos de cuidados sanitarios y comunitarios |
| 5-X-7260 | Cuidados intermitentes | 37. Controlar la capacidad de resistencia del cuidador. 38. Informar al paciente/familia acerca de los servicios comunitarios disponibles para los cuidados intermitentes. |

TABLA 2 RELACION NANDA - NOC

| | |
|---|---|
| Déficit de autocuidado: baño / higiene, vestido / acicalamiento r/c afectación de la movilidad física secundario a hemiplejía izquierda m/p incapacidad para la realización de las AVD | |
| NOC | INDICADORES |
| 1-D-0300 Cuidados personales: AVD | 030002 Se viste 030004 Se baña 030005 Se peina 030007 Higiene bucal |
| 1-C-0208 Nivel de movilidad | 020803 Movimiento muscular 020804 Movimiento articular |
| ALTO RIESGO DE CAÍDAS R/C USO LIMITADO DEL HEMICUERPO IZQUIERDO, DEFICIENCIA VISUAL Y ENTORNO NO ADAPTADO | |
| NOC | INDICADORES |
| 4-T-1909 Conducta de seguridad: prevención de caídas | 190905 Colocación de pasamanos 190907 Fijación de alfombras 190914 Uso de alfombrillas de goma en bañera 190918 Uso de gafas oculares 190920 Compensación de las limitaciones físicas |
| BAJA AUTOESTIMA CRÓNICA R/C FALTA DE INDEPENDENCIA PARA LA REALIZACIÓN DE AVD. M/P INCAPACIDAD PARA FIJAR METAS, EXPRESIONES VERBALES DE DESESPERANZA E INUTILIDAD | |
| NOC | INDICADORES |
| 3-M-1205 Autoestima | 120502 Aceptación de las propias limitaciones 120514 Aceptación de críticas constructivas 120519 Sentimiento sobre su propia persona |
| ALTO RIESGO DE INTOLERANCIA A LA ACTIVIDAD R/C DEBILIDAD GENERALIZADA Y VIDA SEDENTARIA | |
| NOC | INDICADORES |
| 1-A-0005 Tolerancia a la actividad | 000502 Frecuencia cardiaca ERE en respuesta a la actividad 000503 Frecuencia respiratoria ERE en respuesta a la actividad 000504 Tensión arterial sistólica ERE en respuesta a la actividad 000505 Tensión arterial diastólica ERE en respuesta a la actividad |
| CANSANCIO EN EL DESEMPEÑO DEL ROL DE CUIDADOR R/C RESPONSABILIDAD DE LOS CUIDADOS DURANTE LAS 24 HORAS, DESDE HACE AÑOS Y DISMINUCIÓN DE LA ENERGÍA FÍSICA Y PSICOLÓGICA M/P VERBALIZACIÓN DE LA MUJER Y DEMANDA SANITARIA | |
| NOC | INDICADORES |
| 6-Z-2508 Bienestar del cuidador familiar | 250801 Satisfacción con la salud física 250802 Satisfacción con la salud emocional 250803 Satisfacción con el estilo de vida 250807 Satisfacción con el apoyo profesional |



V SIMPOSIUM
INTERNACIONAL DE
DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMERÍA

Bibliografía:

- NANDA "Diagnósticos enfermeros de la NANDA. Definiciones y clasificación 2003 - 2004. Harcourt Madrid 2003
- Carpenito, L.J. "Diagnostico de Enfermería. Aplicación a la practica clínica" 9ª edición. Interamericana Madrid 2002.
- Gordon, M. "Diagnostico Enfermero. Proceso y Aplicación "3ª edición. MOSBY / DOYMA Barcelona 1996.
- McCloskey, J., Bulecheck, G.M. "Clasificación de intervenciones de enfermería" 3ª edición. Harcourt – Mosby Barcelona 2001.
- Jonson, M.; Maas, M. "Clasificación de resultados de enfermería" 2ª edición. Harcourt – Mosby Barcelona 2001
- Jonson, M.; Bulecheck, G.M. "Diagnósticos de enfermería, resultados e intervenciones: interrelación NANDA, NIC y NOC. Harcourt – Mosby Barcelona 2002.

MUJER Y PÉRDIDAS DE ORINA : UN RETO.

**Ma^a Ángeles Pérez Las Heras, Nuria Pereira Berdullas, Rosa Blanca Muñoz
Muñoz, Olga Mora Morera.**

Sonia es una mujer de 36 años que acude a consulta de enfermería para la realización del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS), en noviembre 2003. Durante la recogida de datos la paciente refiere tener episodios de pequeñas pérdidas de orina cuando realiza algún ejercicio físico como dar saltos, correr o coger a los niños en brazos y en los momentos en que se ríe, estornuda o tose, que le van sucediendo frecuentemente desde el último embarazo hace un año.

Valoración según modelo de Virginia Henderson:

Necesidad de respirar:

- *Manifestaciones de independencia:* permeabilidad y respiración espontánea. Entorno vivienda: periferia, piso alto, muy soleado y con vistas al mar. Piel y mucosas sonrosadas.
- *Manifestaciones de dependencia:* no se observan.

Necesidad de comer y beber:

- *Manifestaciones de independencia:* Mucosa oral húmeda. Dentición completa y sin caries. Masticación, deglución y digestión sin dificultades.
- *Manifestaciones de dependencia:* Ingesta hídrica menor de un litro al día. Índice de masa corporal (IMC) = 28 (peso: 69 Kg. / talla: 1,56 m). Hábitos alimentarios: realiza 2 comidas/día, nunca desayuna y picotea entre comidas. Consumo escaso de fibras (un día a la semana verduras hervidas y dos veces por semana las crudas y frutas no diarias).

Necesidad de eliminación:

- *Manifestaciones de independencia:* eliminación urinaria y fecal espontánea. Menstruación no dolorosa y regular.

- *Manifestaciones de dependencia:* pequeñas pérdidas de orina cuando realiza algún ejercicio físico que provoca el aumento de la presión intraabdominal (saltos, correr, coger pesos, toser, estornudar y reír).

Necesidad de moverse y mantener una postura corporal adecuada:

- *Manifestaciones de independencia:* integridad músculo-esquelética adecuada según la edad. Posturas habituales correctas.
- *Manifestaciones de dependencia:* Actividad física ligera: ama de casa y no realiza de forma habitual ningún ejercicio físico; aunque anteriormente acudía a clases de sevillanas dos veces por semana que abandonó por miedo a que sus compañeros descubrieran que sufría pérdidas de orina, ya que “cada media hora debo ir al baño para cambiarme el salva-slip o compresa y a veces tengo la sensación de que huelo mal”.

Necesidad de dormir y descansar:

- *Manifestaciones de independencia:* Horas de sueño 7 al día. Se despierta descansada.
- *Manifestaciones de dependencia:* no se observan.

Necesidad de vestirse y desvestirse:

- *Manifestaciones de independencia:* utiliza prendas adecuadas y calzado cómodo.
- *Manifestaciones de dependencia:* no se observan.

Necesidad de mantenimiento de la temperatura:

- *Manifestaciones de independencia:* temperatura corporal normal (36'5°C). Entorno adecuado a los cambios de temperatura (agua caliente/fría, estufas y calefacción en el domicilio).

- *Manifestaciones de dependencia*: no se observan

Necesidad de higiene y protección de la piel:

- *Manifestaciones de independencia*: piel y mucosas sonrosadas. Higiene diaria (ducha). Higiene bucal 3 veces al día.
- *Manifestaciones de dependencia*: utilización de material inadecuado para el control de las pérdidas de orina (salva-slip y/o compresa).

Necesidad de evitar peligros:

- *Manifestaciones de independencia*: capacidades físicas y psicológicas íntegras. Calendario de vacunaciones del adulto correcto. Revisiones ginecológicas periódicas. No hábitos tóxicos.
- *Manifestaciones de dependencia*: expresa que desde que tiene las pérdidas de orina se siente muy triste porque ha tenido que abandonar las clases de sevillanas.

Necesidad de comunicarse:

- *Manifestaciones de independencia*: órganos de los sentidos íntegros. Comparte sus emociones y sentimientos con amigos y/o la familia.
- *Manifestaciones de dependencia*: No manifiesta las emociones relacionadas con las pérdidas de orina por miedo a que sus compañeras descubran su problema.

Necesidad de vivir según sus creencias y valores:

- *Manifestaciones de independencia*: no pertenece a ningún grupo religioso/no religioso, pero le gusta las celebraciones religiosas (Semana Santa).
- *Manifestaciones de dependencia*: no se observan

Necesidad de ocuparse de su propia realización:

- *Manifestaciones de independencia:* le gusta su trabajo de ama de casa, aunque a veces se le hace un poco duro. Le encanta ser madre y ocuparse de sus hijos.
- *Manifestaciones de dependencia:* las pérdidas de orina han modificado sus hábitos de vida (sevillanas).

Necesidad de recrearse:

- *Manifestaciones de independencia:* le encanta leer revistas de la prensa rosa, ver la televisión y bailar sevillanas.
- *Manifestaciones de dependencia:* abandono de las clases de sevillanas a consecuencia de las pérdidas de orina.

Necesidad de aprender:

- *Manifestaciones de independencia:* le gusta aprender cosas nuevas y sobretodo relacionadas con su salud.
- *Manifestaciones de dependencia:* no se observan

Manifestaciones de dependencia:

1. Ingesta hídrica menor de un litro al día. IMC = 28 (peso: 69 Kg. y talla: 1'69 m). Realiza únicamente dos comidas al día (no desayuna) y picotea. Aporte escaso de fibra en forma de frutas y verduras.
2. Presenta pequeñas pérdidas de orina cuando realiza algún ejercicio físico que provoca el aumento de la presión intraabdominal (saltos, correr, coger pesos, toser, estornudar y reír).



V SIMPOSIUM
INTERNACIONAL DE
DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMERÍA

3. Sedentarismo.
4. Utilización de material inadecuado para el control de las pérdidas de orina:
“cada media hora debo ir al baño para cambiarme el salvaslip o compresa y a veces tengo la sensación de que huelo mal”.
5. Expresión de sentimientos de tristeza por tener que abandonar las clases de sevillanas.

Diagnósticos de enfermería (NANDA)

(00017) Incontinencia urinaria de esfuerzo relacionado con debilidad de la musculatura pélvica y soportes estructurales, manifestado por pérdida de orina al aumentar la presión abdominal.

Resultados esperados (NOC)

Continencia urinaria (0502)

Definición: control de la eliminación de orina.

Escala: nunca manifestada (1) a constantemente manifestada (5)

1. Nunca manifestada.
2. Raramente manifestada.
3. En ocasiones manifestada.
4. Con frecuencia manifestada.
5. Constantemente manifestada.

| VALORACIÓN INICIAL (11-11-03) | RESULTADOS ESPERADOS |
|--|-----------------------------|
| 050211 Ausencia de pérdidas de orina al aumentar la presión abdominal (toser, reír, estornudar y levantar pesos) 1 2 3 4 5 | 0502114 en seis meses |
| 050215 Ingesta hídrica en el rango esperado 1 2 3 4 5 | 0502155 en una semana |
| 050220 Adecuación de los materiales para el control de las pérdidas de orina 1 2 3 4 5 | 0502205 en una semana |

Intervenciones (NIC)

0610 CUIDADOS DE LA INCONTINENCIA URINARIA

- Identificar las causas de la incontinencia.
- Controlar periódicamente la eliminación.
- Comentar procedimientos y resultados esperados con el paciente.
- Ayudar a desarrollar/mantener un sentimiento de esperanza reforzando los logros.
- Ayudar a seleccionar la prenda/compresa para la incontinencia más adecuada.
- Favorecer una ingesta hídrica adecuada.
- Enseñar maneras de evitar el estreñimiento y cómo tratarlo.

0560 EJERCICIO DEL SUELO PÉLVICO

- Enseñar a identificar la musculatura pelviana y contraerla.
- Explicar que la efectividad de los ejercicios se consiguen a las 6-12 semanas y que no son permanentes si no se ejercitan.

1260 MANEJO DEL PESO

- Tratar con el paciente la relación que hay entre alimentación/ejercicio y ganancia/pérdida de peso.
- Determinar hábitos en la alimentación y qué motivación generaría cambios.
- Desarrollar conjuntamente una dieta equilibrada y adecuada a sus necesidades.
- Determinar el peso ideal.
- Fomentar un ejercicio físico adecuado.



Diagnósticos de enfermería (NANDA)

(00153) Baja autoestima situacional r/c cambio del rol social como abandono de las clases de baile m/p verbalización autonegativa.

Resultados esperados (NOC)

Superación de los problemas (1302)

Definición: Desarrollo de una percepción negativa de la propia valía en respuesta a una situación actual.

Escala: nunca manifestada (1) a constantemente manifestada (5).

1. Nunca manifestada.
2. Raramente manifestada.
3. En ocasiones manifestada.
4. Manifestada con frecuencia.
5. Constantemente manifestada.

| VALORACIÓN INICIAL (11-11-03) | RESULTADOS ESPERADOS |
|---|-------------------------------|
| 130203 Verbaliza sensación de control 1 2 3 4 5 | 130203.....4 en dos meses |
| 130206 Busca información sobre la enfermedad y su tratamiento 1 2 3 4 5 | 1302065 en dos semanas |
| 130209 Utiliza el apoyo social disponible 1 2 3 4 5 | 1302094 en tres semanas |
| 130210 Adopta conductas para reducir el estrés 1 2 3 4 5 | 1302105 en un mes |

Intervenciones (NIC)

5400 POTENCIACIÓN DE LA AUTOESTIMA.

- Proporcionar experiencias que aumenten la autonomía del paciente.
- Mostrar confianza en la capacidad del paciente para controlar una situación.

**Innovación en el proceso de cuidar: conjunción de herramientas y saber.
Valencia – 13 y 14 de mayo de 2004**

- Fomentar el contacto al comunicarse con otras personas.
- Ayudar al paciente a reexaminar las percepciones negativas que tiene de sí mismo.
- Animar al paciente a evaluar su propia conducta.
- Animar al paciente a que acepte nuevos desafíos.

EVALUACIÓN.

El resultado final obtenido tras nuestra intervención ha sido favorable en relación a la adecuación de los materiales y la ingesta hídrica en el tiempo estipulado de una semana; pero en relación al peso podemos afirmar que en el periodo transcurrido sólo se ha llegado a una disminución del 5%. Por último, se han logrado disminuir las pérdidas de orina de manera importante en menos tiempo de lo previsto (4 meses) y hemos obtenido una respuesta positiva a la superación del problema en el plazo esperado e incluso ha reiniciado las clases de sevillanas de manera favorable.

BIBLIOGRAFÍA

1. McCloskey, J.; Bulechek, G.M. ***Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE). Nursing Interventions Classification (NIC)***. Harcourt/Mosby 2001.
2. Jonson, M.; Maas, M.; Moorhead, S. ***Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE). Nursing Outcomes Classification (NOC)***. Harcourt/Mosby 2001.



V SIMPOSIUM
INTERNACIONAL DE
DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMERÍA

3. NANDA. ***Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2003-2004.***

Elsevier 2003.

4. Berenguer, C; Ricarte, M. ***Actuaciones de enfermería frente a la incontinencia urinaria, visión de conjunto.*** Revista de la Asociación Española de Enfermería en Urología 1997; 64:50-55.

COMITÉ ORGANIZADOR

Josep Adolf Guirao Goris
Esperanza Ferrer Ferrandis
Pilar Carrascosa Sánchez
Josepa Montón Campos
Lidia Marbá Mas
Mar Alcañiz Garrán
Josefina Charco Izquierdo
Ma José Solaesa Casells
Amparo Bellver Cebria
Victoria Novales Aso
Concha Roldán Penelas
Pilar Pastor López
Pepa Palop Muñoz
Rogelia Fernández Sánchez
Fe Bregel Gabaldón
Ma Dolores Burguete Ramos
Angela Olmedo
Ma José Dasí
Antonio Ruiz Hontangas
Josefa Soler Leyva

COMITÉ CIENTÍFICO

Mercedes Ugalde Apalategui
Esperanza Ferrer Ferrandis
Fe Bregel Gabaldón
Patricia Moreno Pina
Antonia Herraiz Mallebrera
Pilar Pastor López
Victoria Novales Aso
Andrés Cuesta Zambrana
Ma Amparo Benavent Garcés
José Ramón Martínez Riera
Pilar Arroyo Gordo